



World Health
Organization

Organisation mondiale de la Santé

Weekly epidemiological record Relevé épidémiologique hebdomadaire

5 SEPTEMBER 2025, 100th YEAR / 5 SEPTEMBRE 2025, 100^e ANNÉE

No 36, 2025, 100, 347-364

<http://www.who.int/wer>

Contents

347 Cholera, 2024

Sommaire

347 Choléra, 2024

Cholera, 2024

In 2024, the 7th cholera pandemic continued to expand. A total of 560 823 cases and 6028 deaths were reported to WHO by 60 countries, territories and areas¹ – an increase from 45 in 2023 (*Figure 1, Map 1 and Table 1*).² The number of reported cases rose by 5% and the number of deaths by 50%. The overall case-fatality rate (CFR) was 1.1%.³

The burden remained concentrated in Africa, the Middle East and Asia, which collectively accounted for 98% of all reported cases. In 2024, 12 countries on 2 continents each reported >10 000 suspected and confirmed cases: Bangladesh, Comoros, Democratic Republic of the Congo (DRC), Ethiopia, Nigeria, Somalia, South Sudan, Sudan, United Republic of Tanzania, Yemen, Zambia and Zimbabwe. This represents 3 more countries than in 2023 and 5 more than in 2022, reflecting the ongoing expansion of cholera transmission. Notably, 7 of these countries had not reported outbreaks of such magnitude in the previous year: Comoros, Nigeria, South Sudan, Sudan, United Republic of Tanzania, Yemen and Zambia. The outbreak was the first reported from Comoros in more than 15 years. Of the 3 countries that reported >10 000 cases in 2023 but not in 2024 (Haiti, Malawi and Mozambique), only Malawi had a significant reduction, to <1000 cases, indicating that the devastating outbreak that began in 2022 is finally abating.

The number of deaths, particularly those occurring in the community, from this preventable and treatable disease is of

Choléra, 2024

En 2024, la 7^e pandémie de choléra a continué de se propager. Au total, 560 823 cas et 6028 décès ont été notifiés à l'OMS par 60 pays, territoires et zones,¹ contre 45 pays en 2023 (*Figure 1, Carte 1 et Tableau 1*).² Le nombre de cas signalés a augmenté de 5% et le nombre de décès de 50%. Le taux de létalité global était de 1,1%.³

La charge du choléra est restée concentrée en Afrique, au Moyen-Orient et en Asie, qui représentaient collectivement 98% de tous les cas notifiés. En 2024, 12 pays répartis sur 2 continents ont chacun notifié >10 000 cas suspects et confirmés: Bangladesh, Comores, Éthiopie, Nigéria, République démocratique du Congo (RDC), République-Unie de Tanzanie, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Yémen, Zambie et Zimbabwe. Cela représente 3 pays de plus qu'en 2023 et 5 de plus qu'en 2022, indiquant que la propagation de la transmission du choléra se poursuit. Il est à noter que 7 de ces pays – Comores, Nigéria, République-Unie de Tanzanie, Soudan, Soudan du Sud, Yémen et Zambie – n'avaient pas signalé d'épidémie d'une telle ampleur l'année précédente. Les Comores n'avaient pas signalé d'épidémie de choléra depuis plus de 15 ans. Sur les 3 pays qui ont notifié >10 000 cas en 2023 mais pas en 2024 (Haïti, Malawi et Mozambique), seul le Malawi a connu une réduction significative du nombre de cas, avec <1000 cas recensés, ce qui indique que l'épidémie dévastatrice qui a commencé en 2022 s'atténue enfin.

Le nombre de décès dus à cette maladie évitable qui peut être traitée, en particulier ceux survenus dans la communauté, est très

¹ Henceforth referred to as countries.

² Afghanistan, which reported 222 249 cases of acute watery diarrhoea with dehydration, did not report in 2024.

³ As many countries report only total deaths, reported CFR is calculated from the total number of deaths reported. The Global Task Force on Cholera Control (GTFCC) recommends calculation of CFR only as deaths in a facility and that the number of community deaths be reported separately (www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2025/04/public-health-surveillance-for-cholera-guidance-document-2024.pdf).

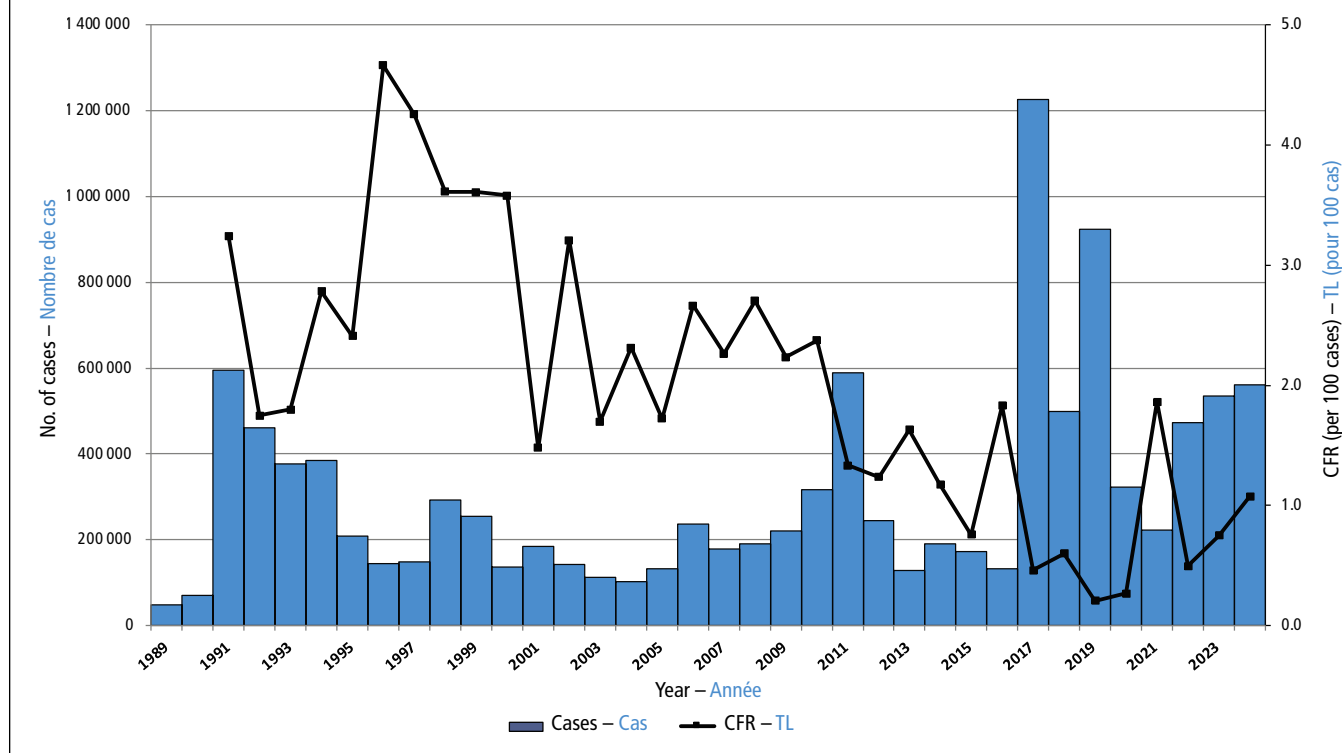
¹ Ci-après collectivement dénommés pays.

² L'Afghanistan, qui a notifié 222 249 cas de diarrhée aqueuse aiguë avec déshydratation, n'a pas transmis de rapport en 2024.

³ 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 de calculer le taux de létalité uniquement à partir des décès survenus dans un établissement de santé et de communiquer le nombre de décès dans la communauté séparément (www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2025/04/public-health-surveillance-for-cholera-guidance-document-2024.pdf).

Figure 1 Annual cholera cases and case fatality rate (CFR) reported by year, 1989–2024

Figure 1 Cas de choléra et taux de létalité (TL) par année, 1989–2024



deep concern, as it reveals critical gaps in the delivery of life-saving care, signalling the fragility of many health systems and persistent inequity in access to basic services.

Many factors probably contributed to the surge in cholera outbreaks, including conflict, climate change, population displacement and significant deficiencies in long-term development – particularly in water, sanitation and hygiene (WASH), a key target of the United Nations 2030 Sustainable Development Goals.

Given the continued high demand for oral cholera vaccine (OCV), the temporary change from a 2-dose to a single-dose regimen adopted in October 2022 by the International Coordinating Group (ICG), which manages the OCV emergency stockpile, and consistent with the 2017 WHO position paper on cholera vaccines⁴ endorsed by the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization – remained in effect throughout 2024 and into 2025. Although the duration of protection is shorter⁵ 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.

préoccupant, car il révèle des lacunes critiques dans la prestation des soins vitaux, soulignant la fragilité de nombreux systèmes de santé et l'inégalité persistante dans l'accès aux services de base.

De nombreux facteurs ont probablement contribué à la recrudescence des épidémies de choléra, notamment les conflits, les changements climatiques, les déplacements de population et les lacunes importantes en matière de développement à long terme, en particulier dans le domaine de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH), qui constitue une cible clé des objectifs de développement durable des Nations Unies à l'horizon 2030.

Compte tenu de la persistance d'une forte demande de vaccin anticholérique oral (VCO), le passage temporaire d'un schéma à 2 doses à un schéma à dose unique est resté en vigueur tout au long de l'année 2024 et en 2025. Le passage à une dose unique avait été adopté en octobre 2022 par le Groupe international de coordination pour l'approvisionnement en vaccins (GIC), qui gère le stock d'urgence de VCO, conformément à la note de synthèse de l'OMS de 2017 sur les vaccins anticholériques⁴ approuvée par le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination. Bien que la durée de la protection soit plus courte,⁵ la stratégie à 1 dose s'est avérée efficace pour juguler les épidémies. Le GIC continue de surveiller l'évolution épidémiologique de la maladie à l'échelle mondiale et le niveau du stock de VCO, et réexaminera régulièrement sa décision.

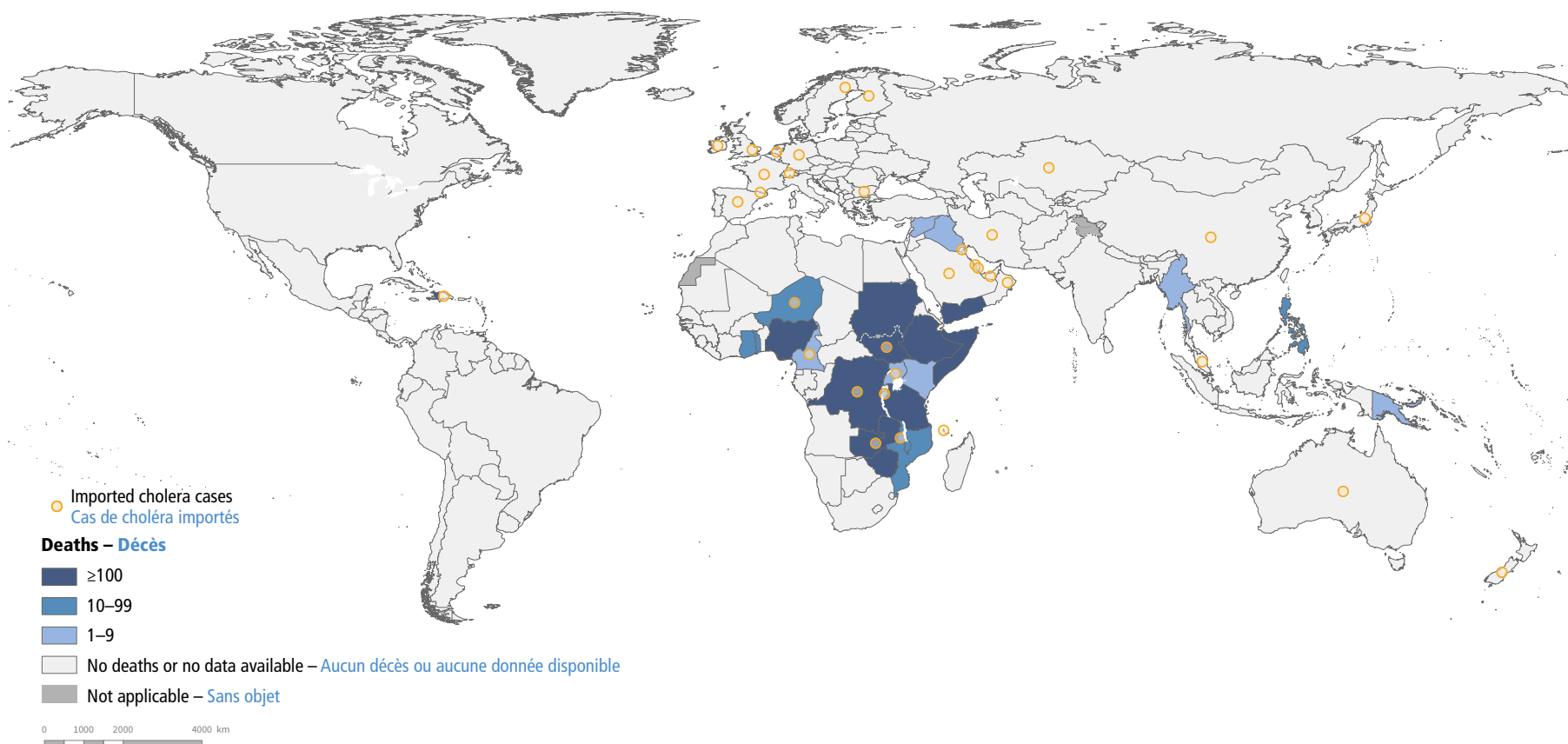
⁴ See No. 34, 2017, pp. 477–498 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258763/WER9234.pdf>).

⁵ See [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(25\)00107-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(25)00107-X/fulltext)

⁴ Voir N° 34, 2017, p. 477–498 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258763/WER9234.pdf>).

⁵ Voir [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(25\)00107-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(25)00107-X/fulltext)

Map 1 **Countries reporting cholera deaths and imported cases in 2024**
 Carte 1 **Pays ayant déclaré des décès dus au choléra et des cas importés en 2024**



The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO 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 and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. – *Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS 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 traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.*

Data source: World Health Organization/Department of Epidemic and Pandemic Threat Management. Map production: WHO GIS Centre for Health, DNA/DDI. – *Source de données : Organisation mondiale de la santé/Département de gestion des menaces pandémiques et épidémies. Carte produite par : Centre SIG de l'OMS pour la Santé, DNA/DDI.*

© WHO 2025. All rights reserved. – © OMS 2025. Tous droits réservés.

Table 1 **Number of cholera cases and deaths reported to WHO in 2024**
Tableau 1 **Nombre de cas de choléra et de décès signalés à l'OMS en 2024**

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	Burundi	905	85	3	0.3
	Cameroon – Cameroun	199	85	2	1.0
	Comoros – Comores	10 692	11	152	1.4
	Democratic Republic of the Congo – République Démocratique du Congo	31 857	26	426	1.3
	Ethiopia – Éthiopie	27 152	0	271	1.0
	Ghana	423	0	20	4.7
	Kenya	302	0	3	1.0
	Liberia – Libéria	340	0	0	0.0
	Malawi	554	119	14	2.5
	Mayotte ^b	221	22	7	3.2
	Mozambique	8 174	NR	47	0.6
	Niger	1 066	7	23	2.2
	Nigeria – Nigéria	24 841	0	734	3.0
	Somalia – Somalie	21 945	0	138	0.6
	South Africa – Afrique du Sud	13	0	0	0.0
	South Sudan – Soudan du Sud	20 132	1	360	1.8
	Sudan – Soudan	53 001	0	1 456	2.7
	Tanzania (United Republic of) – Tanzanie (République-Unie de)	12 197	0	145	1.2
	Togo	281	0	17	6.0
	Uganda – Ouganda	135	13	5	3.7
	Zambia – Zambie	23 380	60	740	3.2
	Zimbabwe	20 632	0	413	2.0
	Total	258 442	429	4 976	1.9
Americas – Amériques	Dominican Republic – République dominicaine	15	3	0	0.0
	Haiti – Haïti	9 942	0	131	1.3
	Total	9 957	3	131	1.3
Asia – Asie	Bahrain – Bahreïn	4	4	0	0.0
	Bangladesh	24 758	NR	NR	–
	Cambodia – Cambodge	15	0	0	0.0
	China – Chine	10	2	0	0.0
	India – Inde	1 851 c	NR	NR	–
	Iran (Islamic Republic of) – Iran (République islamique d')	14	13	0	0.0
	Iraq	596	0	2	0.3
	Japan – Japon	2	2	0	0.0
	Kazakhstan	3	3	0	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
	Kuwait – Koweït	7	7	0	0.0
	Lebanon – Liban	1	0	0	0.0
	Malaysia – Malaisie	70	2	0	0.0
	Myanmar	2 139	0	8	0.4
	Nepal – Népal	95	0	0	0.0
	Oman	2	2	0	0.0
	Pakistan	198	0	0	0.0
	Philippines	2 019	0	24	1.2
	Qatar	5	5	0	0.0
	Saudi Arabia – Arabie saoudite	110	110	0	0.0
	Syrian Arab Republic – République arabe syrienne	169	0	7	4.1
	Thailand – Thaïlande	11	NR	0	0.0
	United Arab Emirates – Émirats arabes unis	33	33	0	0.0
	Yemen – Yémen	260 274	0	879	0.3
	Total	292 386	183	920	0.3
Europe	Andorra – Andorre	2	2	0	0.0
	Bulgaria – Bulgarie	1	1	0	0.0
	Finland – Finlande	1	1	0	0.0
	France	5	5	0	0.0
	Germany – Allemagne	4	4	0	0.0
	Ireland – Irlande	1	1	0	0.0
	Netherlands (Kingdom of the) – Pays-Bas (Royaume des)	1	1	0	0.0
	Spain – Espagne	2	2	0	0.0
	Sweden – Suède	1	1	0	0.0
	Switzerland – Suisse	2	2	0	0.0
	United Kingdom – Royaume-Uni	9	9	0	0.0
	Total	29	29	0	0.0
Oceania – Océanie	Australia – Australie	4	4	0	0.0
	New Zealand – Nouvelle-Zélande	1	1	0	0.0
	Papua New Guinea – Papouasie-Nouvelle-Guinée	4	NR	1	25.0
	Total	9	5	1	11.1
Grand total		560 823	649	6 028	1.1

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 de travail mondial pour la 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>).

^b Mayotte is an overseas department of France, as this table is based on geographic regions, reported cases and deaths from Mayotte are listed in the Africa section. – Mayotte est un département français d'Outre-mer. Ce tableau étant basé sur des régions géographiques, les cas de choléra et de décès signalés par Mayotte apparaissent donc sous la section Afrique.

^c The increase in cholera cases reported from India in 2024 is largely due to improvements in the national surveillance system, expanded coverage, and near-real-time digital reporting, reflecting enhanced detection rather than increased transmission. – L'augmentation du nombre de cas de choléra provenant d'Inde depuis 2024 est due en grande partie aux améliorations apportées au système de surveillance national, à une couverture plus large ainsi qu'à un signalement digital des cas en temps quasi réel, ce qui permet de refléter une meilleure détection plutôt qu'une augmentation de la transmission.

A new, innovative OCV, Euvichol-S®, was prequalified in early 2024⁶ and doses entered the global stockpile in late 2024. Its addition helped to maintain average stockpile levels above the emergency threshold of 5 million doses for the first 6 months of 2025.

Global surveillance data and analysis

In 2024, 118 countries reported data on cholera to WHO. Of these, 60 countries reported 560823 cases and 6028 deaths, while 58 countries commendably submitted zero reports (Table 2). Of the 60 countries that reported cases, 39 reported outbreaks or endemic cholera transmission, and 21 reported only imported cases.

Data on community deaths was not collected for these reports prior to 2022. While these data are still incomplete, they are to be factored into of the observed increase in community deaths. In 2024, nearly one quarter of the total number of deaths were reported by 21 countries as having occurred in the community. Six of the 16 countries that reported ≥10 community deaths indicated that they accounted for >50% of overall deaths. In countries that differentiated community and facility deaths, the CFR in facilities was 0.8% – below the 1% target. The high number of community deaths nevertheless suggests that, despite the efforts of national authorities, partners and people working directly with affected communities, many people succumb to cholera before reaching a health-care facility. Strengthening community access to treatment, raising awareness of the importance of seeking care early are critical to

Un nouveau VCO novateur, le vaccin Euvichol-S®, a été préqualifié au début de 2024⁶ et des doses de ce vaccin ont été versées dans le stock mondial à la fin cette même année. Cela a permis de maintenir le niveau moyen du stock au-dessus du seuil d'urgence de 5 millions de doses pendant les 6 premiers mois de 2025.

Données et analyse de la surveillance mondiale

En 2024, 118 pays ont communiqué à l'OMS des données sur le choléra. Parmi eux, 60 pays ont notifié 560 823 cas et 6028 décès, tandis que 58 pays en ont signalé 0, ce qui est louable (Tableau 2). Sur les 60 pays qui ont notifié des cas, 39 ont signalé des épidémies ou une transmission endémique du choléra, et 21 uniquement des cas importés.

Les données sur les décès dans la communauté n'étaient pas consignées dans les rapports avant 2022. Bien que ces données soient encore incomplètes, elles doivent être prises en compte dans l'augmentation observée du nombre de décès dans la communauté. En 2024, 21 pays ont signalé presque un quart du nombre total de décès survenus dans la communauté. Six des 16 pays ayant signalé ≥10 décès dans la communauté ont indiqué que ceux-ci représentaient >50% du nombre total de décès. Dans les pays qui ont fait la distinction entre les décès dans la communauté et ceux dans les établissements de santé, le taux de létalité dans les établissements était de 0,8%, soit inférieur à la cible de 1%. Le nombre élevé de décès dans la communauté suggère néanmoins que, malgré les efforts des autorités nationales, des partenaires et des personnes travaillant directement avec les communautés touchées, de nombreuses personnes succombent au choléra avant d'atteindre un établissement de santé. Il est essentiel d'améliorer l'accès des communautés au

Table 2 Countries reported 0 cases and deaths in 2024, fulfilling the public health surveillance service of “zero reporting”^a
Tableau 2 PPays ayant signalé 0 cas et décès en 2024, se conformant à la prescription de notification de «zéro cas» essentielle pour la surveillance en santé publique^a

Region – Région	Africa (32) – Afrique (32)	Asia (12) – Asie (12)	Oceania (14) – Océanie (14)
Countries – Pays	Algeria, Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Central African Republic, Chad, Côte d'Ivoire, Djibouti, Egypt, Equatorial Guinea, Eswatini, Gabon, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Lesotho, Libya, Madagascar, Mali, Mauritania, Mauritius, Morocco, Namibia, Republic of Congo, Rwanda, Sao Tome and Principe, Senegal, Seychelles, Sierra Leone, Tunisia – Algérie, Angola, Bénin, Bostwana, Burkina-Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Djibouti, Égypte, Érythrée, Eswatini, Gabon, Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Lesotho, Libye, Madagascar, Mali, Maroc, Mauritanie, Maurice, Niger, République centrafricaine, République du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Tchad, Tunisie	Bhutan, Brunei Darussalam, Democratic People's Republic of Korea, Jordan, Lao People's Democratic Republic, Maldives, Micronesia (Federated States of), Mongolia, Occupied Palestinian Territory, Including East Jerusalem, Republic of Korea, Sri Lanka, Viet Nam – Bhoutan, Brunéi Darussalam, Jordanie, Maldives, Micronésie (États fédérés de), Mongolie, République démocratique populaire lao, République de Corée, Sri Lanka, Territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, Viet Nam	Cook Islands, Fiji, Guam, Kiribati, Marshall Islands, Nauru, Niue, Palau, Samoa, Salomon Islands, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu – Fidji, Guam, Îles Cook, Îles Marshall, Îles Salomon, Kiribati, Nauru, Nioué, Palau, Samoa, Tokélaou, 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 2024: Afghanistan and Eritrea. 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 2024 à l'OMS: Afghanistan et Érythrée.

⁶ WHO prequalifies new oral simplified vaccine for cholera (<https://www.who.int/news/item/18-04-2024-who-prequalifies-new-oral-simplified-vaccine-for-cholera>).
⁶ L'OMS préqualifie un nouveau vaccin oral simplifié contre le choléra (<https://www.who.int/fr/news/item/18-04-2024-who-prequalifies-new-oral-simplified-vaccine-for-cholera>).

achieving the objective of *Ending cholera: a global road map to 2030*⁷ of reducing the number of cholera deaths by 90%.

Increasing laboratory confirmation of suspected cholera cases remains a priority to confirm the etiology of suspected cases in newly affected areas and to monitor transmission. Of the 60 countries that reported cases, 44 (73%) provided data on laboratory diagnostics. All 44 reported use of culture or polymerase chain reaction (PCR), and of these 28 (64%) also used rapid diagnostic tests (RDTs), representing an increase in the number of countries using RDTs, from 18 in 2022 and 23 in 2023 (*Table 3*). In total, 100 138 samples were tested by culture or PCR.

The differences in the proportion of confirmed cholera cases (0.7% to 100%) and in positivity rates (1.7% to 100%) partly reflect diverse testing strategies, from near-systematic testing to sentinel surveillance or outbreak confirmation only. Therefore, the data should be interpreted with caution.

Demographic data are used to target responses. Information on gender and age was provided by 50 countries, accounting for 99% of cases (555 952 and 556 045 respectively) (*Table 4*). Overall, the male-to-female ratio was 0.94. At national level, differences in gender distribution were reported in both directions.

Children aged <5 years accounted for 20% of the cases (114 447), although this proportion differed significantly by country (range: 0–67%). In settings without regular laboratory confirmation of cholera, a high proportion of cases among children aged <5 years may reflect other causes of diarrhoea, which merit further investigation. Real-time demographic analysis and risk investigation are necessary to adapt local response.

Regional outbreak patterns

African Region

In the African Region, 22 countries and territories reported 258 442 cholera cases and 4976 deaths (CFR=1.9%), including 429 imported cases. An additional 32 countries reported 0 cases (*Table 2*). This represents a 14% increase in the number of cases and a 57% increase in the number of deaths over 2023 (*Figure 2*). The overall CFR for Africa increased from 1.4% in 2023 to 1.9% in 2024, a concerning trend.

Of the 21 countries and territories in the Region that reported >50 cases, 14 had an CFR >1%, including 10 with CFRs of >2%. Differences in reporting, such as inclusion or exclusion of community deaths, contribute to such variation; 10 countries reported that at least half of all reported deaths occurred in the community.

traitement, en sensibilisant la population à l'importance de se faire soigner rapidement pour atteindre l'objectif de la stratégie *Mettre fin au choléra: feuille de route mondiale pour 2030*,⁷ qui vise à réduire de 90% le nombre de décès dus au choléra.

La confirmation en laboratoire des cas suspects de choléra reste une priorité et doit être intensifiée afin de pouvoir déterminer l'étiologie des cas suspects dans les zones nouvellement touchées et surveiller la transmission. Sur les 60 pays qui ont notifié des cas, 44 (73%) ont fourni des données sur le diagnostic en laboratoire. Ces 44 pays ont indiqué avoir eu recours à la culture ou à la réaction en chaîne par polymérase (PCR) et, parmi eux, 28 (64%) ont également utilisé des tests de diagnostic rapides (TDR), un chiffre en augmentation puisqu'ils étaient 18 en 2022 et 23 en 2023 (*Tableau 3*). Au total, 100 138 échantillons ont été analysés par culture ou PCR.

Les différences dans la proportion de cas confirmés de choléra (de 0,7% à 100%) et dans les taux de positivité (de 1,7% à 100%) reflètent en partie la diversité des stratégies utilisées en matière de test: test quasi systématique, surveillance sentinelle ou simple confirmation d'une flambée épidémique. Par conséquent, les données doivent être interprétées avec prudence.

Les données démographiques sont utilisées pour cibler les interventions. Des informations sur le genre et l'âge des patientes et patients ont été fournies par 50 pays, soit pour 99% des cas (555 952 et 556 045 cas, respectivement) (*Tableau 4*). Globalement, le ratio hommes/femmes était de 0,94. Au niveau national, des différences dans la répartition par genre ont été signalées dans les deux sens.

Les enfants âgés de <5 ans représentaient 20% des cas (114 447); toutefois, cette proportion variait considérablement d'un pays à l'autre (fourchette: 0%-67%). Dans les contextes où les tests de diagnostic du choléra en laboratoire ne sont pas régulièrement effectués, une forte proportion de cas chez les enfants âgés de <5 ans peut indiquer d'autres causes de diarrhée, qui nécessiteraient une enquête plus approfondie. Une analyse en temps réel des données démographiques et une enquête sur les risques sont nécessaires pour adapter les interventions au contexte local.

Schémas épidémiques par Région

Région africaine

Dans la Région africaine, 22 pays et territoires ont notifié 258 442 cas de choléra et 4976 décès (taux de létalité: 1,9%), dont 429 cas importés. Trente-deux autres pays ont signalé 0 cas (*Tableau 2*). Cela représente une augmentation de 14% du nombre de cas et de 57% du nombre de décès par rapport à 2023 (*Figure 2*). Le taux de létalité global pour l'Afrique est passé de 1,4 en 2023 à 1,9 en 2024, une tendance inquiétante.

Parmi les 21 pays et territoires de la Région qui ont notifié >50 cas, 14 présentaient un taux de létalité >1%, dont 10 un taux de létalité >2%. Les différences au niveau de la notification, comme l'inclusion ou non des décès survenus dans la communauté, contribuent à ces variations; 10 pays ont indiqué qu'au moins la moitié de tous les décès notifiés étaient survenus dans

⁷ Ending cholera: a global roadmap to 2030. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2020/09/ending-cholera-a-global-roadmap-to-2030.pdf>).

⁷ Voir <https://www.gtfcc.org/wp-content/uploads/2024/12/gtfcc-mettre-fin-au-cholera-feuille-de-route-mondiale-pour-2030.pdf>

Table 3 Countries reported cholera laboratory tests and results to WHO in 2024

Tableau 3 Pays ayant signalé à l'OMS en 2024 les cas de choléra testés en laboratoire ainsi que les résultats de ces examens

Region – Région	Country – Pays	Rapid diagnostic test (RDT) – Tests de diagnostic rapides (TDR)			Culture/PCR – En culture/PCR			Percentage of cases confirmed by culture/ PCR – Pourcentage de cas confirmés par culture/PCR
		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 (%)	
Africa – Afrique								
	Burundi	913	905	99.1	299	299	100.0	33.0
	Cameroon – Cameroun	92	86	93.5	55	5	9.1	2.5
	Comoros – Comores	NR	NR	–	92	74	80.4	0.7
	Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo	11 668	7 084	60.7	12 960	4 630	35.7	14.5
	Ethiopia – Éthiopie	2 289	2 234	97.6	696	613	88.1	2.3
	Ghana	31	12	38.7	1 437	419	29.2	99.1
	Kenya	267	265	99.3	24	15	62.5	5.0
	Liberia – Libéria	0	0	–	105	103	98.1	30.3
	Malawi	642	639	99.5	529	327	61.8	59.0
	Mozambique	609	299	49.1	1 356	688	50.7	8.4
	Niger	289	137	47.4	288	112	38.9	10.5
	Nigeria – Nigéria	3 665	1 986	54.2	1 052	151	14.4	0.6
	Somalia – Somalie	9 057	2 831	31.3	1 574	699	44.4	3.2
	South Africa – Afrique du Sud	0	0	–	30	13	43.3	100.0
	South Sudan – Soudan du Sud	6 748	6 085	90.2	231	84	36.4	0.4
	Sudan – Soudan	4 592	3 311	72.1	45	43	95.6	0.1
	Tanzania (United Republic of) – Tanzanie (République-Unie de)	7 914	6 420	81.1	4 050	3 181	78.5	26.1
	Togo	254	92	36.2	249	87	34.9	31.0
	Uganda – Ouganda	31	21	67.7	156	26	16.7	19.3
	Zambia – Zambie	1 159	430	37.1	1 163	536	46.1	2.3
	Zimbabwe	4 639	1 856	40.0	6 474	2 524	39.0	12.2
	Total	54 859	34 693	63.2	32 865	14 629	44.5	5.7

Region – Région	Country – Pays	Rapid diagnostic test (RDT) – Tests de diagnostic rapides (TDR)			Culture/PCR – En culture/PCR			Percentage of cases confirmed by culture/ PCR – Pourcentage de cas confirmés par culture/PCR
		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 (%)	
Americas– Amériques								
	Dominican Republic – République dominicaine	6	3	50.0	101	13	12.9	86.7
	Haiti – Haïti	60	0	0.0	2 476	201	8.1	2.0
	Total	66	3	4.5	2 577	214	8.3	2.1
Asia – Asie								
	Bahrain – Bahraïn	0	0	–	12	4	33.3	100.0
	Bangladesh	20 670	2 036	9.9	8 267	608	7.4	2.5
	China – Chine	NR	NR	–	10	10	100.0	100.0
	Iran (Islamic Republic of) – Iran (République islamique d')	6	5	83.3	14	14	100.0	100.0
	Iraq	0	0	–	33 104	596	1.8	100.0
	Japan – Japon	NR	NR	–	2	2	100.0	100.0
	Kuwait – Koweït	0	0	–	12	7	58.3	100.0
	Lebanon – Liban	1	1	100.0	1	1	100.0	100.0
	Malaysia – Malaisie	0	0	–	1 111	70	6.3	100.0
	Myanmar	NR	NR	–	3 692	2 139	57.9	100.0
	Nepal – Népal	13 555	467	3.4	839	95	11.3	100.0
	Oman	5	2	40.0	2	2	100.0	100.0
	Pakistan	0	0	–	527	198	37.6	100.0
	Philippines	0	0	–	899	15	1.7	0.7
	Qatar	0	0	–	90	5	5.6	100.0
	Saudi Arabia – Arabie saoudite	141	110	78.0	74	46	62.2	41.8
	Syrian Arab Republic – République arabe syrienne	1 873	556	29.7	964	169	17.5	100.0
	Thailand – Thaïlande	0	0	–	11	11	100.0	100.0

Table 3 (continued) – Tableau 3 (suite)

Region – Région	Country – Pays	Rapid diagnostic test (RDT) – Tests de diagnostic rapides (TDR)			Culture/PCR – En culture/PCR			Percentage of cases confirmed by culture/ PCR – Pourcentage de cas confirmés par culture/PCR
		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 (%)	
	United Arab Emirates – Émirats arabes unis	0	0	–	33	33	100.0	100.0
	Yemen – Yémen	30 843	25 246	81.9	15 028	7 718	51.4	3.0
	Total	67 094	28 423	42.4	64 692	11 743	18.2	4.0
Oceania – Océanie								
	Australia – Australie	0	0	–	4	4	100.0	100.0
	Total	0	0	–	4	4	100.0	100.0
Grand total		122 019	63 119	51.7	100 138	26 590	26.6	4.8

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: réaction en chaîne par polymérase; "–": 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.

Table 4 **Countries reported cholera cases by gender and age group to WHO, 2024**
Tableau 4 **Pays ayant signalé à l'OMS les cas de choléra par genre et tranche d'âge, 2024**

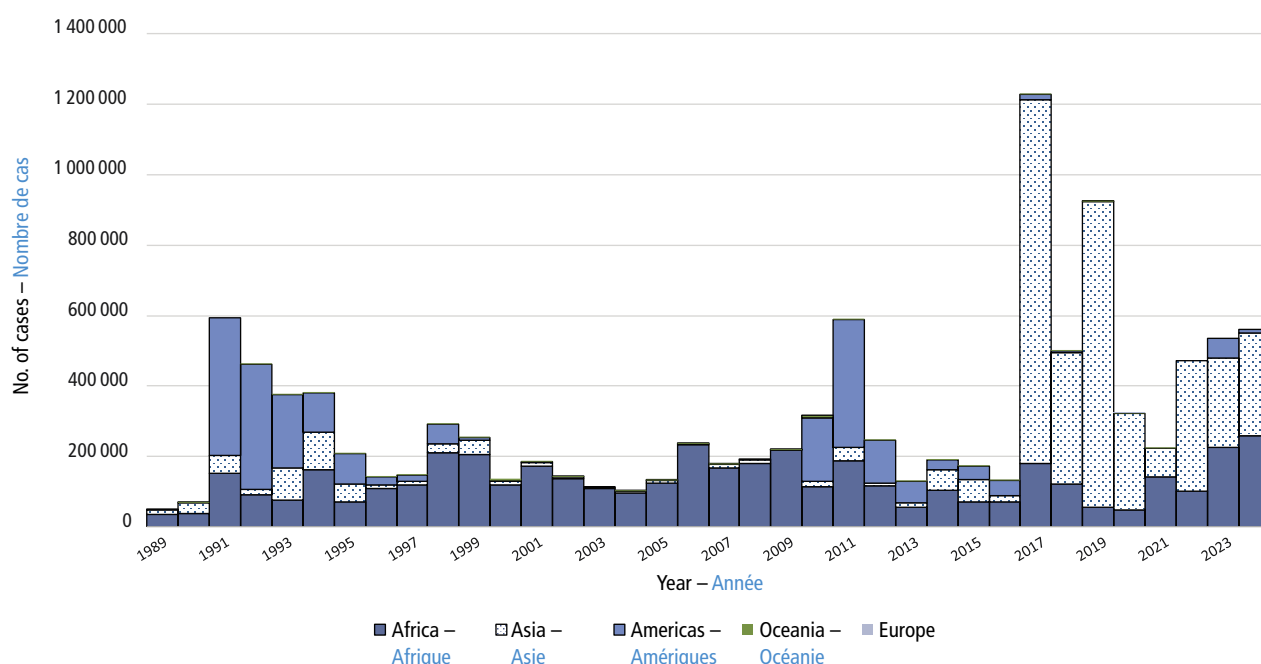
Region – Région	Country – Pays	Gender – Sexe			Age group – Groupe d'âge	
		Number of male cases – Nombre de cas masculins	Number of female cases – Nombre de cas féminins	Sex ratio (M:F) – Sexe ratio (M:F)	Number of cases ≤5 years (%) – Nombre de cas âgés de ≤5 ans (%)	Number of cases >5 years (%) – Nombre de cas âgés de >5 ans (%)
Africa – Afrique						
	Benin – Bénin	504	401	1.26	74 (8)	831 (92)
	Cameroon – Cameroun	81	109	0.74	21 (11)	169 (89)
	Comoros – Comores	5 025	5 667	0.89	953 (9)	9 739 (91)
	Democratic Republic of the Congo – République démocratique du Congo	13 980	13 433	1.04	9 108 (33)	18 470 (67)
	Ethiopia – Éthiopie	14 413	12 739	1.13	2 850 (10)	24 302 (90)
	Ghana	166	136	1.22	14 (3)	408 (97)
	Kenya	166	136	1.22	69 (23)	226 (77)
	Liberia – Libéria	141	199	0.71	12 (4)	328 (96)
	Malawi	265	289	0.92	79 (14)	475 (86)
	Mozambique	4 250	3 924	1.08	1 352 (17)	6 738 (83)
	Niger	490	568	0.86	138 (13)	920 (87)
	Nigeria – Nigéria	12 366	12 431	0.99	5 111 (21)	19 730 (79)
	Somalia – Somalie	10 574	11 371	0.93	12 025 (55)	9 920 (45)
	South Africa – Afrique du Sud	10	3	3.33	0 (0)	13 (100)
	South Sudan – Soudan du Sud	8 571	11 561	0.74	5 453 (27)	14 670 (73)
	Sudan – Soudan	25 890	27 111	0.95	6 951 (13)	45 920 (87)
	Tanzania (United Republic of) – Tanzanie (République-Unie de)	5 596	6 601	0.85	2 911 (24)	9 286 (76)
	Togo	166	115	1.44	40 (14)	241 (86)
	Uganda – Ouganda	83	52	1.60	11 (8)	124 (92)
	Zambia – Zambie	12 790	10 590	1.21	3 500 (15)	19 880 (85)
	Zimbabwe	10 523	10 109	1.04	2 888 (14)	17 744 (86)
	Total	126 050	127 545	0.99	53 560 (21)	200 134 (79)
Americas – Amériques						
	Dominican Republic – République dominicaine	10	5	2.00	1 (7)	14 (93)
	Haiti – Haïti	5 027	4 915	1.02	2 819 (28)	7 123 (72)
	Total	5 037	4 920	1.02	2 820 (28)	7 137 (72)
Asia – Asie						
	Bahrain – Bahreïn	3	1	3.00	1 (25)	3 (75)
	Bangladesh	13 300	11 458	1.16	13 791 (56)	10 967 (44)
	Cambodia – Cambodge	4	11	0.36	4 (27)	11 (73)
	China – Chine	6	4	1.50	NR	10 (100)

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 (%)
	India – Inde	996	855	1.16	300 (16)	1 551 (84)
	Iran (Islamic Republic of) – Iran (République islamique d')	9	5	1.80	0 (0)	14 (100)
	Iraq	290	306	0.95	18 (3)	578 (97)
	Japan – Japon	2	0	–	0 (0)	2 (100)
	Kuwait – Koweït	5	2	2.50	0 (0)	7 (100)
	Lebanon – Liban	0	1	0.00	0 (0)	1 (100)
	Malaysia – Malaisie	33	37	0.89	47 (67)	23 (33)
	Myanmar	1 009	1 130	0.89	187 (9)	1 952 (91)
	Nepal – Népal	50	45	1.11	5 (5)	90 (95)
	Oman	1	1	1.00	0 (0)	2 (100)
	Pakistan	90	106	0.85	77 (39)	121 (61)
	Philippines	973	1 046	0.93	261 (13)	1 751 (87)
	Qatar	4	1	4.00	0 (0)	5 (100)
	Saudi Arabia – Arabie saoudite	92	18	5.11	2 (2)	108 (98)
	Syrian Arab Republic – République arabe syrienne	77	92	0.84	37 (22)	132 (78)
	Thailand – Thaïlande	3	8	0.38	0 (0)	11 (100)
	United Arab Emirates – Émirats arabes unis	19	14	1.36	5 (15)	28 (85)
	Yemen – Yémen	122 003	138 271	0.88	43 329 (17)	216 944 (83)
	Total	138 969	153 412	0.91	58 064 (20)	234 311 (80)
Europe						
	Bulgaria – Bulgarie	1	NR	–	NR	1 (100)
	United Kingdom – Royaume-Uni	5	4	1.25	1 (11)	8 (89)
	Total	6	4	1.50	1 (10)	9 (90)
Oceania – Océanie						
	Australia – Australie	0	4	0.00	0 (0)	4 (100)
	New Zealand – Nouvelle-Zélande	1	0	–	0 (0)	1 (100)
	Papua New Guinea – Papouasie- Nouvelle-Guinée	2	2	1.00	2 (50)	2 (50)
	Total	3	6	0.50	2 (22)	7 (78)
Grand total		270 065	285 887	0.94	114 447 (21)	441 598 (79)

NR: not reported – NR: non renseigné.

Figure 2 **Cholera cases reported to WHO by year and by continent, 1989–2024**
 Figure 2 **Cas de choléra déclarés à l'OMS, par année et par continent, 1989–2024**



The Global Task Force on Cholera Control (GTFCC) public health surveillance recommendations emphasize the importance of distinguishing between facility and community deaths for meaningful calculation and interpretation of data. Implementation of these recommendations will facilitate interpretation of mortality data and better guide responses to improve access to treatment and prevent deaths.

Of the 12 countries worldwide that reported very large outbreaks (>10 000 cases), 10 were in the African Region. They included 4 countries with outbreaks continuing from 2023 (DRC, Ethiopia, Somalia, Zimbabwe) and 6 with new outbreaks (Comoros, Nigeria, South Sudan, Sudan, United Republic of Tanzania, Zambia). The resurgence of cholera in the Comoros archipelago, after more than 15 years without reported cases, underscores the persistent threat of global transmission of this disease and the continued need to invest in sustainable development and outbreak preparedness. Conflict, destruction of infrastructure and mass displacement probably fuelled surges in the numbers of cases in DRC, Somalia, South Sudan and Sudan, which together accounted for >150 000 cases. Notably, the case counts in South Sudan (20132) and Sudan (53001) were the highest recorded by both countries in this century.

In southern Africa, the surge that began in 2022 persisted into 2024, Zambia (23380) and Zimbabwe (20632) reporting the highest case counts in over a decade, even as decreases were seen in Mozambique (8174), Malawi (554) and South Africa (13).

la communauté. Les recommandations du Groupe de travail mondial pour la lutte contre le choléra (GTFCC) en matière de surveillance de la santé publique soulignent l'importance de faire la distinction entre les décès survenus dans les établissements et ceux survenus dans la communauté afin que les calculs et l'interprétation des données soient pertinents. La mise en œuvre de ces recommandations facilitera l'interprétation des données sur la mortalité et permettra de mieux orienter les interventions pour améliorer l'accès au traitement et prévenir les décès.

Sur les 12 pays dans le monde qui ont signalé des épidémies de grande ampleur (>10 000 cas), 10 se trouvaient dans la Région africaine. Parmi eux, 4 pays connaissaient des épidémies depuis 2023 (Éthiopie, RDC, Somalie, Zimbabwe) et 6 de nouvelles épidémies (Comores, Nigéria, République-Unie de Tanzanie, Soudan, Soudan du Sud, Zambie). La résurgence du choléra dans l'archipel des Comores, après plus de 15 ans sans cas signalés, souligne la menace persistante de transmission mondiale de cette maladie et la nécessité de continuer à investir dans le développement durable et la préparation aux épidémies. Les conflits, la destruction des infrastructures et les déplacements massifs de population ont probablement contribué à la forte augmentation du nombre de cas en RDC, en Somalie, au Soudan et au Soudan du Sud, qui comptent ensemble >150 000 cas. Il est à noter que le nombre de cas au Soudan (53 001) et au Soudan du Sud (20 132) a été le plus élevé enregistré par ces 2 pays au cours de ce siècle.

En Afrique australe, la hausse du nombre de cas depuis 2022 s'est poursuivie en 2024, la Zambie et le Zimbabwe ayant enregistré le nombre de cas le plus élevé depuis plus de 10 ans (23380 et 20632 cas, respectivement), alors même que des baisses ont été observées au Mozambique (8174 cas), au Malawi (554 cas) et en Afrique du Sud (13 cas).

This sub-regional outbreak, which occurred in settings in which recent extreme weather events have played a larger role than conflict in shaping transmission dynamics, is a sobering reminder that climate-related hazards, together with population growth and urbanization, remain important drivers of cholera. Long-term investment in climate-resilient WASH infrastructure is essential to protect populations against cholera and other diarrhoeal diseases.

Region of the Americas

In the Region of the Americas, 2 countries reported 9957 cases and 131 deaths (CFR = 1.3%), Haiti accounting for >99% of these figures. The Dominican Republic reported 15 cases, including 3 imported, and no deaths. The significant decrease in the number of reported cases in Haiti, from 54 767 in 2023, should be interpreted cautiously, as continued civil unrest has severely weakened the surveillance system and limited access to health care.

Middle East and Asia

In the Middle East and Asia, 23 countries reported 292 386 cholera cases and 920 deaths (CFR = 0.3%) in 2024. Of these, 183 cases were imported, with Bahrain, Japan, Kazakhstan, Kuwait, Oman, Qatar, Saudi Arabia and the United Arab Emirates reporting only imported cases. Additionally, 12 countries reported 0 cases (*Table 2*). Yemen alone accounted for 89% of the cases and 96% of the deaths reported in the region. Yemen did not submit reports to WHO in 2022 and 2023. Myanmar reported 2139 cases and 8 deaths, the highest number of cases reported in over two decades. All the reported cases were laboratory confirmed. In view of many challenges, including in access to laboratory facilities, this number is probably an underestimate. The number of cases reported by Bangladesh remained stable between 2023 (23 369) and 2024 (24 758), potentially confirming that the increase in the number of cases between 2022 and 2023 was attributable to better surveillance and reporting. The small numbers of cases reported by China and Malaysia (imported and autochthonous) show that cholera transmission remains a potential risk in the sub-region, highlighting the importance of strong surveillance and response capacity to control potential local outbreaks.

European Region

In the European Region, 11 countries reported a total of 29 imported cases and no deaths,⁸ representing an increase from 3 countries in 2023 and demonstrating the potential for international travel to spread cholera across continents. Effective WASH systems and robust public health surveillance successfully prevented local transmission.

Cette épidémie sous-régionale, qui s'est produite dans des contextes où les récents phénomènes météorologiques extrêmes ont joué un rôle plus important que les conflits dans la dynamique de transmission, nous rappelle que les risques liés au climat, ainsi que la croissance démographique et l'urbanisation, restent des facteurs importants de propagation du choléra. Il est essentiel d'investir à long terme dans des infrastructures WASH résilientes au climat pour protéger les populations contre le choléra et d'autres maladies diarrhéiques.

Région des Amériques

Dans la Région des Amériques, 2 pays ont notifié 9957 cas et 131 décès (taux de létalité: 1,3%), Haïti représentant >99% de ces chiffres. La République dominicaine a signalé 15 cas, dont 3 cas importés, et 0 décès. La diminution significative du nombre de cas signalés en Haïti par rapport à 2023 (54 767 cas) doit être interprétée avec prudence, car les troubles civils persistants ont gravement affaibli le système de surveillance et limité l'accès aux soins de santé.

Moyen-Orient et Asie

En 2024, au Moyen-Orient et en Asie, 23 pays ont notifié 292 386 cas de choléra et 920 décès (taux de létalité: 0,3%). Parmi ces cas, 183 étaient importés; Bahreïn, les Émirats arabes unis, le Japon, le Kazakhstan, le Koweït, Oman, le Qatar et l'Arabie saoudite n'ont signalé que des cas importés. Par ailleurs, 12 pays ont notifié 0 cas (*Tableau 2*). Le Yémen représente à lui seul 89% des cas et 96% des décès signalés dans cette région. Le pays n'avait pas transmis de rapport à l'OMS en 2022 et 2023. Le Myanmar a signalé 2139 cas et 8 décès, le plus grand nombre de cas signalés depuis plus de 2 décennies. Tous les cas signalés avaient été confirmés en laboratoire. Compte tenu des nombreuses difficultés, notamment en ce qui concerne l'accès aux laboratoires, ce nombre est probablement sous-estimé. Le nombre de cas notifiés par le Bangladesh est resté stable entre 2023 (23 369) et 2024 (24 758), ce qui confirme potentiellement que l'augmentation du nombre de cas entre 2022 et 2023 était attribuable aux progrès réalisés en matière de surveillance et de notification. Le faible nombre de cas notifiés par la Chine et la Malaisie (importés et autochtones) montre que la transmission du choléra reste un risque dans la sous-région, soulignant l'importance d'une surveillance et de capacités de riposte robustes pour juguler les épidémies locales susceptibles de survenir.

Région européenne

Dans la Région européenne, 11 pays ont notifié un total de 29 cas importés et 0 décès,⁸ ce qui représente une augmentation par rapport à 2023 (3 pays) et montre que les voyages internationaux peuvent propager le choléra sur tous les continents. Des systèmes WASH efficaces et une surveillance renforcée de la santé publique ont permis de prévenir avec succès la transmission locale.

⁸ As this report is based on geographic regions, cases and deaths reported from Mayotte, an overseas department of France, are included in the Africa section.

⁸ Étant donné que ce rapport est basé sur les régions géographiques, les cas et les décès signalés à Mayotte, un département français d'outre-mer, sont inclus dans la section Afrique.

Oceania

In Oceania, 3 countries reported a total of 9 cases (5 imported) and 1 death; 14 additional countries reported 0 cases. As in Europe, imported cases in Oceania indicate the ongoing 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 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.

As cholera transmission and outbreaks transcend national boundaries, active engagement in control – including reporting of cholera indicators at least annually – will benefit all countries. Coordinated action in both control and elimination will significantly enhance the likelihood 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 are thus unnecessary. Restrictions on importation of food produced in accordance with good manufacturing practices, solely due to the presence of cholera in a country, are unjustified.

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 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

Global coordination

WHO and its partners continue to support cholera-affected countries in implementing immediate and long-term control measures. These include surveillance,

Océanie

En Océanie, 3 pays ont notifié un total de 9 cas (5 importés) et 1 décès; 14 autres pays ont signalé 0 cas. Comme en Europe, les cas importés en Océanie indiquent qu'il existe un risque persistant de propagation internationale en raison des voyages internationaux.

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 pour lesquelles des activités complètes de lutte contre la maladie sont nécessaires.

Étant donné que la transmission et les épidémies de choléra transcendent les frontières nationales, une participation active à la lutte contre cette maladie, notamment par la communication au moins une fois par an des indicateurs relatifs au choléra, sera bénéfique pour tous les pays. Une action coordonnée en matière de lutte et d'élimination augmentera considérablement 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 donc inutiles. 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.

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 voyageuses et 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 voyageuses et 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 voyageuses et voyageurs en provenance ou à destination d'un pays en proie au choléra.

Note de la rédaction

Coordination mondiale

L'OMS et ses partenaires continuent d'apporter leur soutien aux pays touchés par le choléra dans la mise en œuvre de mesures de lutte immédiates et à long terme. Ces mesures comprennent

outbreak response, case management, WASH interventions, vaccination, risk communication and community engagement.

WHO also hosts the Secretariat of the GTFCC, a partnership that coordinates global cholera-related activities. The GTFCC advocates for long-term cholera control through the development and implementation of multi-sectoral national cholera plans (NCPs). The first step in NCP development is identification of priority area for multisectoral interventions (PAMI). Information on completed PAMI mapping and NCPs is updated regularly on publicly accessible sites.⁹

Since the launch of the *Ending cholera: a global road-map to 2030*⁷ strategy in 2017, GTFCC partners have collaborated to establish a support system to help countries develop and carry out their plans. This includes a country support platform, hosted by the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, which provides operational and technical assistance for advocacy, coordination and policy to develop, finance, implement and monitor NCPs.

Technical guidance

Technical guidance is provided by several GTFCC working groups, each with a designated WHO focal point. In the past 2 years, these groups have published guidance and developed online training resources to support implementation.¹⁰ These include new online training for the identification of PAMI, training for health authorities and health-care workers on cholera surveillance, training for health-care workers on sample collection and use of RDTs and training for clinical management of patients.

To enhance regional cooperation and understanding of cross-border transmission, work by countries to identify PAMIs is now available online.¹¹ The GTFCC app remains a valuable tool for countries, offering consolidated guidance on all response pillars, including recently updated recommendations for surveillance and testing.¹² A WHO dashboard with national annual data from this publication is available, including global, regional and national trends.¹³

la surveillance, la riposte aux flambées épidémiques, la prise en charge des cas, les interventions WASH, la vaccination, la communication sur les risques et la mobilisation communautaire.

L'OMS héberge également le Secrétariat du GTFCC, un partenariat qui assure la coordination des activités contre le choléra au niveau mondial. Le GTFCC préconise une stratégie à long terme nécessitant l'élaboration et à la mise en œuvre de plans nationaux de lutte contre le choléra (PNC) multisectoriels. La première étape de l'élaboration de PNC consiste à identifier les zones d'interventions multisectorielles prioritaires (PAMI). Les informations sur la cartographie des PAMI et les PNC existants sont mises à jour régulièrement sur des sites accessibles au public.⁹

Depuis le lancement en 2017 de la stratégie énoncée dans le document *Mettre fin au choléra: Feuille de route mondiale pour 2030*,⁷ les partenaires du GTFCC ont collaboré à la mise en place d'un système de soutien destiné à aider les pays à élaborer et à mettre en œuvre leurs plans. Ce système comprend une plateforme de soutien aux pays, hébergée par la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, qui fournit une assistance opérationnelle et technique en matière de plaidoyer, de coordination et de politiques afin d'élaborer, de financer, de mettre en œuvre et de suivre les PNC.

Conseils techniques

Plusieurs groupes de travail du GTFCC, disposant chacun d'un référent OMS, fournissent des conseils techniques. Au cours des 2 dernières années, ces groupes ont publié des orientations et élaboré des ressources de formation en ligne pour soutenir la mise en œuvre.¹⁰ Il s'agit notamment d'une nouvelle formation en ligne pour l'identification des PAMI, d'une formation pour les autorités sanitaires et les agentes et agents de santé sur la surveillance du choléra, d'une formation pour les agentes et agents de santé sur le prélèvement d'échantillons et l'utilisation des TDR et d'une formation pour la prise en charge clinique des patientes et patients.

Afin d'améliorer la coopération régionale et la compréhension de la transmission transfrontalière, les travaux menés par les pays pour identifier les PAMI sont désormais disponibles en ligne.¹¹ L'application GTFCC reste un outil précieux pour les pays, offrant un ensemble de conseils sur tous les piliers de la riposte, y compris des recommandations récemment mises à jour pour la surveillance et la réalisation de tests.¹² Un tableau de bord de l'OMS présente les données annuelles nationales issues de cette publication et les tendances mondiales, régionales et nationales.¹³

⁹ GTFCC PAMI dashboard (online). Geneva: World Health Organization; (<https://worldhealthorg.shinyapps.io/pamidashboard/>).

¹⁰ See <https://www.gtfcc.org/training/sample-collection-and-testing-with-rapid-diagnostic-tests-for-cholera-for-health-care-workers/>; <https://openwho.org/channel/Cholera/493105>.

¹¹ See www.gtfcc.org/our-work/country-support-progress/#ss3

¹² See <https://www.gtfcc.org/cholera-app/>

¹³ See <https://worldhealthorg.shinyapps.io/Cholera/>

⁹ GTFCC PAMI dashboard (en ligne). Genève, Organisation mondiale de la Santé, (<https://worldhealthorg.shinyapps.io/pamidashboard/>).

¹⁰ Voir <https://www.gtfcc.org/training/sample-collection-and-testing-with-rapid-diagnostic-tests-for-cholera-for-health-care-workers/> et <https://openwho.org/channel/Cholera/493105>.

¹¹ Voir www.gtfcc.org/our-work/country-support-progress/#ss3

¹² Voir <https://www.gtfcc.org/cholera-app/>

¹³ Voir <https://worldhealthorg.shinyapps.io/Cholera/>

GTFFCC and WHO in-country training on use of RDTs facilitates implementation of the global cholera RDT procurement programme, supported by GAVI, the Vaccine Alliance, which in 2024 approved distribution of 1.2 million RDTs to 16 countries.

The case management working group has published guidance with practical examples of integrating access to oral rehydration into existing community programmes.¹⁴ This directly supports 2 priorities for reducing the number of cholera deaths: increasing awareness in at-risk communities and strengthening access to treatment in affected ones.

Vaccination and stockpile management

In 2024, requests for 61 million OCV doses were made to the global stockpile. A record 40 million were approved for emergency use in reactive, single-dose campaigns in 16 countries: Bangladesh, Comoros, Ethiopia, Ghana, Kenya, Malawi, Mozambique, Myanmar, Niger, Nigeria, Somalia, South Sudan, Sudan, Yemen, Zambia and Zimbabwe.

Since 2023, Gavi has approved requests for preventive vaccination from Bangladesh, DRC and Mozambique, bringing the total number of approved preventive doses to 48 million in the first year of its preventive multi-year plan.

While further investment is being made to increase OCV production, supply constraints are expected to persist into 2025. ■

La formation dans les pays assurée par le GTFFCC et l'OMS sur l'utilisation des TDR facilite la mise en œuvre du programme mondial d'achat de TDR pour le choléra, soutenu par GAVI, l'Alliance du vaccin, qui a approuvé en 2024 la distribution de 1,2 million de TDR à 16 pays.

Le groupe de travail sur la prise en charge des cas a publié des recommandations accompagnées d'exemples pratiques d'intégration de l'accès à la réhydratation orale dans les programmes communautaires existants.¹⁴ Cela soutient directement 2 priorités visant à réduire le nombre de décès dus au choléra : sensibiliser davantage les communautés à risque et renforcer l'accès au traitement dans les communautés touchées.

Vaccination et gestion du stock de vaccins

En 2024, la demande de doses de VCO du stock mondial s'élevait à 61 millions. Un nombre record de 40 millions de doses a été approuvé pour une utilisation d'urgence dans le cadre de campagnes réactives à dose unique dans 16 pays : Bangladesh, Comores, Éthiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Mozambique, Myanmar, Niger, Nigéria, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Yémen, Zambie et Zimbabwe.

Depuis 2023, Gavi a approuvé les demandes de doses pour la vaccination préventive soumises par le Bangladesh, le Mozambique et la RDC, portant le nombre total de doses approuvées à des fins de vaccination préventive à 48 millions au cours de la première année de son plan de prévention pluriannuel.

Bien que des investissements supplémentaires soient réalisés pour augmenter la production de VCO, les contraintes d'approvisionnement devraient persister en 2025. ■

¹⁴ See <https://www.gtffcc.org/resources/integrated-community-approaches-to-improve-access-to-oral-rehydration-solution-ors-for-cholera/>

¹⁴ Voir <https://www.gtffcc.org/resources/integrated-community-approaches-to-improve-access-to-oral-rehydration-solution-ors-for-cholera/>

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: A 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

WHO web sites on infectious diseases – Sites internet de l'OMS sur les maladies infectieuses

Adolescent health	https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1	Santé des adolescents
Avian influenza	https://www.who.int/health-topics/influenza-avian-and-other-zoonotic#tab=tab_1	Grippe aviaire
Buruli ulcer	https://www.who.int/health-topics/buruli-ulcer#tab=tab_1	Ulcère de Buruli
Child health	https://www.who.int/health-topics/child-health#tab=tab_1	Santé des enfants
Cholera	https://www.who.int/health-topics/cholera#tab=tab_1	Choléra
COVID-19	https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1	Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)
Dengue	https://www.who.int/health-topics/dengue-and-severe-dengue#tab=tab_1	Dengue
Ebola virus disease	https://www.who.int/health-topics/ebola#tab=tab_1	Maladie à virus Ebola
Emergencies	https://www.who.int/emergencies/situations	Situations d'urgence sanitaire
Emergencies dashboard	https://extranet.who.int/publicemergency	Tableau de bord des urgences sanitaires
Foodborne diseases	https://www.who.int/health-topics/foodborne-diseases#tab=tab_1	Maladies d'origine alimentaire
Global Health Observatory (GHO) data	https://www.who.int/data/gho	Données de l'Observatoire de la santé mondiale
Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)	https://www.who.int/initiatives/global-influenza-surveillance-and-response-system	Système mondial de surveillance et d'intervention
Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN)	https://extranet.who.int/goarn/	Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN)
Health topics	https://www.who.int/health-topics/	La santé de A à Z
Human African trypanosomiasis	https://www.who.int/health-topics/human-african-trypanosomiasis#tab=tab_1	Trypanosomiase humaine africaine
Immunization, Vaccines and Biologicals	https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1	Vaccination, Vaccins et Biologiques
Influenza	https://www.who.int/health-topics/influenza-seasonal#tab=tab_1	Grippe
International Health Regulations	https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_1	Règlement sanitaire international
International travel and health	https://www.who.int/health-topics/travel-and-health#tab=tab_1	Voyages internationaux et santé
Leishmaniasis	https://www.who.int/health-topics/leishmaniasis#tab=tab_1	Leishmaniose
Leprosy	https://www.who.int/health-topics/leprosy#tab=tab_1	Lèpre
Lymphatic filariasis	https://www.who.int/health-topics/lymphatic-filariasis#tab=tab_1	Filiariose lymphatique
Malaria	https://www.who.int/health-topics/malaria#tab=tab_1	Paludisme
Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV)	https://www.who.int/health-topics/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-mers#tab=tab_1	Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)
Neglected tropical diseases	https://www.who.int/health-topics/neglected-tropical-diseases#tab=tab_1	Maladies tropicales négligées
Onchocerciasis	https://www.who.int/health-topics/onchocerciasis#tab=tab_1	Onchocercose
OpenWHO	https://openwho.org/	OpenWHO
Outbreak news	https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news	Flambées d'épidémies
Poliomyelitis	https://www.who.int/health-topics/poliomyelitis#tab=tab_1	Poliomyélite
Rabies	https://www.who.int/health-topics/rabies#tab=tab_1	Rage
Schistosomiasis	https://www.who.int/health-topics/schistosomiasis#tab=tab_1	Schistosomiase
Smallpox	https://www.who.int/health-topics/smallpox#tab=tab_1	Variole
Snakebite envenoming	https://www.who.int/health-topics/snakebite#tab=tab_1	Envenimation par morsure de serpent
Soil-transmitted helminthiasis	https://www.who.int/health-topics/soil-transmitted-helminthiasis#tab=tab_1	Géohelminthiases
Trachoma	https://www.who.int/health-topics/trachoma#tab=tab_1	Trachome
Tropical disease research	https://tdr.who.int/	Recherche sur les maladies tropicales
Tuberculosis	https://www.who.int/health-topics/tuberculosis#tab=tab_1	Tuberculose
Weekly Epidemiological Record	http://www.who.int/wer	Relevé épidémiologique hebdomadaire
WHO Lyon Office for National Epidemic Preparedness and Response	https://www.who.int/about/structure/lyon-office	Bureau OMS de Lyon pour la préparation et la réponse des pays aux épidémies
Yellow fever	https://www.who.int/health-topics/yellow-fever#tab=tab_1	Fièvre jaune
Zika virus disease	https://www.who.int/health-topics/zika-virus-disease#tab=tab_1	Maladie à virus Zika