

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante-huitième session

Dakar, République du Sénégal, 27-31 août 2018

Point 10 de l'ordre du jour provisoire

**CADRE RÉGIONAL POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE MONDIALE DE LUTTE
CONTRE LE CHOLÉRA 2018-2030**

Rapport du Secrétariat

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. Le choléra est une infection diarrhéique aiguë causée par l'absorption d'eau ou d'aliments contaminés par la bactérie connue sous l'appellation de *Vibrio cholerae*. Sa période d'incubation est courte, et oscille entre deux heures et cinq jours. L'infection est souvent modérée ou asymptomatique, mais sévère dans 20 % des cas. Le choléra touche à la fois les enfants et les adultes. Dans les cas graves, il peut rapidement – en quelques heures – provoquer un décès par déshydratation s'il n'est pas traité.
2. Le choléra touche surtout les groupes de populations pauvres, dont la situation socioéconomique est désavantageuse. Les populations les plus vulnérables sont celles qui vivent dans des zones surpeuplées offrant un accès limité aux services d'alimentation en eau potable et d'assainissement, notamment dans des zones où l'urbanisation est massive et non planifiée. Le Rapport 2017 du Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'alimentation en eau et de l'assainissement indique, sur la base des données de 2015, que 663 millions de personnes dans le monde n'ont pas accès à l'eau potable, et que plus de deux milliards de personnes boivent une eau provenant de sources contaminées par des matières fécales. En outre, les déplacements dus aux conflits, aux catastrophes naturelles et aux changements climatiques extrêmes créent des conditions favorables aux flambées de choléra dans de nombreux milieux de vie dans le monde.
3. En raison des facteurs de risque ci-dessus mentionnés, le choléra demeure un problème majeur de santé publique. Le nombre de cas de choléra est estimé à quatre millions dans le monde, et plus de 140 000 décès sont notifiés chaque année. En 2017 uniquement, plus de 150 000 cas de choléra ayant entraîné 3000 décès ont été notifiés dans 17 pays de la Région africaine, ce qui représente un taux de létalité de 2,3 %. Plus de 90 % de ces cas ont été recensés dans six pays à forte charge de morbidité. Cette situation soulève des préoccupations quant à une éventuelle augmentation de la charge du choléra, et au sujet de l'éclosion de flambées à grande échelle dans de grandes villes.
4. Les flambées de choléra sont récurrentes, et présentent de nettes variations saisonnières dans la plupart des zones d'endémie. Dans ces lieux, la persistance de la maladie traduit la faiblesse de l'infrastructure et des services d'alimentation en eau et d'assainissement, le recours à des pratiques à haut risque – tant sur le plan social qu'en matière d'hygiène – et les lacunes des systèmes de surveillance et de soins de santé. La fréquence et la longueur des flambées s'expliquent aussi par le manque de volonté politique et le soutien financier limité. En effet, plus de 80 % des pays affectés ne disposent pas de financements suffisants pour atteindre les cibles qu'ils se sont fixées en matière d'alimentation en eau, d'assainissement et d'hygiène.
5. Compte tenu de la charge élevée et croissante de cette maladie et des nombreux problèmes y afférents, le Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra a élaboré une feuille de route pour mettre fin au

choléra dans le monde d'ici à 2030. Le présent cadre régional, qui est assorti de jalons, guidera les États Membres dans la mise en œuvre de la Stratégie mondiale, avec pour ambition de parvenir à l'élimination du choléra au plus tard en 2030.

6. Le cadre régional propose des mesures concrètes comprenant l'amélioration de la surveillance épidémiologique et en laboratoire, la cartographie des « foyers » de choléra, l'élargissement de l'accès au traitement en temps voulu, le renforcement des partenariats et de la participation communautaire, l'accroissement des investissements dans un réseau d'eau propre et d'assainissement desservant les communautés les plus vulnérables, et la promotion de la recherche. Ces mesures nécessitent un engagement politique et financier accru, associé à un suivi-évaluation méticuleux de leur mise en œuvre.
7. Le Comité régional est invité à examiner et adopter les mesures proposées dans le présent cadre régional de mise en œuvre.

SOMMAIRE

Paragrophes

INTRODUCTION	1-4
SITUATION ACTUELLE.....	5-10
ENJEUX ET DÉFIS	11-20
LE CADRE RÉGIONAL DE MISE EN ŒUVRE	21-27
INTERVENTIONS ET ACTIONS PRIORITAIRES.....	28-48
MESURE PROPOSÉE	49

ABRÉVIATIONS

ODD	Objectif de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PIB	Produit intérieur brut
RSI (2005)	Règlement sanitaire international (2005)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

INTRODUCTION

1. Le choléra est une infection diarrhéique aiguë causée par l'absorption d'eau ou d'aliments contaminés par la bactérie connue sous l'appellation de *Vibrio cholerae*. Cette maladie que l'on peut prévenir et soigner est liée à une mauvaise hygiène et à un manque d'infrastructures d'alimentation en eau et d'assainissement, dans un contexte socioéconomique marqué par la pauvreté. Le choléra reste un problème majeur de santé publique. En effet, entre 1,3 et 4,3 millions de cas d'infection par le choléra sont notifiés dans le monde chaque année, et 21 000 à 143 000 patients décèdent des suites de cette maladie¹.

2. La charge et les conséquences des épidémies de choléra sont plus importantes en Afrique, surtout en Afrique subsaharienne où le taux de létalité a dépassé le seuil de 1 % depuis 2014. Entre 2006 et 2015, environ 752 000 cas – au nombre desquels 17 400 décès – ont été notifiés en Afrique de l'Est et en Afrique australe, soit un taux de létalité moyen de 2,3 %².

3. Les épidémies de choléra sont intrinsèquement liées au niveau de développement. Le produit intérieur brut (PIB) d'un pays affecté peut baisser dans une fourchette comprise entre 2 % et 2,5 % au cours de la première année d'une épidémie³. Les mesures de lutte contre le choléra contribuent à l'atteinte des objectifs de développement durable à l'horizon 2030, ainsi qu'à l'accès universel aux services de santé de base.

4. Le présent cadre régional de mise en œuvre a été élaboré pour trouver une solution aux facteurs de risque associés à la persistance de l'épidémie de choléra dans la Région africaine et pour faciliter la mise en œuvre de la Stratégie mondiale de lutte contre le choléra par les États Membres. Le cadre régional décrit les interventions prioritaires, tout comme les mesures à prendre, de même que les cibles et les jalons définis pour réduire la morbidité et la mortalité imputables au choléra.

SITUATION ACTUELLE

5. La Région africaine a connu une nouvelle dégradation de la situation humanitaire et subi des flambées de maladies, dont le choléra. En effet, des flambées de cette maladie perdurent depuis quelques années à cause de l'inadéquation des systèmes d'alimentation en eau et d'assainissement qui persiste dans certains pays. Il va de soi que ces flambées épidémiques posent un sérieux problème de santé publique et obèrent le développement des pays touchés.

6. Selon des estimations, 159 millions de personnes, dont 58 % vivent en Afrique subsaharienne, consomment encore de l'eau provenant directement de sources d'eau de surface⁴. Malgré les efforts qui sont faits pour réduire la transmission du choléra grâce à l'élargissement de l'accès à l'eau potable, la récurrence des flambées affecte les moyens de subsistance des populations et influe très négativement sur l'économie des États Membres concernés. Plus de 80 % des pays touchés indiquent que le financement dont ils disposent est insuffisant pour atteindre d'ici à 2030 les cibles en matière

¹ Organisation mondiale de la Santé. Aide-mémoire sur le choléra. Genève, 2017. Pour plus d'informations, veuillez suivre le lien <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cholera> (consulté le 31 mai 2018).

² Organisation mondiale de la Santé. Taux de létalité du choléra. Genève, 2015. Pour plus d'informations, veuillez suivre le lien (en anglais) http://www.who.int/gho/epidemic_diseases/cholera/case_fatality_rate_text/en/ (consulté le 31 mai 2018).

³ Oxford Economic. Economic impact of a cholera epidemic on Mozambique and Bangladesh, 2010 (pp.4-5). Pour plus d'informations, veuillez suivre le lien <https://www.oxfordeconomics.com/publication/open/222590> (consulté le 1^{er} juin 2018).

⁴ Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Progrès en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène. Mise à jour 2017 et évaluation des ODD. Pour plus d'informations, veuillez suivre le lien apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260290/9789242512892-fre.pdf;jsessionid=44B35D1C1E9E738AE15CB41663393ED7?sequence=1.

d'alimentation en eau, d'assainissement et d'hygiène qui ont été fixées dans les objectifs de développement durable⁵.

7. Une analyse effectuée sur 35 pays d'Afrique subsaharienne révèle que dans les centres urbains et les bidonvilles se trouvant en zone périurbaine, plus de 90 % du quintile le plus riche de la population ont accès à un assainissement amélioré et à l'eau potable, et 60 % des personnes de ce quintile bénéficient d'une adduction d'eau dans leurs habitations. Le quintile le plus pauvre vit pour l'essentiel en zone rurale où l'eau potable relève parfois du luxe d'une part, et d'autre part où plus de 60 % des ménages⁶ pratiquent la défécation en plein air.

8. Depuis 2015, des épidémies de choléra ont sévi dans 17 pays africains. En 2017, un total de 150 167 cas suspects, parmi lesquels 3165 décès (soit un taux de létalité de 2,3 %), ont été notifiés, ce qui représente le double des cas recensés lors des années précédentes. Plus de 90 % de ces cas sont survenus dans six pays à forte charge de morbidité⁷. En 2017 toujours, l'OMS a apporté son soutien à des opérations de lutte contre le choléra dans 17 pays, en axant les efforts sur la coordination multisectorielle, la surveillance épidémiologique, les capacités de laboratoire, la prise en charge des cas, les activités en lien avec l'alimentation en eau, l'assainissement et l'hygiène, tout comme les stratégies de communication sur les risques et de participation communautaire dans toutes les situations d'urgence classées.

9. En ce qui concerne le renforcement de la surveillance, on note que 44 pays sur 47 (soit 94 % des États Membres de l'OMS dans la Région africaine) ont adapté et mis en application les lignes directrices techniques sur la Surveillance intégrée de la Maladie et Riposte. Par ailleurs, 64 % des pays (soit 30 États Membres sur les 47 que compte la Région) ont institué une surveillance communautaire, tandis que 36 pays (76 % du total) ont déclaré effectuer une surveillance des événements.

10. Entre 2013 et 2017, l'OMS a soutenu 65 campagnes de vaccination anticholérique orale et fourni 16,2 millions de doses de vaccin à 18 pays à travers le monde. Onze pays africains⁸ ont mené à bien ces campagnes, la majorité d'entre eux dans un contexte marqué par des crises humanitaires permanentes ou par des catastrophes naturelles. La vaccination anticholérique orale est en passe d'être intégrée rapidement dans les plans de lutte contre le choléra même si, pour le moment, aucune corrélation étroite n'est établie avec les investissements dans l'alimentation en eau, l'assainissement et l'hygiène.

ENJEUX ET DÉFIS

11. La faible qualité de l'analyse des risques et de la cartographie, qui ne permet pas de prédire les flambées. Les informations susceptibles d'aider à prédire les variations saisonnières des flambées font défaut. Cette situation s'est traduite par l'inadéquation des activités de préparation et des interventions de prévention des flambées de choléra dans la Région africaine.

12. La déclaration insuffisante des flambées et le défaut d'application du Règlement sanitaire international (RSI, 2005). Un certain nombre d'États Membres n'ont pas toujours notifié en temps

⁵ Organisation mondiale de la Santé. *Ending Cholera – A Global Roadmap to 2030*. Pour plus d'informations, veuillez suivre le lien <http://www.who.int/cholera/publications/global-roadmap.pdf> (consulté le 31 mai 2018).

⁶ Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). *Water, sanitation and hygiene – The case for support*. Pour plus d'informations, veuillez cliquer sur <https://www.unicef.org/publicpartnerships/files/WASHTheCaseForSupport.pdf> (consulté le 31 mai 2018).

⁷ Éthiopie, Kenya, Nigéria, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie et Soudan du Sud.

⁸ Cameroun, Éthiopie, Guinée, Malawi, Mozambique, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Tanzanie et Zambie.

voulu les flambées à l’OMS, faisant fi des prescriptions du RSI (2005). La sous-notification est aussi courante dans les pays où le tourisme génère une proportion conséquente des revenus, une situation qui accroît le risque de propagation internationale de la maladie.

13. Les carences dans les systèmes de surveillance et la sous-notification. Elles sont dues à la mauvaise qualité des données, à leur utilisation sous-optimale et à l’inadéquation des capacités nationales. On constate également une pénurie de personnel formé au niveau périphérique, avec pour corollaire une surveillance transfrontalière limitée ou faible pour ce qui concerne la détection précoce des cas.

14. Un accès limité aux services d’alimentation en eau, d’assainissement et d’hygiène. La persistance des flambées de choléra s’explique avant tout par un accès limité à l’eau potable, par la mauvaise qualité des infrastructures d’assainissement et par des pratiques d’hygiène impropres à la santé. Les facteurs de risque tels que les crises humanitaires, les catastrophes naturelles (par exemple, les inondations) et l’urbanisation rapide non planifiée influent très négativement sur les moyens de subsistance des populations.

15. Les conflits prolongés, la pauvreté et la famine. Les crises humanitaires, l’instabilité politique et la pauvreté font souvent le lit du déplacement de personnes, en particulier les groupes vulnérables, avec pour corollaire une accumulation de populations dans certaines zones telles que les camps de personnes déplacées à l’intérieur de leur propre pays ou les camps de réfugiés, et les quartiers insalubres des zones périurbaines. En général, ces établissements humains ont un accès très limité aux services d’alimentation en eau potable et d’assainissement. De surcroît, la qualité des infrastructures de soins de santé de ces quartiers insalubres des zones périurbaines laisse à désirer, lorsqu’il en existe. Ces facteurs accroissent le risque et la gravité des flambées de choléra chez les populations touchées.

16. Les carences dans les interventions communautaires et en matière de communication sur les risques. Les carences de la communication sur les risques et des campagnes de sensibilisation communautaire ont contribué à l’échec de la lutte contre les flambées de choléra dans la Région. Les populations adhèrent peu à l’adoption de pratiques saines en matière d’hygiène et de préparation des repas, faute de campagnes de communication sur les risques et de stratégies prônant la participation communautaire dans les pays à risque.

17. Le manque de volonté politique. L’implication et la volonté politiques à mettre en œuvre des mesures de prévention et de contrôle du choléra font souvent défaut au plus haut niveau dans les administrations nationales. Les interventions sont par conséquent tardives, ce qui se traduit par la propagation de flambées épidémiques.

18. L’inefficacité de la coordination et les lacunes de la collaboration multisectorielle. La collaboration limitée, ou le manque de collaboration avec les partenaires extérieurs au secteur de la santé, conjuguée à la mauvaise coordination des ressources ont contribué à l’inefficacité de la riposte globale aux flambées de choléra dans la Région.

19. L’inadéquation du suivi-évaluation. L’inadéquation des processus de suivi et le manque de cadres de suivi et d’évaluation au niveau national entravent l’identification en temps voulu des problèmes ou des obstacles à la riposte, et la mise en œuvre des mesures propres à y remédier. En outre, l’évaluation des opérations de riposte irrégulière peut entraver la planification de la préparation et des interventions futures de lutte contre le choléra.

20. La recherche limitée. Les États Membres mènent actuellement peu de recherches permettant de mettre en évidence les causes fondamentales des flambées de choléra, ses réservoirs naturels et son mode de transmission à l’être humain afin d’améliorer la lutte contre cette maladie.

LE CADRE RÉGIONAL DE MISE EN ŒUVRE

21. Une réorientation stratégique s'avère nécessaire pour mettre en place une riposte globale aux épidémies de choléra. Le cadre régional de mise en œuvre présente des mesures intégrales, proactives et ciblées qui doivent être prises dans le but de prévenir le choléra.

Vision, but, objectifs, cibles et jalons

Vision

22. La vision du cadre régional de mise en œuvre est celle d'une Région africaine exempte d'épidémies de choléra à l'horizon 2030.

But

23. Le but du cadre régional est de réduire la morbidité, la mortalité et l'impact socioéconomique des épidémies de choléra dans la Région africaine.

Objectifs

24. Les objectifs sont les suivants :

- 1) Contribuer à l'atteinte de l'objectif mondial qui consiste à éliminer les épidémies prévisibles de choléra d'ici à 2030 ; et
- 2) D'ici à 2030, réduire de 90 % l'ampleur des épidémies de choléra, notamment au sein des populations vulnérables et pendant les crises humanitaires.

Cibles et jalons

25. Cibles

- 1) Réduire de 100 % le nombre de pays qui connaissent des flambées de choléra d'ici à 2030 ;
- 2) Réduire le nombre de cas de choléra à moins de 50 % du niveau actuel d'ici à 2022 ;
- 3) Réduire le taux de létalité du choléra à moins de 1 % à l'horizon 2022.

26. Jalons

- 1) Contribuer à l'atteinte de l'objectif mondial qui consiste à éliminer les épidémies prévisibles de choléra. Tous les États Membres devront :
 - a) s'être dotés de points focaux nationaux pour le choléra d'ici à 2019 ;
 - b) disposer de plans de préparation et de riposte aux situations d'urgence que représentent les flambées de choléra à l'horizon 2019 ;
 - c) avoir renforcé leurs capacités nationales en matière de préparation et d'intervention en cas d'épidémie de choléra d'ici à 2020 ;
 - d) avoir mis en place de solides mécanismes de coordination multisectorielle et de concertation entre les partenaires aux niveaux national et infranational d'ici à 2020 ;
 - e) avoir mobilisé les ressources techniques et financières nécessaires à tous les niveaux d'ici à 2022 ;
 - f) avoir identifié et cartographié les foyers de choléra dans les pays touchés, à tous les niveaux, d'ici à 2022 ;
 - g) avoir renforcé la surveillance transfrontalière à tous les niveaux d'ici à 2025 ;

- h) avoir financé intégralement les plans de lutte multisectoriels à long terme contre le choléra d'ici à 2025 ; et
 - i) avoir établi des plans multisectoriels de lutte contre le choléra dans tous les foyers cartographiés et à tous les niveaux d'ici à 2030.
- 2) Réduire de 50 % l'ampleur des épidémies de choléra, en particulier au sein des populations vulnérables et pendant les crises humanitaires. Tous les États Membres devront :
- a) avoir réalisé une évaluation et une cartographie des risques d'ici à 2019 ;
 - b) avoir créé des équipes d'intervention rapide pour les enquêtes sur le terrain et l'évaluation des risques d'ici à 2019 ;
 - c) avoir développé des capacités suffisantes et spécifiques pour la prise en charge des cas de choléra au plus tard en 2020 ;
 - d) avoir défini une stratégie globale de mobilisation sociale en faveur de la lutte contre le choléra et auront mis en place des interventions communautaires au plus tard en 2020 ;
 - e) avoir renforcé ou mis en place des systèmes fonctionnels de surveillance épidémiologique et en laboratoire à tous les niveaux d'ici à 2022 ;
 - f) avoir réalisé des interventions de qualité pour alimenter en eau les foyers et les communautés à risque de choléra d'ici à 2025 ; et
 - g) avoir maintenu l'investissement dans l'alimentation en eau, l'assainissement et l'hygiène et les coûts de fonctionnement dans tous les foyers de choléra et dans toutes les communautés touchées par cette maladie, d'ici à 2030.
- 3) Assurer le suivi régulier, l'évaluation et l'adaptation du cadre régional de lutte contre le choléra. Tous les États Membres devront :
- a) avoir défini des indicateurs de suivi et de performance et mis en place des mécanismes pour le contrôle de la qualité des interventions prévues d'ici à 2020 ;
 - b) avoir élaboré, en collaboration avec l'OMS, un ou plusieurs argumentaires en faveur de l'investissement dans la lutte contre le choléra d'ici à 2020 ;
 - c) avoir recensé les défis et les enseignements tirés, et avoir utilisé ces informations à des fins de prise de décisions au plus tard en 2022 ; et
 - d) avoir défini, en collaboration avec l'OMS, des mécanismes intégrés de contrôle de la qualité pour évaluer la mise en œuvre du cadre régional d'ici à 2025.

27. PRINCIPES FONDAMENTAUX

- a) **La prise en main par les pouvoirs publics, le leadership et la responsabilisation.** L'élimination des épidémies prévisibles de choléra exige un leadership et une prise en main solides par les administrations publiques, tout comme l'investissement et la responsabilisation à tous les niveaux.
- b) **Les droits de l'homme, l'égalité hommes-femmes et l'équité.** Toutes les interventions de prévention et contrôle du choléra devraient être fondées sur la promotion des droits de l'homme, l'égalité hommes-femmes et l'équité dans l'accès aux soins de santé et aux services de base en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement.
- c) **Des actions prospectives et fondées sur des bases factuelles.** Le cadre régional de mise en œuvre favorisera l'utilisation de politiques, services et actions fondés sur des bases factuelles afin de garantir l'efficacité et la qualité optimale des interventions.
- d) **L'implication et la participation des communautés.** Les États Membres sont invités à mettre l'accent sur les interventions à assise communautaire, et à assurer la participation active des communautés, de même que la prise en main par les autorités locales, la société civile, les dirigeants locaux, les responsables locaux et les citoyens.

- e) **Des approches multisectorielles et multidisciplinaires.** Des partenariats élargis et des mécanismes de coordination multisectoriels et multidisciplinaires constituent la clé du succès.
- f) **Le financement intérieur.** Une mobilisation et une allocation appropriées des ressources nationales sont nécessaires pour poursuivre les interventions. Le financement des interventions de lutte contre le choléra devrait s'appuyer sur les ressources nationales pour garantir sa viabilité à long terme.
- g) **L'intégration régionale et la collaboration transfrontalière.** Une approche multisectorielle et coordonnée dans les pays, couplée à une collaboration transfrontalière avec les pays voisins s'avèrent indispensables pour s'attaquer aux risques qui pèsent sur la santé publique.

INTERVENTIONS ET ACTIONS PRIORITAIRES

28. Le cadre régional de mise en œuvre propose les interventions prioritaires qui devraient être alignées sur les stratégies visant à instaurer la couverture sanitaire universelle (à l'horizon 2030) et à atteindre tous les objectifs de développement durable (ODD). Ces interventions prioritaires recoupent trois objectifs de développement durable en particulier, à savoir l'ODD 6, qui vise à « garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et [à] assurer une gestion durable des ressources en eau » ; l'ODD 3, qui entend « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge » ; et l'ODD 11, qui recommande de « faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables ».

Les États Membres sont invités instamment à prendre les mesures énoncées ci-après.

Des données pour cibler les actions

29. **Procéder à l'analyse, à la cartographie et au profilage des risques.** La conduite systématique d'une analyse et d'une cartographie de la vulnérabilité et des risques liés au choléra permettra aux États Membres de mettre en relief les risques et les capacités à y faire face. Ces activités donneront une idée plus précise de l'épidémiologie du choléra au niveau local, en particulier une cartographie des « foyers » de cette maladie.

30. **Renforcer la surveillance transfrontalière et améliorer la déclaration des cas et la conformité** pour faciliter la surveillance transfrontalière et le partage d'informations en temps réel, y compris par la désignation d'un point focal pour le choléra dans les pays à risque et la définition des activités transfrontalières qui doivent être menées. Le point focal pour le choléra devrait collaborer avec le point focal national RSI (2005) afin d'assurer un partage régulier et diligent des informations avec les pays voisins en cas de flambées épidémiques.

Des interventions à fort impact

31. **Renforcer les capacités à anticiper les épidémies de choléra.** La mise en œuvre globale de la Surveillance intégrée de la Maladie et Riposte dans les formations sanitaires et au sein des communautés facilitera la détection précoce, la déclaration et la lutte contre les flambées épidémiques de choléra. La surveillance épidémiologique en vue de la détection en temps voulu des cas suspects de choléra devrait être complétée par des investissements supplémentaires dans le renforcement de la capacité des laboratoires à confirmer rapidement les cas suspects. Ces actions devraient s'accompagner de la mise en place de systèmes de surveillance et d'alerte précoce et par la surveillance transfrontalière.

32. **Promouvoir l'accès à l'eau potable et à des services d'assainissement appropriés** en investissant dans l'amélioration de l'accès à l'eau potable, dans les services d'assainissement de base et dans la promotion des pratiques d'hygiène en tant que piliers de la prévention aussi bien du

choléra endémique que des épidémies de choléra. Les responsables locaux de zones et municipalités rurales (y compris les maires) devraient être dotés de moyens leur permettant de faire respecter les normes d'hygiène au niveau des ménages et des communautés et de surveiller lesdites normes, en l'occurrence la construction de latrines, ainsi que la disponibilité de sources d'eau protégées et de dispositifs de lavage des mains.

33. **Renforcer la prise en charge des cas** afin de développer les capacités suffisantes pour assurer un traitement diligent et efficace des patients atteints de choléra, notamment par un accès rapide à une thérapie à base de sels de réhydratation orale, qui s'avère d'importance vitale. Le matériel utilisé pour la prise en charge des cas devrait être stocké et prépositionné dans les zones à haut risque. Au nombre des autres interventions à réaliser pour lutter contre le choléra figurent la formation appropriée des agents de santé, l'amélioration de l'infrastructure sanitaire, des services et des technologies médicales, la définition de lignes directrices claires en matière de traitement, et l'orientation-recours rapide des patients.

La communication axée sur le changement de comportements

34. **Renforcer les interventions à assise communautaire et mettre en œuvre des stratégies de communication sur les risques** afin de faire en sorte que des mesures efficaces de préparation et d'action de santé publique soient en place, ce qui passe par le renforcement de la communication proactive grâce à la diffusion continue de messages avant et pendant les épidémies de choléra. Des mécanismes visant à favoriser la participation et l'implication actives des autorités locales, de la société civile, des responsables locaux ou chefs traditionnels et des citoyens devraient être établis et rendus opérationnels. L'implication des structures communautaires dans la construction, le suivi et l'entretien des infrastructures d'alimentation en eau et d'assainissement sera la pierre angulaire de la stratégie pour l'élimination du choléra.

Des solutions financières viables

35. **Renforcer le leadership et l'engagement politique** en accordant la priorité à la prévention et à la lutte contre le choléra, en commençant par l'implication des plus hautes instances publiques pour s'assurer que tous les ministères concernés (en dehors du secteur de la santé) participent comme il se doit au processus. En vue d'atteindre les objectifs d'éradication, il faudrait accorder une plus grande importance à la lutte contre le choléra en l'intégrant dans les politiques et les plans nationaux, soit en élaborant un plan autonome de lutte contre le choléra, soit en l'incluant dans des initiatives plus vastes de lutte contre la maladie, dans les plans nationaux en matière de santé, d'eau, d'hygiène, d'assainissement et de développement, tout comme dans les plans de mise en œuvre des objectifs de développement durable, le cas échéant.

36. **S'engager à développer un argumentaire en faveur de l'investissement et à accroître le financement national** afin d'assurer la viabilité à long terme du programme national de lutte contre le choléra, sans oublier la poursuite et le renforcement des flux de financement actuels vers les secteurs, départements, ministères, administrations locales et agences impliqués dans la mise en œuvre des plans nationaux de lutte contre le choléra.

37. **Renforcer les partenariats et la collaboration multisectorielle** afin de coordonner les activités de lutte contre le choléra avec un large éventail de partenaires aux niveaux national, régional et mondial. Des mécanismes de coordination et des forums solides devraient être mis en place pour faciliter une approche multisectorielle et collaborative, compte tenu des facteurs de risque du choléra qui existent en dehors du secteur de la santé.

De nouveaux outils innovants pour traiter une vieille maladie

38. **Promouvoir l'utilisation du vaccin anticholérique oral** dans le cadre d'un plan multisectoriel de lutte contre le choléra afin de compléter d'autres mesures de lutte contre la maladie. Lorsqu'il le faut, le vaccin anticholérique oral devrait être administré en temps voulu pour endiguer les flambées et prévenir la propagation, tel qu'indiqué dans les lignes directrices⁹.

39. **Promouvoir la recherche-développement** en investissant dans ces domaines afin d'améliorer les connaissances en matière de prévention et de contrôle du choléra. Des recherches opérationnelles devraient être entreprises sur les questions locales telles que l'efficacité des interventions socioculturelles, le moyen de maximiser l'utilisation des outils existants (technologies, médicaments, vaccins, technologies biomoléculaires) et les mesures à prendre pour surveiller la sensibilité aux médicaments.

Le suivi afin d'assurer la qualité et la responsabilisation

40. **Renforcer les mécanismes de suivi et de responsabilisation mutuelle** pour s'assurer que des systèmes et des outils de suivi multisectoriel des cibles sont mis au point afin d'atteindre les jalons et les objectifs. Un suivi et une évaluation conjoints et multisectoriels des progrès dans l'application du cadre régional de mise en œuvre devraient être régulièrement effectués pour tirer des enseignements et s'améliorer.

L'OMS et les partenaires sont invités instamment à prendre les mesures énoncées ci-après.

Des responsabilités partagées, une responsabilisation collective

41. **Garantir l'instauration de partenariats et la collaboration multisectorielle.** L'OMS, en collaboration avec les États Membres, coopérera et coordonnera ses activités avec un large éventail de partenaires aux niveaux national, régional et mondial. Une approche multisectorielle et coordonnée par plusieurs organismes est nécessaire pour s'attaquer aux risques pour la santé publique. L'OMS et l'UNICEF continueront de mener leur travail conjoint en apportant leur soutien aux États Membres afin qu'ils puissent remédier aux problèmes d'eau, d'assainissement et d'hygiène dans la Région.

42. **Coordonner efficacement les interventions.** L'OMS s'engage non seulement à réunir et à assurer la coordination mondiale des initiatives de lutte contre le choléra, mais également à attirer davantage l'attention sur le choléra en tant que menace majeure pour la santé publique. L'OMS jouera un rôle de coordination par l'intermédiaire du Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra, en faisant appel à des partenaires extérieurs et en fournissant une expertise technique adaptée aux États Membres.

43. **Faciliter l'utilisation du vaccin anticholérique oral.** L'OMS facilitera l'enregistrement et la constitution de stocks de vaccin anticholérique oral dans les États Membres afin d'assurer son déploiement rapide et de soutenir des stratégies efficaces de distribution. L'OMS et ses partenaires continueront d'encourager les États Membres à utiliser le vaccin anticholérique oral en complément des interventions courantes de lutte contre le choléra, en particulier dans les pays à haut risque.

44. **Renforcer les capacités des États Membres à anticiper les épidémies de choléra (préparation).** L'OMS et ses partenaires travailleront avec les États Membres pour renforcer les capacités en ce qui concerne tous les aspects de l'élimination du choléra. Il s'agit notamment de la prévention du choléra, de la préparation, notamment opérationnelle, et de la riposte.

⁹ Organisation mondiale de la Santé. *Guidelines on Use of Oral Cholera Vaccines, 2017*. Pour plus d'informations, veuillez cliquer sur <http://www.who.int/cholera/vaccines/en/> (consulté le 16 avril 2018).

45. **Suivi de la conformité.** L'OMS renforcera le suivi et améliorera le respect des prescriptions du RSI (2005) par les États Membres, notamment celles qui ont trait à l'établissement obligatoire de rapports dans les délais fixés.

46. **Promouvoir la recherche et le développement.** L'OMS coordonnera et facilitera les efforts déployés par les États Membres et les partenaires pour entreprendre des recherches afin de recueillir des données probantes et d'améliorer les interventions de lutte contre le choléra. Sous la direction des États Membres, l'OMS établira le programme de recherche et renforcera les mécanismes d'approbation éthique nécessaires pour faciliter la recherche opérationnelle et les études scientifiques à long terme afin de décrire et de mieux comprendre les questions relatives au choléra.

47. **Suivi et évaluation.** L'OMS devra suivre en permanence les programmes à long terme de lutte contre le choléra et d'élimination de la maladie aux niveaux national et régional. L'OMS et ses partenaires produiront et diffuseront des rapports réguliers sur le choléra et procéderont à l'analyse des facteurs de risque afin que des mesures correctives puissent être prises en temps voulu.

48. Le Directeur régional fera rapport à la soixante-dixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, et par la suite sur une base régulière, sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du présent cadre régional.

MESURE PROPOSÉE

49. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter les actions proposées dans le présent cadre régional de mise en œuvre.