

Point sur les urgences de santé publique de portée internationale en cours

Poliomyélite

Rapport du Directeur général

1. Pour parvenir à un monde exempt de poliomyélite, il faut vacciner les derniers enfants « zéro dose » (enfants non vaccinés ou sous-vaccinés) dans les zones géographiques¹ infranationales les plus importantes, qui jouent désormais un rôle moteur dans la transmission du poliovirus. Un certain nombre de ces zones continuent d'être le théâtre d'insécurité et d'urgences humanitaires complexes, ce qui oblige le programme de lutte contre la poliomyélite à adapter ses opérations pour fournir des vaccins antipoliomyélitiques dans un contexte humanitaire plus global.
2. En 2025, des cas de poliomyélite dus au poliovirus sauvage de type 1 ont continué d'être notifiés en Afghanistan et au Pakistan, les deux derniers pays où le poliovirus est endémique. À la fin du mois de juin 2025, un total de 16 cas dus au poliovirus sauvage de type 1 avaient été signalés (deux en Afghanistan et 14 au Pakistan). Au total, 333 échantillons environnementaux positifs pour le poliovirus sauvage de type 1 ont également été signalés à ce jour en 2025 (33 en Afghanistan et 300 au Pakistan). En comparaison, 99 cas (25 en Afghanistan et 74 au Pakistan) et 768 échantillons environnementaux positifs (119 en Afghanistan et 649 au Pakistan) ont été recensés pour l'ensemble de l'année 2024.
3. L'Afghanistan et le Pakistan poursuivent des calendriers intensifs et largement synchronisés d'activités de vaccination supplémentaire. Jusqu'à présent, l'Afghanistan a mis en œuvre deux campagnes de vaccination à l'échelle nationale et deux tournées de vaccination infranationales en utilisant la stratégie de site à site en 2025, avec des efforts ciblés pour améliorer les approches opérationnelles et de communication afin de maximiser la couverture. Le Pakistan a mené trois campagnes de vaccination à l'échelle nationale et une tournée de vaccination infranationale, faisant état d'une couverture élevée et de taux de réussite de l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité aux niveaux national et provincial, avec l'appui d'un leadership politique

¹ L'est de l'Afghanistan et le bloc voisin de Peshawar au Pakistan ; le sud de l'Afghanistan et le bloc voisin de Quetta au Pakistan ; l'est de la République démocratique du Congo ; le nord-ouest du Nigéria ; la province de Karachi et le sud du bloc du Khyber Pakhtunkhwa au Pakistan ; les régions méridionale et centrale de la Somalie ; et le nord du Yémen.

fort (notamment la collaboration directe du Premier ministre et du ministre fédéral de la santé). Toutefois, la qualité des campagnes varie au niveau du district et du sous-district en raison des difficultés opérationnelles et de l'insécurité qui prévaut dans certaines parties des provinces de Khyber Pakhtunkhwa et du Baloutchistan. Les programmes d'éradication de la poliomyélite en Afghanistan et au Pakistan continuent d'être étroitement coordonnés au niveau national et infranational, en mettant l'accent sur des activités de vaccination synchronisée de haute qualité et sur la vaccination aux principaux points de passage frontaliers, ainsi que sur la surveillance de la paralysie flasque aiguë.

4. Lors de sa réunion de juin 2025, le Groupe consultatif technique pour l'éradication de la poliomyélite en Afghanistan et au Pakistan a noté l'intensification de la transmission du poliovirus sauvage de type 1 observée en 2024 et jusqu'à présent en 2025. La plupart des jalons définis lors de la précédente réunion du Groupe en janvier 2025 n'ont pas été atteints. L'analyse épidémiologique moléculaire indique que le nombre de groupes génétiques du poliovirus sauvage de type 1 est passé de deux en 2023 à huit en 2024, dont trois restent actifs en 2025. Le Groupe a recommandé d'optimiser la vaccination dans les principaux réservoirs, en particulier dans le sud de Khyber Pakhtunkhwa et à Karachi (Pakistan), en menant des activités de vaccination supplémentaires de haute qualité, en mettant en œuvre des campagnes d'administration du vaccin antipoliomyélique inactivé pour des tranches d'âge élargies dans les zones où la transmission est persistante et en renforçant la vaccination systématique.

5. Il n'y a pas eu de transmission du poliovirus sauvage de type 1 dans la Région africaine de l'OMS en 2025. La fin de la flambée épidémique observée au Malawi et au Mozambique en 2022 a été officiellement déclarée en mai 2024 suite à une évaluation indépendante de la riposte, dont le but était d'examiner la situation épidémiologique actuelle ainsi que la qualité des activités de surveillance et de vaccination. La flambée était liée au poliovirus qui circulait au Pakistan et a déclenché une intervention d'urgence menée dans cinq pays de la sous-région africaine. Le dernier cas a été signalé en août 2022.

6. À ce jour, un total de 67 cas de poliomyélite dus à des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale ont été signalés en 2025, dont 65 cas dus au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 et deux autres cas dus au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 3. Par ailleurs, 69 échantillons environnementaux positifs (poliovirus circulant dérivés d'une souche vaccinale de type 2) ont également été signalés en 2025 à ce jour. À titre de comparaison, 319 cas de poliomyélite due à des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale (304 de type 2 ; 11 de type 1 ; quatre de type 3) et 276 échantillons environnementaux positifs signalés pour toute l'année 2024. La flambée de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 en République démocratique du Congo diminue, grâce à la riposte vaccinale intensive en cours. Le bassin du lac Tchad, dans le nord du Nigéria, ainsi que l'Éthiopie et la Somalie, dans la Corne de l'Afrique, sont les principaux moteurs de transmission dans la Région africaine et dans le monde. Une nouvelle flambée de poliomyélite due au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 a été signalée en Papouasie-Nouvelle-Guinée, liée à une souche de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 qui circulait en Indonésie en 2024 et y a été détectée pour la dernière fois en juin 2024. Des cas de poliomyélite due au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 ont été détectés au cours des 12 derniers mois dans le cadre de la surveillance des eaux usées dans plusieurs pays de la Région européenne, dont l'Allemagne, l'Espagne, la Finlande, Israël, la Pologne et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord. Cette situation peut être attribuée à une transmission originaire de la Région africaine et représente un risque permanent pour la sécurité sanitaire mondiale. Cependant, il n'existe pas encore de données probantes établies de transmission à l'échelle communautaire

du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 dans l'un ou l'autre de ces pays de la Région européenne. La flambée de poliomyélite due au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 1 à Madagascar a été déclarée comme interrompue après une évaluation approfondie réalisée par des experts indépendants. De nouvelles flambées de poliomyélite due au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 1 ont récemment été signalées à Djibouti et en Israël, pour lesquelles des plans d'intervention sont en cours.

7. Au 4 juin, un total de 15 groupes d'émergence du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 avaient été détectés en 2025, contre 30 en 2024, 27 en 2023, 22 en 2022, 29 en 2021, 36 en 2020 et 44 en 2019. Parmi ceux-ci, deux ont été nouvellement détectés en 2025 et sont dérivés du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2. Depuis son introduction en 2021, quelque 1,65 milliard de doses du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 ont été administrées et un total de 30 émergences du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2 y ont été associées. Il est démontré que la stabilité génétique reste significativement plus élevée et le risque d'un regain de neurovirulence nettement plus faible pour le nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 en comparaison avec le vaccin antipoliomyélitique oral souche Sabin de type 2. Une grande partie du risque d'émergence du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale est imputable à la fois à l'inaccessibilité, à l'insécurité, à la forte concentration d'enfants « zéro dose » et sous-vaccinés et aux déplacements de population. Ces facteurs demeurent particulièrement manifestes dans l'est de la République démocratique du Congo, en Éthiopie, dans le nord du Nigéria, dans les régions méridionales et centrales de la Somalie et dans le nord du Yémen. Le manque actuel de ressources entrave encore davantage la mise en œuvre complète et efficace des activités d'éradication critiques.

8. Compte tenu des contraintes financières majeures, le Comité stratégique de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, sous les auspices du Conseil de surveillance de la poliomyélite, examine les stratégies programmatiques ainsi que les approches opérationnelles afin de déterminer les gains d'efficacité et d'éliminer les doublons tout en veillant à ce que des progrès continus soient accomplis dans la réalisation des objectifs de l'Initiative.

9. L'action mondiale visant à éradiquer le poliovirus se poursuit et la propagation internationale du poliovirus demeure une urgence de santé publique de portée internationale, conformément à la recommandation du Comité d'urgence chargé d'évaluer la propagation internationale du poliovirus, créé en vertu du Règlement sanitaire international (2005). Le Directeur général, suivant l'avis du Comité d'urgence, a émis des recommandations temporaires à l'intention des pays où le poliovirus est présent et de ceux qui restent vulnérables à sa réintroduction.²

Mesures à prendre par la Commission permanente

10. La Commission permanente est invitée à prendre note du rapport. Elle est en outre invitée à formuler, au cours de ses débats, des observations et des orientations en répondant aux questions suivantes :

- Compte tenu de la limitation actuelle des ressources, quelles approches efficaces pourrait-on adopter pour assurer la continuité de l'appui en faveur de l'éradication de la poliomyélite ?

² Voir [Statement of the forty-second meeting of the Emergency Committee under the International Health Regulations \(2005\) \(IHR\) on the international spread of poliovirus](#) (consulté le 30 juillet 2025).

- Quelles mesures supplémentaires devraient être prises pour maintenir la volonté politique en faveur de l'éradication de la poliomyélite, y compris la mobilisation de ressources nationales par les États Membres ?
