



Rapport de la réunion

1. La septième réunion de la Commission permanente de prévention, de préparation et de riposte en cas d'urgence sanitaire (« la Commission permanente ») s'est tenue en ligne les 16 et 17 septembre 2025. La Présidente de la Commission permanente, la D^{re} Alejandra Pizarro Ibáñez (Chili), a présidé la réunion. Dans ses remarques liminaires, la Présidente a souhaité la bienvenue au D^r Pierre Somse (République centrafricaine), Vice-Président, ainsi qu'aux autres personnes assistant à la septième réunion et en particulier aux nouveaux membres de la Commission permanente : le Professeur Mohamed Hassany (Égypte), le D^r Elmer Roberto Bonilla Espinoza (El Salvador), le D^r Riyadh Qainan Abdullah Alghamdi (Arabie saoudite) et le D^r Panumard Yarnwaisakul (Thaïlande), ainsi qu'aux membres de droit, M. Blair Comley (Australie) et M. Rakan Khalid Bin Dohaish (Arabie saoudite).
2. Le D^r Chikwe Ihekweazu (Directeur exécutif du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire) a ouvert la réunion et souhaité la bienvenue à l'ensemble des participantes et des participants. Il a transmis les salutations du Directeur général et ses remerciements à la Commission permanente pour le travail accompli. Il a rappelé à la Commission permanente que le financement mondial de la santé avait été bouleversé et que la baisse de l'aide publique au développement à l'échelle mondiale avait eu un impact sur la capacité de réaction de la communauté internationale, alors que des flambées épidémiques continuaient de survenir et que les crises humanitaires s'aggravaient dans le monde. Le D^r Ihekweazu a réaffirmé que le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire s'occupait des crises les plus urgentes tout en poursuivant le travail normatif prioritaire et, à plus long terme, aidait les gouvernements à mettre en place des systèmes de santé durables et résilients. Il a signalé que l'adoption récente de l'Accord de l'OMS sur les pandémies montrait que le multilatéralisme et les solutions collectives restaient le seul moyen de faire face aux menaces communes.
3. La Présidente a présenté l'ordre du jour, qui a été adopté.
4. Le Secrétariat a présenté un aperçu des travaux de la Commission permanente aux nouveaux membres. Cette présentation a porté sur la création de la Commission permanente en vertu de la décision EB150(6) (2022) en vue de rendre le Conseil exécutif plus efficace et plus réactif face aux urgences sanitaires. Les deux fonctions de la Commission (pendant une urgence de santé publique de portée internationale et en dehors) ont également fait l'objet de discussions, tout comme le calendrier des travaux. À sa cent cinquante-sixième session, en 2025, le Conseil exécutif a décidé de prolonger le mandat de la Commission permanente jusqu'à la clôture de la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 2026 (décision EB156(39) (2025)).

5. Le Secrétariat a fait un exposé sur l'urgence de santé publique de portée internationale liée au poliovirus, durant lequel il a donné une vue d'ensemble du nombre de cas récents dans les pays d'endémie et touchés par des flambées, ainsi que des activités de vaccination, d'intégration et de surveillance qui contribuent à l'éradication du poliovirus. Alors que le poliovirus sauvage de type 1 reste endémique dans deux pays, l'Afghanistan et le Pakistan, le Secrétariat a signalé les principales entraves à l'éradication, notamment la réticence à la vaccination, les problèmes de sécurité et la difficulté d'atteindre les populations migrantes et itinérantes. On constate une baisse générale du nombre de flambées épidémiques dues au poliovirus de type 2. Au total, 136 cas ont été signalés, principalement dans des pays de la Corne de l'Afrique et du bassin du lac Tchad. Cependant, il a été signalé que la détection dans la Région européenne de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale uniquement dans des pays utilisant des vaccins antipoliomyélitiques inactivés posait un problème de sécurité sanitaire mondiale. Le nombre de flambées épidémiques dues au variant du poliovirus de type 1 tend également à baisser et les niveaux de transmission dans le cadre des flambées épidémiques dues au variant du poliovirus de type 3 sont globalement faibles, ce variant ayant été détecté en Guinée et plus récemment au Cameroun et au Tchad. Pour enrayer la transmission persistante, il faut régler les problèmes de rendement lorsque les plans actuels n'ont pas donné de résultats en raison d'obstacles externes importants ; les problèmes techniques liés au renforcement de l'immunité des muqueuses des groupes plus âgés et au choix du vaccin ; et les problèmes programmatiques liés à la qualité de la surveillance, aux plans d'amélioration de la qualité sous-optimaux et à l'incapacité de traiter les questions programmatiques critiques. Le Directeur général, suivant l'avis formulé par le Comité d'urgence à sa quarante-deuxième réunion en juin 2025, a jugé que la propagation internationale du poliovirus demeurerait une urgence de santé publique de portée internationale et a donc prolongé les recommandations temporaires adressées aux pays où le poliovirus est présent ou à ceux qui restent vulnérables à sa réintroduction.

6. Les principaux points ci-après ont été soulevés lors de la discussion et des orientations ont été données :

- a) Des engagements politiques et financiers durables, y compris au niveau national, sont essentiels pour garantir des ressources prévisibles et pérenniser les progrès réalisés.
- b) Les efforts déployés au niveau national devraient porter sur le renforcement de la surveillance, y compris de la surveillance environnementale ; sur l'amélioration de la vaccination systématique ; sur l'extension de la couverture vaccinale, en particulier dans les zones difficiles d'accès ; sur la collaboration avec les communautés locales afin que le vaccin soit davantage adopté ; et sur l'amélioration des activités transfrontières.
- c) Tant que le poliovirus sauvage continuera de se propager dans certains pays, l'éradication de la poliomyélite devra rester une priorité pour les États Membres et le Secrétariat.

7. Le Secrétariat a fourni à la Commission permanente des informations actualisées sur la recrudescence de la mpox, déclarée urgence de santé publique de portée internationale du 14 août 2024 au 5 septembre 2025. En 2025, 92 pays ont notifié 38 671 cas de mpox, dont 163 mortels, la Région africaine étant la plus lourdement touchée, avec 34 273 cas confirmés en laboratoire et 153 décès dans 25 pays. Dans la Région africaine, des cas dus aux clades I et II du virus de la mpox ont encore été détectés dans les pays d'endémie et dans d'autres pays. Cependant, le nombre de pays où une transmission communautaire a été signalée est resté stable ces derniers mois. Dans cinq pays où des cas sont signalés depuis 2024, le virus de la mpox du clade Ib s'est propagé constamment à l'échelle infranationale en Afrique centrale et de l'Est tout au long de l'année 2025. En dehors de l'Afrique, 18 nouveaux pays ont notifié des cas de mpox pour la première fois depuis la déclaration d'urgence de santé publique de portée internationale en 2024. Au

12 septembre 2025, 1 601 900 doses du vaccin contenant le virus vivant modifié de la vaccine Ankara – Bavarian Nordic avaient été livrées à 13 pays grâce au Mécanisme d'accès et d'allocation, et 3 050 000 doses du vaccin CL16m8 (vaccin lyophilisé vivant atténué) contre la mpox avaient été livrées grâce à un don bilatéral du Japon à la République démocratique du Congo. En septembre 2025, il a été décidé que la mpox ne constituait plus une urgence de santé publique de portée internationale, et les recommandations permanentes ont été prolongées de 12 mois jusqu'en août 2026. Cependant, la mpox reste une situation d'urgence classée qui exige une capacité d'intervention pérenne pour faire face à d'éventuelles aggravations et à de nouvelles flambées.

8. Les principaux points ci-après ont été soulevés lors de la discussion :

a) La Commission a reconnu que l'épidémie avait pu être endiguée grâce à un engagement et à une coordination efficace et s'est félicitée que la mpox ne soit plus considérée comme une urgence de santé publique de portée internationale.

b) La Commission a souligné qu'il fallait absolument s'attaquer aux causes profondes des flambées, dont beaucoup étaient liées aux changements climatiques, et que l'approche « Une seule santé » nécessitait l'adoption de méthodes reposant sur l'ensemble des pouvoirs publics et de la société, le renforcement des systèmes de santé nationaux et la préparation dans les pays.

c) Les mesures d'endiguement ont été confiées à des communautés mobilisées et en mesure d'agir, ce qui a également contribué à la prévention, ainsi qu'à la prise en main par les pays de la riposte au plus haut niveau.

9. Le Secrétariat a présenté un rapport sur les travaux en cours visant à renforcer l'architecture mondiale à l'appui de la préparation, de la prévention, de la riposte et de la résilience face aux urgences sanitaires et des informations sur les cinq sous-systèmes associés (surveillance collaborative, protection des communautés, soins sûrs et évolutifs, accès aux mesures médicales de lutte et coordination des mesures d'urgence).¹ Le rapport montre que la situation mondiale des urgences sanitaires évolue rapidement, les crises étant de plus en plus fréquentes et complexes, exacerbées par l'instabilité géopolitique, les attaques contre les infrastructures de santé, les inégalités croissantes, les déficits de financement critiques, les changements climatiques et les maladies émergentes. Le rapport souligne combien il est urgent de renforcer la coopération internationale et d'assurer la durabilité du financement pour renforcer les capacités de prévention et de préparation, bâtir des systèmes de santé résilients et garantir des ripostes efficaces aux futures menaces et crises sanitaires.

10. Les principaux points ci-après ont été soulevés lors de la discussion :

a) La préparation, la riposte et la résilience face aux urgences sanitaires fournissent un cadre d'alignement et d'efficacité, car elles peuvent avoir un impact positif sur le fonctionnement des systèmes de santé nationaux.

b) Les contraintes financières continuent de menacer la viabilité à long terme, ce qui oblige les États Membres à renforcer leur engagement politique et à pérenniser leur soutien financier en faveur de la préparation, de la riposte et de la résilience face aux urgences sanitaires.

¹ Document EB/SCHEPPR/7/4.

- c) Des inquiétudes ont été exprimées au sujet des attaques enregistrées contre les services de santé, et la protection des infrastructures de santé et des agents de santé a été considérée comme importante. La continuité des services de santé reste une priorité.
- d) Malgré le processus de restructuration et de définition des priorités de l'Organisation, il est essentiel de préserver les domaines d'activité critiques du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire.

11. Le Secrétariat a fait le point sur l'épidémie de maladie à virus Ebola en cours en République démocratique du Congo. Au 14 septembre 2025, il y avait 35 cas confirmés, 16 cas probables et 27 décès (taux de létalité de 50 %), tous les cas confirmés ayant été notifiés dans la zone de santé de Bulape. S'appuyant sur les enseignements tirés des précédentes interventions contre la maladie à virus Ebola, la mise en œuvre d'une réponse centrée sur les communautés et dirigée par elles reste une priorité absolue et sera intégrée dans tous les piliers de la riposte. Les participantes et les participants ont souligné que la solidarité avec la République démocratique du Congo demeurerait essentielle, compte tenu de la forte riposte mise en œuvre à ce jour sous la direction du pays et de l'importance de s'abstenir d'appliquer des mesures sanitaires punitives qui entraveraient les voyages et le commerce. Pour continuer à intensifier et à soutenir les opérations, il faut accéder rapidement aux ressources et bénéficier du soutien des États Membres. Malgré les conditions difficiles, des progrès significatifs ont été accomplis au cours des dernières semaines sous la direction du Ministère de la santé et avec le soutien de partenaires.

12. Le Secrétariat a présenté un rapport sur la riposte aux principales urgences sanitaires en cours.² Entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2025, l'OMS est intervenue dans 40 situations d'urgence classées dans 75 pays et territoires, dont 15 étaient classées au niveau 3 et appelaient l'appui le plus large à l'échelle de l'Organisation, et 25 situations d'urgence de niveaux 1 et 2. Ces urgences sanitaires s'inscrivent dans le contexte de l'augmentation des crises humanitaires et des catastrophes liées au climat, en particulier, des flambées de choléra, de dengue et de mpox, ainsi que des infections humaines par des virus de la grippe zoonotique, qui ont eu lieu dans plusieurs régions du monde. Les problèmes tels que les capacités limitées en termes de surveillance et d'approche « Une seule santé », la production insuffisante de vaccins essentiels et la baisse du financement en faveur de la santé mondiale affectent la capacité de l'OMS et de ses partenaires à détecter, à combattre et à maîtriser rapidement les flambées épidémiques et les urgences sanitaires. En outre, les contraintes liées à l'accès et les attaques visant les services de santé continuent d'avoir une incidence sur la prestation des services de santé essentiels dans de nombreuses situations de crise humanitaire.

13. La Commission permanente a pris note du rapport sur la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est.³ Elle a demandé qu'Israël cesse son agression et se retire immédiatement de la bande de Gaza ; que les soins de santé soient accessibles sans restrictions et qu'il n'y ait pas d'entrave à l'aide humanitaire à grande échelle ; que les hostilités cessent totalement et que les infrastructures civiles et la population civile ne soient plus prises pour cibles.

14. Le Secrétariat a présenté des informations actualisées concernant le rapport sur la situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est (conformément à la

² Document EB/SCHEPPR/7/3.

³ Document EB/SCHEPPR/7/5.

résolution WHA78.4 (2025)).⁴ D'après ces informations, 65 554 morts et 172 951 blessés ont été signalés, ainsi que 1672 attaques vérifiées visant les services de santé dans la bande de Gaza et en Cisjordanie, depuis octobre 2023. La famine a été confirmée pour la première fois dans la bande de Gaza, selon une analyse effectuée au titre du Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire publiée le 22 août 2025. Entre le 1^{er} janvier et le 2 septembre 2025, 317 personnes sont mortes de malnutrition aiguë, dont 83 enfants, parmi lesquels 66 âgés de moins de cinq ans. Aucun hôpital ne fonctionnait totalement et 18 hôpitaux sur 36 (50 %) fonctionnaient partiellement. Les attaques en cours et les pénuries ont gravement affaibli le système de santé, endommageant ou détruisant 94 % des hôpitaux, submergeant les hôpitaux fonctionnant partiellement et perturbant la prestation des services de santé essentiels. Le 10 septembre 2025, l'OMS a évacué 30 patients (29 enfants et un adulte) ainsi que 98 accompagnateurs. Depuis octobre 2023, l'OMS a facilité l'évacuation médicale de plus de 7600 patientes et patients, dont 5300 enfants. Pourtant, plus de 15 800 patientes et patients, dont 4000 enfants, ont encore besoin de toute urgence de soins vitaux qui ne sont pas disponibles dans la bande de Gaza.

15. La Commission permanente a remercié le Secrétariat pour les efforts qu'il continue de déployer afin d'aider les États Membres à faire face aux situations d'urgence de grande ampleur en cours. Elle a accueilli avec satisfaction les dernières informations sur l'épidémie de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo et a appelé toutes les parties concernées à redoubler de vigilance pour endiguer l'épidémie et limiter sa propagation.

16. Le Secrétariat a donné des informations sur le rapport demandé en application de la décision EB156(39) concernant l'examen des mandats et les fonctions des différents mécanismes de gouvernance et de contrôle pour les urgences sanitaires, en vue d'identifier d'éventuelles lacunes ou redondances. Cette demande de gains d'efficacité est devenue encore plus pertinente compte tenu de la restructuration en cours et de l'établissement des priorités au sein du Secrétariat.

17. La Commission permanente a remercié le Secrétariat pour son rapport et a souligné qu'il fallait examiner de manière exhaustive le nombre croissant de mécanismes de gouvernance, dont la Commission permanente fait partie, dans un contexte de plus en plus complexe. Elle a souligné la nécessité de rationaliser les travaux afin d'éviter les doubles emplois et d'assurer la complémentarité.

18. La Commission permanente a examiné et adopté le rapport de la réunion. La séance a été levée.

⁴ Document EB/SCHEPPR/7/5.