



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 géographiques infranationales les plus critiques, qui sont les moteurs de la transmission du poliovirus.¹ Un certain nombre de ces zones continuent d'être touchées par l'insécurité et d'être le théâtre 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 (PVS1) ont continué d'être notifiés en Afghanistan et au Pakistan, les deux derniers pays où le poliovirus est endémique. Au 31 décembre 2025, 39 cas dus au PVS1 avaient été signalés (neuf en Afghanistan et 30 au Pakistan). En outre, 709 échantillons environnementaux positifs pour le PVS1 ont été signalés à ce jour pour l'année 2025 (54 en Afghanistan et 654 au Pakistan). En comparaison, 99 cas (25 en Afghanistan et 74 au Pakistan) et 773 échantillons environnementaux positifs (124 en Afghanistan et 649 au Pakistan) avaient été signalés pour l'ensemble de l'année 2024.
3. En raison de la fermeture des frontières terrestres entre l'Afghanistan et le Pakistan, il n'a pas été possible d'envoyer d'échantillons de selles provenant de cas de paralysie flasque aiguë et de contacts de personnes atteintes, ni d'échantillons environnementaux, au laboratoire régional de référence à Islamabad (Pakistan) depuis le 12 octobre 2025. Selon les informations disponibles, à la fin de décembre 2025, plus de 3000 échantillons de selles provenant d'environ 1600 cas de paralysie flasque aiguë et contacts de personnes atteintes, ainsi que plus de 120 échantillons environnementaux d'Afghanistan, n'avaient pas été analysés. L'OMS et l'Initiative mondiale pour

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.

l'éradication de la poliomyélite (IMEP) travaillent en étroite collaboration avec les programmes nationaux des deux pays pour permettre la reprise des envois d'échantillons et accélérer les analyses des échantillons en attente. Une fois les analyses effectuées, les résultats pour les échantillons en attente pourraient entraîner un changement de statut épidémiologique et devraient donc être interprétés en conséquence.

4. L'Afghanistan et le Pakistan continuent de suivre des calendriers intensifs et largement synchronisés d'activités de vaccination supplémentaire. En 2025, l'Afghanistan a mené deux cycles de vaccination à l'échelle nationale et cinq à l'échelle infranationale en utilisant la stratégie de site à site et en s'efforçant particulièrement d'améliorer les approches opérationnelles et les méthodes de communication afin d'accroître au maximum la couverture. En outre, des campagnes ciblées reposant sur le vaccin antipoliomyélique inactivé en doses fractionnées ont été mises en œuvre dans les zones à haut risque des régions de l'est, du sud et du sud-est entre août et septembre 2025. Grâce à une volonté politique forte (et notamment à l'intervention directe du Premier ministre et du Ministre fédéral de la santé), le Pakistan a mené cinq cycles de vaccination à l'échelle nationale et une à l'échelle infranationale, faisant état d'une couverture élevée et de taux de réussite de l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité au niveau national et provincial. Il a toutefois été signalé que la qualité des campagnes était inégale à l'échelle des districts et des sous-districts, en raison des difficultés opérationnelles et de l'insécurité qui règne dans certaines parties des provinces de Khyber Pakhtunkhwa et du Baloutchistan. Les programmes d'éradication de la poliomyélite en Afghanistan et au Pakistan continuent de coordonner étroitement leurs efforts au niveau national et infranational, en mettant l'accent sur les 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.

5. L'IMEP a réalisé un audit indépendant de programme à Karachi (Pakistan) au cours du dernier trimestre 2025. Les conclusions de cet audit indiquent que les systèmes actuels et la qualité des données disponibles à Karachi ne permettent pas de déterminer de manière suffisamment précise la qualité des campagnes pour détecter les problèmes et orienter les décisions dans le cadre du programme, et que les données sous-estiment le nombre d'enfants non vaccinés. Le nombre potentiel d'enfants omis lors de la vaccination et la surestimation de la couverture suffisent pour expliquer pourquoi la transmission du PVS1 se poursuit dans le bloc de Karachi. Le programme national élabore actuellement un plan de travail afin de mettre en œuvre les recommandations issues de l'audit.

6. Le 10 novembre 2025, l'IMEP a confirmé que le PVS1 avait été détecté dans un échantillon environnemental recueilli dans le cadre d'une surveillance systématique à Hambourg (Allemagne) la semaine du 6 octobre 2025. Le séquençage génétique montre que le PVS1 détecté est lié au PVS1 précédemment identifié à Kandahar (Afghanistan) en août 2025, ce qui tend à indiquer une importation récente en Allemagne. Le PVS1 n'a été détecté dans aucun échantillon environnemental ultérieur en provenance du même lieu et du même site. Aucun cas de paralysie n'a été signalé en Allemagne, et jusqu'à présent le virus n'a été détecté que dans des eaux usées. Les partenaires de l'IMEP collaborent avec les autorités sanitaires nationales et locales, avec l'appui du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, afin d'enquêter sur la situation, d'évaluer les risques et de déterminer si des mesures de santé publique supplémentaires sont nécessaires. Cet événement montre bien que tant que le poliovirus n'est pas éradiqué à l'échelle mondiale, tous les pays restent exposés au risque d'importation du poliovirus. Il met aussi en évidence l'importance cruciale de maintenir une couverture vaccinale élevée, d'assurer une surveillance étroite des maladies et de coopérer à l'échelle internationale pour parvenir durablement à un monde exempt de poliomyélite.

7. Il n'y a pas eu de transmission du PVS1 dans la Région africaine de l'OMS en 2025.

La flambée épidémique qui a sévi au Malawi et au Mozambique en 2022 a été officiellement déclarée terminée en mai 2024 à la suite d'une évaluation indépendante de la riposte, dont le but était d'examiner la situation épidémiologique ainsi que la qualité des activités de surveillance et de vaccination. Cette 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.

8. Au 31 décembre 2025, 202 cas dus au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc) avaient été signalés pour l'année 2025, dont 192 étaient de type 2, trois de type 1 et sept de type 3. De plus, 229 échantillons environnementaux positifs (tous de PVDVc de type 2) ont été signalés en 2025. En comparaison, 463 cas dus au PVDVc (448 de type 2, 11 de type 1 et quatre de type 3) et 296 échantillons environnementaux positifs avaient été signalés pour l'ensemble de l'année 2024. La flambée due au PVDVc de type 2 en République démocratique du Congo recule, grâce à la riposte vaccinale intensive en cours. Le bassin du lac Tchad, surtout dans le nord du Nigéria, le Yémen, ainsi que l'Éthiopie, la Somalie et le Soudan dans la Corne de l'Afrique, sont les principaux moteurs de transmission. De nouvelles épidémies dues aux PVDVc de type 2 et de type 1 ont été signalées respectivement en Namibie et en République démocratique populaire lao. L'épidémie due au PVDVc de type 2 en Indonésie, détectée en 2024, a été déclarée terminée en octobre 2025 à la suite d'une évaluation par des experts indépendants. Il est important de noter que l'Indonésie est exposée à un risque continu lié à l'épidémie due au PVDVc de type 2 en Papouasie-Nouvelle-Guinée (elle-même provoquée par l'importation du virus qui circulait précédemment en Indonésie) et à une couverture vaccinale insuffisante dans les grandes provinces indonésiennes qui risque de donner lieu à des flambées épidémiques de PVDVc. En 2025, quatre pays de la Région européenne de l'OMS ont indiqué avoir détecté le PVDVc de type 2 dans le cadre de la surveillance des eaux usées, à savoir l'Allemagne, Israël, la Pologne et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord. Le Royaume-Uni a signalé deux détectations du PVDV de type 2, la plus récente remontant à septembre ; l'Allemagne, 17 détectations, la plus récente remontant à octobre ; Israël, deux détectations, la plus récente remontant à février ; et la Pologne, une détectation, la plus récente remontant à janvier 2025. Toutes les détectations de PVDVc de type 2, sauf une en Israël, sont génétiquement liées au groupe d'émergence NIE-ZAS-1, originaire du Nigéria. L'une des deux détectations en Israël était liée à l'émergence de SUD-RED-1, en provenance du Soudan. Aucun cas humain n'a été signalé dans les pays de la Région européenne. Tous les pays de la Région européenne de l'OMS ayant détecté le PVDVc continuent de renforcer la surveillance et de combler les lacunes en ce qui concerne la vaccination des populations à l'échelle infranationale afin de prévenir la transmission communautaire. La détectation de PVDVc dans la Région européenne accroît le risque de propagation mondiale du PVDVc de type 2 en raison des mouvements de population continus. Trois pays – le Cameroun, la Guinée et le Tchad – ont signalé des épidémies dues au PVDVc de type 3 en 2025. Le Cameroun et le Tchad ont été touchés par la cocirculation des PVDVc de type 2 et de type 3 au cours de l'année. Plus particulièrement, l'émergence du PVDVc de type 3 a causé des épidémies dans les deux pays, ce qui tend à indiquer une transmission transfrontière, avec un cas dû au PVDVc de type 3 signalé au Cameroun (la paralysie ayant débuté en mai 2025) et cinq cas dus au PVDVc de type 3 au Tchad (la paralysie ayant débuté en juin, juillet et octobre 2025). Trois cas dus au PVDVc de type 1 ont été signalés en 2025 : un en Algérie, un en République démocratique du Congo et un en République démocratique populaire lao. Qui plus est, des épidémies dues au PVDVc de type 1 ont été signalées à Djibouti et en Israël, après avoir été détectées dans le cadre d'une surveillance environnementale, les dernières détectations remontant respectivement à mai et juillet 2025.

9. Au total, 37 groupes d'émergence du PVDVc de type 2 ont été détectés en 2025, contre 30 en 2024, 27 en 2023, 22 en 2022, 29 en 2021, 36 en 2020 et 44 en 2019. Sur ces 37 groupes, deux ont été nouvellement détectés en 2025 et sont dérivés du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2. Depuis son introduction en 2021, quelque deux milliards de doses du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 ont été administrées et un total de 43 émergences du PVDVc de type 2 y ont été associées. Le nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 continue de présenter une stabilité génétique significativement plus élevée et un risque de regain de neurovirulence nettement plus faible par rapport au 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 présents dans l'est de la République démocratique du Congo, en Éthiopie, dans le nord du Nigéria, dans les régions méridionale et centrale 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.

10. Compte tenu des contraintes financières, le Comité stratégique de l'IMEP, sous les auspices du Conseil de surveillance de la poliomyélite, a approuvé un plan d'action de l'IMEP pour 2026. Ce plan vise à mettre en œuvre des stratégies programmatiques et des approches opérationnelles qui utilisent efficacement les ressources en déterminant les gains d'efficacité et en éliminant les doublons, tout en veillant à la progression continue vers la réalisation des objectifs de l'Initiative. Tous les trimestres, le Comité stratégique de l'IMEP suivra attentivement les progrès réalisés dans la mise en œuvre du plan et procédera à des ajustements provisoires selon que de besoin.

11. 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

12. La quarante-troisième réunion du Comité d'urgence concernant la propagation internationale du poliovirus, créé en vertu du Règlement sanitaire international (2005), qui s'est tenue le 1^{er} octobre 2025, fut la première réunion du Comité d'urgence organisée depuis l'entrée en vigueur des amendements de 2024 au Règlement sanitaire international (2005), le 19 septembre 2025 à l'égard de 182 des 196 États Parties. Parmi les principaux amendements figurent des exigences de portée plus générale en matière de signalement du poliovirus et l'introduction de la notion d'urgence due à une pandémie, à savoir une alerte mondiale de santé publique de niveau supérieur concernant une urgence de santé publique de portée internationale. Après un examen approfondi de la situation épidémiologique et programmatique, le Directeur général a accepté les recommandations du Comité d'urgence, selon lesquelles la situation due au poliovirus ne constitue pas une urgence due à une pandémie. Le Directeur général a pris la même décision après la quarante-quatrième réunion du Comité d'urgence, qui s'est tenue le 1^{er} mars 2026.

² Voir [Statement of the forty-third meeting of the Emergency Committee under the International Health Regulations \(2005\) \(IHR\)](#) on the international spread of poliovirus (consulté le 30 janvier 2026).

Mesures à prendre par la Commission permanente

13. 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 pour répondre aux questions suivantes :

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