



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

Rapport présenté à la Commission permanente de prévention, de préparation et de riposte en cas d'urgence sanitaire

Poliomyélite

1. Pour libérer durablement le monde de la poliomyélite, il faut vacciner les derniers enfants « zéro dose » (enfants non vaccinés ou sous-vaccinés) dans sept zones géographiques¹ où se produisent environ 90 % des nouveaux cas de poliomyélite dans le monde. Bon nombre de ces zones sont actuellement le théâtre d'urgences humanitaires complexes, qui obligent le programme de lutte contre la poliomyélite à adapter ses opérations pour fournir des vaccins antipoliomyélitiques dans un contexte humanitaire plus global.

2. En 2023, le poliovirus sauvage de type 1 continue d'être détecté dans certaines régions de l'Afghanistan et du Pakistan, les deux derniers pays où le virus est endémique. Les cas de poliomyélite sont maintenant principalement limités aux zones d'endémie des deux pays, à savoir la province de Nangarhar dans l'est de l'Afghanistan et sept districts dans le sud de la province du Khyber Pakhtunkhwa au Pakistan. La détection périodique du poliovirus sauvage de type 1 dans les échantillons environnementaux en dehors de ces dernières zones d'endémie est le signe que le risque de transmission perdure. Les deux pays étant considérés comme formant un seul bloc épidémiologique, les activités transfrontalières se poursuivent.

3. Il reste d'importantes difficultés à surmonter pour trouver et vacciner les enfants « zéro dose » restants dans la province afghane de Nangarhar. Au cours du premier semestre de 2023, la qualité des activités de vaccination supplémentaires a continué de s'améliorer, ce qui a entraîné une réduction de la proportion d'enfants « zéro dose ». Toutefois, d'importants efforts supplémentaires s'imposent pour interrompre la transmission et il faut appliquer des stratégies d'atténuation des risques dans les zones exemptes de poliomyélite les plus exposées. Un certain nombre de facteurs géopolitiques continuent d'influer sur la qualité de la mise en œuvre des stratégies d'éradication de la poliomyélite. Au Pakistan, la diversité génétique du poliovirus sauvage de type 1 dont on constate la transmission reste à un niveau historiquement bas : une seule souche est encore active en 2023. Depuis janvier 2021, tous les cas dus au poliovirus sauvage de type 1 dans le pays ont été signalés dans les sept districts d'endémie situés dans le sud de la province du Khyber Pakhtunkhwa.

¹ Est de l'Afghanistan ; est de la République démocratique du Congo ; province de Tete au Mozambique ; nord-ouest du Nigéria ; sud de la province du Khyber Pakhtunkhwa au Pakistan ; nord du Yémen ; et régions méridionale et centrale de la Somalie.

4. Dans les deux pays, chaque virus nouvellement détecté, où que ce soit et quelle qu'en soit la source, donnera lieu à une intervention considérée comme une urgence nationale de santé publique. Différentes catégories de risque seront définies en fonction des zones ou districts distincts du point de vue programmatique ; des zones ou districts d'endémie ; des zones ou districts d'intervention en cas de flambée ; des zones ou districts à très haut risque ; et des zones ou districts autres/en phase de stabilisation. Cette approche vise à faire en sorte que les ressources soient affectées par ordre de priorité et que les activités soient adaptées à chaque zone en fonction des besoins recensés et des exigences programmatiques.

5. Au cours de l'année 2022, un cas dû au poliovirus sauvage de type 1 a été signalé à Lilongwe au Malawi (la paralysie était apparue en 2021) et huit dans la province de Tete au Mozambique. Les cas étaient regroupés le long du Zambèze et des voies de communication reliant les principales agglomérations. Les données de séquençage génétique incitent à penser qu'un seul cas d'importation en provenance du Pakistan s'est produit entre le second semestre de 2019 et le début de 2020. Grâce à une opération d'urgence menée dans cinq pays de la sous-région, aucun poliovirus sauvage de type 1 n'a été détecté depuis le 10 août 2022. Parallèlement, les ripostes aux flambées dues au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 1 et au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 se poursuivent afin de mettre rapidement fin aux flambées causées par les trois souches.

6. La riposte d'urgence se poursuit dans toutes les localités où circulent des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale. En République démocratique du Congo, le poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 1 et de type 2 continue de circuler, en particulier dans l'est du pays. Cependant, les cas dus aux deux souches ont considérablement diminué en 2023 par rapport à 2022. Il en va de même dans le nord-ouest du Nigéria, où la flambée continue de reculer depuis la mi-2022. En Somalie, la transmission se poursuit dans le sud et le centre du pays et un plan spécial d'opérations d'urgence a été dressé pour étendre l'action de proximité dans le contexte d'une urgence humanitaire plus globale. La situation reste particulièrement précaire dans le nord du Yémen, où l'action de proximité se heurte à d'importants obstacles.

7. L'effort mondial visant à éradiquer le poliovirus demeure une urgence de santé publique de portée internationale, conformément aux avis 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.¹

POINT SUR LES URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE DE PORTÉE INTERNATIONALE AYANT RÉCEMMENT PRIS FIN

Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)

8. Au 30 juillet 2023, plus de 768 millions de cas confirmés de COVID-19 dans le monde avaient été déclarés à l'OMS, mais d'après les estimations basées sur la séroprévalence, les cas d'infection et de réinfection se comptent en milliards. À l'heure actuelle, le nombre de cas signalés diminue constamment ; cependant, la tendance à la baisse observée coïncide avec un recul des taux de dépistage au niveau mondial, de sorte que ces chiffres sont une sous-estimation de l'ampleur véritable de la circulation du virus dans le monde. C'est ce que montrent également d'autres indicateurs, comme le taux de positivité des tests et la fréquence de la présence du coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2) dans les eaux usées. Au 30 juillet 2023, plus de 6,9 millions de décès dans le

¹ Voir la déclaration de la trente-sixième réunion du Comité d'urgence chargé d'évaluer la propagation internationale du poliovirus, créé au titre du Règlement sanitaire international (2005) (<https://www.who.int/news/item/25-08-2023-statement-of-the-thirty-sixth-meeting-of-the-polio-ih-ermergency-committee>, consulté le 31 août 2023).

monde avaient été signalés à l'OMS, mais on estime que la mortalité est au moins trois fois plus élevée. Le nombre de décès liés à la COVID-19 est en baisse constante, avec une moyenne hebdomadaire d'environ 1300 décès au cours des huit dernières semaines.

9. La vaccination de la population mondiale contre la COVID-19 a progressé : au 27 juillet 2023, 66 % avaient reçu une primovaccination complète et 32 % avaient reçu des doses de rappel. Point crucial, la vaccination des groupes hautement prioritaires a elle aussi progressé. Les taux de vaccination continuent de varier sensiblement entre les régions et entre les groupes de revenus, ce qui révèle des inégalités persistantes en matière d'accessibilité des vaccins et de demande. En outre, la quantité de doses de rappel administrées pour optimiser l'efficacité des vaccins contre la forme grave de la maladie reste insuffisante alors même que les vaccins sont disponibles, et le fait que le taux mondial de couverture des rappels soit de 61 % seulement pour les plus de 60 ans est préoccupant. Pour un accès rapide en cas d'urgence de santé publique, des mécanismes spéciaux doivent être mis en place. Dans le cas de la pandémie de COVID-19, il s'est agi notamment du Mécanisme COVAX pour un accès mondial aux vaccins contre la COVID-19 et d'autres dispositifs régionaux d'approvisionnement, de partenariats avec les fabricants, d'investissements associant le secteur public à des partenaires, et d'accords sur la transparence de l'information, qui tous ont fait partie de la riposte à la COVID-19 et ont contribué de manière essentielle à accélérer et à intensifier la vaccination une fois la mise en œuvre commencée.

10. La pandémie de COVID-19 a obligé les trois niveaux de l'Organisation à répondre à de nombreuses exigences pendant une période prolongée. Par l'intermédiaire du système de chaîne d'approvisionnement des Nations Unies pour la COVID-19, l'OMS, en collaboration avec d'autres organismes des Nations Unies et partenaires de l'action sanitaire, a centralisé la demande mondiale de fournitures médicales essentielles pour acheter et livrer aux États Membres des masques médicaux, des gants, des tests de diagnostic, de l'oxygène médical et d'autres articles d'importance vitale, au moment où, l'un après l'autre, les pays signalaient une augmentation du nombre de cas de COVID-19 et de décès. En juillet 2023, l'OMS avait fourni des équipements de protection individuelle, des produits de diagnostic, des médicaments et du matériel médical d'une valeur totale de 542 838 646 dollars des États-Unis (USD) pour soutenir la riposte à la COVID-19 dans 187 États Membres. Parmi ces livraisons figuraient 41 générateurs d'oxygène à adsorption par variation de pression pour assurer la production d'oxygène dans 18 pays, 40 111 concentrateurs d'oxygène pour 120 pays et 69 932 654 tests (y compris des tests moléculaires et antigéniques pour le diagnostic, ainsi que des réactifs de séquençage et des tests sérologiques) pour 172 pays. Les achats de fournitures essentielles par tous les partenaires du système de chaîne d'approvisionnement des Nations Unies pour la COVID-19 se sont montés à plus de 2 milliards USD, actif suffisant pour soutenir 198 États Membres. Ce soutien sans précédent a également permis d'accroître durablement les capacités de nombreux pays, par exemple les capacités de production d'oxygène médical, lequel pourra être utilisé pour traiter quantité de maladies dans les années à venir.

11. Les efforts entrepris à l'échelle mondiale pour atténuer l'impact de la COVID-19 ont globalement apporté des améliorations, mais n'ont pas permis d'atteindre les objectifs ultimes énoncés dans le Plan stratégique de préparation et de riposte pour lutter contre la COVID-19 adopté en 2022. Une actualisation de ce plan pour la période 2023-2025 appelant à une plus grande souplesse pour s'adapter aux changements rapides observés dans l'évolution du virus, la transmission, la gravité de la maladie et l'immunité a été publiée le 3 mai 2023. Cependant, beaucoup de pays continuent à faire face à des difficultés en matière de surveillance, en raison de la redéfinition des priorités, de l'arrêt des financements et de la réduction des activités de lutte contre le SARS-CoV-2. Ces problèmes, conjugués à la baisse des taux de dépistage et à la diminution du nombre de séquences génomiques soumises, font qu'il est difficile d'évaluer la transmission et l'impact de la COVID-19, et de détecter, d'évaluer et de surveiller les caractéristiques des variants actuels et futurs, y compris leur gravité et toute flambée qu'ils pourraient causer. Bien que les données disponibles indiquent que l'immunité acquise à la suite de l'infection ou de la vaccination réduit le risque d'affection post-COVID-19, le nombre de cas d'affection

post-COVID-19 pourrait demeurer important dans les années et les décennies à venir. Même si les connaissances progressent sur l'affection post-COVID-19, on en sait encore trop peu aujourd'hui pour pouvoir bien prendre en charge les cas. Des incertitudes subsistent également quant aux risques pour la santé que présentent des infections répétées. Ces problèmes montrent qu'il faut encore faire des efforts soutenus et concertés à l'échelle mondiale. Or il reste un déficit de financement de 518 millions USD, soit 67 % des 772,2 millions USD nécessaires pour financer la riposte de l'OMS à la COVID-19 en 2023, déficit qui limitera beaucoup la capacité du Secrétariat de soutenir les États Membres.

12. Pendant l'urgence de santé publique de portée internationale qu'a constitué la pandémie de COVID-19 de janvier 2020 à mai 2023, les mesures de riposte des pays ont été guidées par les recommandations temporaires émises en vertu du Règlement sanitaire international (2005). Le Directeur général a reconduit ces recommandations temporaires à l'issue de l'urgence de santé publique de portée internationale, le 5 mai 2023. Conformément à l'avis du Comité d'examen concernant les recommandations permanentes relatives à la COVID-19,¹ le Directeur général a émis le 9 août 2023 des recommandations permanentes à l'intention des États Parties au Règlement sanitaire international (2005). Elles vont de la mise en application du Plan stratégique de préparation et de riposte pour lutter contre la COVID-19 élaboré par l'OMS pour 2023-2025 à l'amélioration de certains types de notification, en passant par l'autorisation de contre-mesures médicales dans les limites des cadres réglementaires nationaux et par un plus grand soutien à la recherche.²

Varirole simienne

13. En mai 2022, une épidémie de varirole simienne s'est propagée rapidement à travers le monde, provoquée par la transmission durable du virus de la varirole simienne en dehors de sa niche écologique habituelle. En août 2023, près de 90 000 cas et 152 décès avaient été notifiés dans 113 pays des six Régions de l'OMS. Des milliers de cas suspects et des centaines de décès ont également continué d'être signalés en Afrique, notamment en République démocratique du Congo. Depuis mars 2023, en moyenne 100 nouveaux cas ont été signalés chaque semaine dans toutes les Régions, celles de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental enregistrant des flambées prolongées. Les pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale signalent régulièrement des cas, et toutes les Régions signalent des cas liés à des voyages internationaux ou à une transmission locale. La transmission silencieuse et de faible intensité du virus se poursuit.

14. Dans les pays nouvellement touchés, la plupart des cas sont survenus chez des hommes âgés de 19 à 59 ans. À l'échelle mondiale, les femmes représentent 3,7 % des cas, tandis que les enfants et les adolescents de moins de 18 ans comptent pour 1,3 % des cas. La situation est différente en Afrique, où proportionnellement plus de femmes et d'enfants sont touchés. Dans l'épidémie mondiale, 85 % des cas déclarent être des hommes homosexuels, bisexuels ou d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, la transmission ayant lieu par contact sexuel dans la plupart des cas. Sur l'ensemble des cas de varirole simienne déclarés dont le statut sérologique pour le VIH était connu (30 % des cas), 50 % étaient des personnes vivant avec le VIH.

15. Bien que l'épidémie mondiale ait été largement maîtrisée, on constate encore une transmission interhumaine durable, ce qui modifie notre perception de cette maladie longtemps considérée comme une zoonose. Au Nigéria et en République démocratique du Congo, la transmission du virus de la varirole

¹ <https://www.who.int/teams/ihr/ihr-review-committees/review-committee-regarding-standing-recommendations-for-covid-19>, consulté le 31 août 2023.

² Les recommandations permanentes relatives à la COVID-19 émises par le Directeur général sont disponibles à l'adresse [https://www.who.int/fr/publications/m/item/standing-recommendations-for-covid-19-issued-by-the-director-general-of-the-world-health-organization-\(who\)-in-accordance-with-the-international-health-regulations-\(2005\)-\(ihr\)](https://www.who.int/fr/publications/m/item/standing-recommendations-for-covid-19-issued-by-the-director-general-of-the-world-health-organization-(who)-in-accordance-with-the-international-health-regulations-(2005)-(ihr)) (consulté le 18 août 2023).

simienne lors de contacts sexuels est de plus en plus attestée. À l'heure actuelle, aucun pays n'est à l'abri de l'importation ou de la transmission locale de la variole simienne et certains pays connaissent des flambées pouvant être dues à une transmission zoonotique.

16. En raison de l'augmentation rapide du nombre de cas et compte tenu des difficultés dans les pays où la variole simienne survient régulièrement, le Directeur général a déterminé le 23 juillet 2022 que la flambée de variole simienne constituait une urgence de santé publique de portée internationale.

17. En collaboration avec le Secrétariat, les États Membres et les communautés ont réagi en prenant immédiatement des mesures. L'OMS a mis en place une surveillance mondiale de la variole simienne, publié des rapports de situation et des notes d'orientation et diffusé des lignes directrices sur, entre autres, la surveillance, les enquêtes sur les cas et la recherche des contacts ; les analyses en laboratoire ; les vaccins et la vaccination ; la prise en charge clinique et la lutte anti-infectieuse ; la communication sur les risques et la mobilisation communautaire. L'OMS a organisé une consultation mondiale sur la recherche essentielle, fourni des trousse de diagnostic à plus de 90 pays dans le monde ; mis au point un protocole d'essais thérapeutiques ; constitué une réserve de traitements à usage compassionnel ; soutenu les efforts déployés pour faciliter l'accès aux vaccins ; publié des profils de produits cibles pour les produits de diagnostic ; et soutenu la recherche sur l'efficacité et l'innocuité des contre-mesures. Les pays se sont mobilisés pour former les agents de santé et le personnel de laboratoire et pour mettre à disposition les vaccins, les tests et les traitements au niveau national et international. Les responsables de la santé et les communautés se sont employés à assurer les services nécessaires et à lutter contre la désinformation et la stigmatisation. Par le canal de son Fonds de réserve pour les situations d'urgence, l'OMS a débloqué 8,1 millions USD pour soutenir la riposte et a lancé un appel en vue de réunir 30 millions USD supplémentaires. À la suite de l'action résolue ainsi menée par les pays et les communautés, la flambée a culminé en juillet-août 2022 et a régressé régulièrement au début de 2023.

18. Malgré le ralentissement de la flambée, des cas continuent d'apparaître dans le monde entier et ont pour corollaires certaines difficultés, notamment : maintenir une surveillance efficace ; proposer des soins de santé aux groupes vulnérables ; corriger les inégalités en matière d'accès aux vaccins et aux traitements à l'intérieur des pays et entre les nations ; élargir les capacités de laboratoire locales dans les régions d'Afrique fortement touchées ; valider des tests de diagnostic rapide ; et mieux comprendre l'origine de l'épidémie.

19. De juillet 2022 à mai 2023, période qui correspond à l'urgence de santé publique de portée internationale relative à la variole simienne, les efforts de riposte des pays étaient guidés par des recommandations temporaires émises au titre du Règlement sanitaire international (2005). Le Directeur général a reconduit ces recommandations temporaires à l'issue de l'urgence de santé publique de portée internationale, le 11 mai 2023. Conformément à l'avis du Comité d'examen concernant les recommandations permanentes relatives à la variole simienne,¹ le Directeur général a émis le 22 août 2023 des recommandations permanentes à l'intention des États Parties au Règlement sanitaire international (2005) afin de traiter la question de la prise en charge à long terme de la maladie.² Malheureusement, l'appel de fonds lancé par l'OMS au niveau mondial n'a attiré aucun soutien financier à l'appui des efforts de riposte.

¹ <https://www.who.int/teams/ihr/ihr-review-committees/review-committee-regarding-standing-recommendations-for-mpox>, consulté le 31 août 2023.

² Les recommandations permanentes relatives à la variole simienne émises par le Directeur général sont disponibles à l'adresse <https://www.who.int/teams/ihr/ihr-review-committees/review-committee-regarding-standing-recommendations-for-mpox> (en anglais, consulté le 24 août 2023).

RÉUNIONS EXTRAORDINAIRES DE LA COMMISSION PERMANENTE DE PRÉVENTION, DE PRÉPARATION ET DE RIPOSTE EN CAS D'URGENCE SANITAIRE APRÈS QU'UNE URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DE PORTÉE INTERNATIONALE EST DÉCLARÉE

20. Conformément au paragraphe 8 du mandat de la Commission permanente,¹ dans le cas où une urgence de santé publique de portée internationale est déclarée en vertu du Règlement sanitaire international (2005), le Directeur général convoque la Commission permanente en réunion extraordinaire dès que cela est raisonnablement faisable, et de préférence dans les 24 heures suivant la déclaration de l'urgence de santé publique de portée internationale.

21. L'organisation d'une réunion des organes directeurs dans un délai de 24 heures présente des difficultés pratiques tant pour le Secrétariat que pour les États Membres. Afin de surmonter ces difficultés, des éléments concrets concernant ces réunions extraordinaires sont présentés en annexe au présent document.

MESURES À PRENDRE PAR LA COMMISSION PERMANENTE

22. La Commission permanente est invitée à prendre note du rapport et de son annexe.

¹ Voir la décision EB151(2) (2022).

ANNEXE

**ASPECTS PRATIQUES DE L'ORGANISATION D'UNE RÉUNION
EXTRAORDINAIRE DE LA COMMISSION PERMANENTE DE PRÉVENTION,
DE PRÉPARATION ET DE RIPOSTE EN CAS D'URGENCE SANITAIRE
APRÈS LA DÉCLARATION D'UNE URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE
DE PORTÉE INTERNATIONALE**

1. **Participation** : la participation s'effectuera conformément au mandat de la Commission permanente. Les réunions de la Commission permanente sont ouvertes à tous les États Membres. La participation d'experts ou d'observateurs sera déterminée en concertation avec les membres du bureau de la Commission permanente.
2. **Invitations** : conformément à la pratique habituelle, le Secrétariat enverra les invitations aux États Membres par lettre circulaire. Un modèle d'invitation aux réunions extraordinaires de la Commission sera établi à l'avance et traduit dans les six langues officielles, afin qu'il puisse être facilement adapté et distribué sans retard au cas où une urgence de santé publique de portée internationale serait déclarée.
3. **Forme des réunions et heures de travail** : les réunions extraordinaires se tiendront sous forme virtuelle. Les heures de travail permettront la participation du plus grand nombre de personnes possible sur différents fuseaux horaires. Les reprises des réunions extraordinaires seront décidées en concertation avec les membres du bureau de la Commission permanente.
4. **Inscription et accès** : toutes les personnes qui se sont inscrites à la dernière réunion ordinaire de la Commission permanente seront automatiquement inscrites à la réunion extraordinaire, sauf indication contraire des divers États Membres dans un délai déterminé. Les participants inscrits recevront par courrier électronique un lien leur permettant de participer à la réunion sur la plateforme virtuelle.
5. **Langue de travail** : les réunions se dérouleront en anglais seulement. Toutefois, des services d'interprétation dans les six langues officielles seront assurés dans la mesure du possible. La documentation sera fournie en anglais seulement.
6. **Ordre du jour** : l'ordre du jour d'une réunion extraordinaire de la Commission permanente convoquée en application du paragraphe 8 de son mandat ne porte que sur des questions ayant trait à l'urgence de santé publique de portée internationale concernée. Il est prévu que l'ordre du jour provisoire des réunions extraordinaires convoquées à ce titre comprenne une séance d'information sur l'urgence de santé publique de portée internationale, suivie d'une discussion sur les mesures à prendre. D'autres aspects, y compris les perspectives de financement initiales, pourront également être présentés.

= = =