Organisation mondiale de la Santé

Sixième réunion de la Commission permanente de prévention, de préparation et de riposte en cas d'urgence sanitaire

---

Point 5 de l'ordre du jour EB/SCHEPPR6/5

29 avril 2025

Rapport de la réunion

1. La sixième 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 le 14 avril 2025. La Vice-Présidente de la Commission permanente, M^{me} Christine Harmston (Canada), a présidé la réunion. Dans son allocution liminaire, elle a transmis les excuses du Président, le D^{r} Bellefquih, qui n'a pu participer à la réunion. Elle s'est également référée à la décision EB156(39) (2025), par laquelle le Conseil exécutif est convenu de prolonger le mandat de la Commission permanente jusqu'à la clôture de la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 2026 ; a adopté le mandat modifié de la Commission permanente ; et a prié le Directeur général d'établir, pour examen par le Conseil exécutif à sa cent cinquante-huitième session, un rapport sur les mandats et les fonctions des différents mécanismes de gouvernance et de surveillance relatifs aux urgences sanitaires.

2. Le Directeur général a souhaité la bienvenue à l'ensemble des participants et des participantes et a pris note de la décision du Conseil exécutif de prolonger le mandat de la Commission permanente jusqu'à la fin de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2026. Il a souligné que les récents bouleversements dans le domaine de la santé mondiale ont perturbé des programmes vitaux de lutte contre les maladies, des services de santé essentiels ainsi que l'action face aux urgences humanitaires à travers le monde. Il a évoqué les urgences sanitaires en cours dans différents pays ainsi que les activités menées par l'OMS pour aider les pays à renforcer leurs systèmes de santé ; détecter les signaux de flambées épidémiques et d'autres situations d'urgence, partout dans le monde ; et rassembler les pays en vue d'engager une riposte commune face aux menaces partagées. Il a fait le point sur les préparatifs en vue de l'entrée en vigueur des amendements au Règlement sanitaire international (2005) (RSI), ainsi que sur les travaux en cours de l'organe intergouvernemental de négociation chargé d'élaborer un accord de l'OMS sur les pandémies.

3. La Vice-Présidente a présenté l'ordre du jour qui a été adopté.

4. 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 la Région de la Méditerranée orientale et des activités de vaccination, d'intégration et de surveillance qui contribuent à l'éradication du poliovirus. Même si les données disponibles indiquent que la transmission mondiale du poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) est géographiquement cantonnée aux deux pays d'endémie du PVS1, l'Afghanistan et le Pakistan, une propagation géographique et une intensification de la transmission ont été constatées dans ces deux pays en 2024. Le Directeur général, suivant l'avis formulé par le Comité d'urgence à sa quarante et unième réunion en mars 2025, a déterminé que la propagation internationale du poliovirus demeurait une urgence de

santé publique de portée internationale et a prolongé les recommandations temporaires adressées aux pays où le poliovirus est présent ou à ceux qui restent vulnérables à sa réintroduction. Les principaux points ci-après ont été soulevés lors de la discussion :

a) Il faut continuer de mettre l'accent sur l'augmentation de la couverture vaccinale, en particulier dans les zones difficiles d'accès, et sur une meilleure adoption du vaccin, en collaboration avec les communautés locales et les agents de santé communautaires ; le renforcement de la surveillance, y compris la surveillance environnementale ; et l'amélioration des activités transfrontières. Une restructuration des approches d'analyse des risques profiterait à ces activités.

b) Il est important de collaborer plus efficacement avec les autres partenaires et organisations, notamment pour étudier les modèles de financement des copaiements, de cofinancement et de réaffectation des prêts et des subventions nationaux.

c) Les États Membres qui ont été déclarés exempts de poliomyélite sont encouragés à continuer de prendre toutes les mesures nécessaires pour le rester.

d) Le manque de continuité des services et du financement menace la pérennité des avancées réalisées à ce jour et augmente le risque de propagation aux autres pays et Régions. Compte tenu de ces éléments, l'Organisation devrait, à l'avenir, accorder une attention prioritaire aux efforts d'éradication de la poliomyélite.

5. Le Secrétariat a fourni à la Commission permanente des informations actualisées sur la recrudescence de mpox, classée en août 2024 comme une urgence de santé publique de portée internationale. Depuis janvier 2022, et d'après les données disponibles au 28 février 2025, 133 018 cas confirmés de mpox ont été enregistrés, dont 293 décès, dans 131 pays au total. Même si la plupart des Régions font état de faibles niveaux de transmission, un pic de signalement a été atteint dans la Région africaine, où environ 3000 nouveaux cas sont notifiés chaque mois. Le Burundi, l'Ouganda et la République démocratique du Congo continuent de connaître des flambées épidémiques majeures, qui représentent environ 95 % de l'ensemble des cas confirmés en 2025. Le clade Ib du virus de la mpox a été détecté dans 28 pays ; la plupart de ceux n'appartenant pas à la Région africaine (16 pays) ont fait état d'importations ponctuelles qui n'ont pas entraîné de transmission communautaire locale. C'est dans les zones touchées par le clade Ib du virus de la mpox que la propagation du virus est la plus rapide. Pour la première fois, des cas du clade Ia du virus de la mpox ont été exportés à l'extérieur de la Région africaine. Cela tient en grande partie à la transmission accrue et soutenue de la souche dans les zones urbaines de la République démocratique du Congo. Grâce au Mécanisme d'accès et d'allocation, un total de 1 137 300 doses de vaccin contenant le virus vivant modifié de la vaccine Ankara – Bavarian Nordic (MVA-BN) ont été distribuées lors de deux tournées dans 12 pays, et, au 7 avril 2025, 1 001 840 doses de vaccin avaient été livrées à neuf pays. Les principaux points ci-après ont été soulevés lors de la discussion :

a) La transmission communautaire continue d'alimenter la flambée dans la Région africaine et, par conséquent, la propagation à l'intérieur et à l'extérieur de la Région par le biais de cas liés aux voyages. Les efforts de riposte nécessitent de placer les communautés au centre de l'intervention – elles doivent s'approprier la riposte et la mettre en œuvre. Il s'agit d'instaurer la confiance et de lutter contre l'infodémie. Cette approche a été une priorité absolue tout au long de l'action de l'OMS et devrait le rester.

b) La récente réduction du financement a eu un impact considérable sur les capacités d'analyse en laboratoire, de surveillance et de riposte dans les pays. De ce fait, il convient de procéder à une réorganisation, en s'appuyant sur d'autres activités existantes pour lutter globalement contre la mpox ainsi que d'autres maladies. Cela met en évidence l'importance des systèmes de surveillance et de laboratoire : ceux-ci doivent être soutenus de manière globale pour toutes les maladies ; sinon, une réduction d'un côté aurait des conséquences sur la riposte dans son ensemble.

c) Alors que la Région africaine continue d'enregistrer le plus grand nombre de cas, l'OMS devrait continuer de collaborer avec les États Membres et les organisations concernées, y compris les Centres africains de prévention et de contrôle des maladies (CDC-Afrique) et la société civile, afin d'optimiser l'utilisation des ressources limitées disponibles et de privilégier les interventions ciblées dans des zones géographiques spécifiques.

6. 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,[1] notamment la corrélation qui existe entre les réseaux et les initiatives des 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). Les principaux points ci-après ont été soulevés lors de la discussion :

a) Il est impératif que les États Membres et le Secrétariat de l'OMS évitent toute duplication des cadres et initiatives en matière de préparation et de riposte aux urgences sanitaires. Cela nécessite des efforts de la part de chacun pour parvenir à un alignement dans la mesure du possible et s'appuyer sur les cadres juridiques existants. La préparation, la riposte et la résilience face aux urgences sanitaires (PRR) constituent ce cadre d'alignement et d'efficacité, par exemple pour soutenir les États Membres dans leurs efforts visant à respecter leurs obligations au titre du RSI et de l'accord sur les pandémies, s'il est adopté, et pour tirer parti de l'avantage comparatif de toutes les parties concernées.

b) Dans le contexte des difficultés liées au financement à l'échelle mondiale, il est essentiel que les pays optimisent leurs dispositifs nationaux de préparation et de riposte, notamment en améliorant le partage des ressources entre les secteurs et en tirant parti des partenariats avec d'autres organisations internationales.

c) Dans le cadre des examens nationaux menés après la pandémie de COVID-19, les pays sont encouragés à tirer parti de la notion consistant à faire plus avec moins, ce qui était une nécessité lors de la riposte à la pandémie.

d) Les conséquences attendues à moyen et à long terme du désinvestissement actuel dans le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire devraient être mises en évidence par l'exercice de hiérarchisation des priorités en cours, en mettant l'accent sur le fait que les sous-systèmes de PRR, en particulier les fonctions liées à la surveillance, aux soins sûrs et évolutifs et à la chaîne d'approvisionnement, devraient être préservés. L'exercice de hiérarchisation des priorités devrait prendre en compte les besoins et les principales lacunes de capacités des pays. Une meilleure utilisation stratégique des centres collaborateurs de l'OMS et une meilleure articulation avec les systèmes nationaux pourraient combler les lacunes mondiales dans d'autres domaines et sont encouragées.

[1] Document EB/SCHEPPR/6/4.

7. Le Secrétariat a présenté un rapport sur la riposte aux principales urgences sanitaires en cours.[2] En 2024, l'OMS est intervenue dans 51 situations d'urgence classées dans 89 pays et territoires, dont 21 étaient classées au niveau 3 et appelaient l'appui le plus large à l'échelle de l'Organisation, et 30 situations d'urgence de niveaux 1 et 2. Ces urgences sanitaires s'inscrivent dans le contexte de l'augmentation des catastrophes liées au climat et des crises humanitaires ; en effet, près de 300 millions de personnes dans 72 pays nécessitent actuellement une aide humanitaire. La réduction du financement de l'action humanitaire a eu des répercussions immédiates sur les soins de santé, la couverture et l'accès. À l'heure actuelle, 37 millions de personnes parmi les plus vulnérables n'ont pas accès aux soins médicaux vitaux dont elles ont besoin. À ce jour, l'OMS a recensé plus de 3000 établissements de santé, dont 1000 hôpitaux dans 154 États/provinces, qui suspendront ou limiteront leurs services. En outre, les violations continues du droit international humanitaire ont eu un impact significatif sur la capacité des travailleurs humanitaires et des personnels de santé à atteindre les plus démunis. Les attaques contre les services de santé deviennent une « nouvelle normalité », avec des augmentations spectaculaires signalées par l'intermédiaire du système de surveillance des attaques visant les services de santé : 16 pays ou territoires ont signalé 1622 incidents, 937 décès et 1774 blessures de patients ou d'agents de santé tout au long de l'année 2024. En particulier, des flambées de choléra, de dengue et de mpox, ainsi que des infections humaines par des virus de la grippe zoonotique, ont eu lieu dans plusieurs Régions du monde.

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

---

[2] Document EB/SCHEPPR/6/3.