



COMMISSION EUROPÉENNE

Bruxelles, le 2 septembre 2022

COM (2022) 452 final

**COMMUNICATION DE LA COMMISSION AU PARLEMENT EUROPÉEN  
AU CONSEIL, AU COMITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN  
ET AU COMITÉ DES RÉGIONS**

*(Avertissement : ceci est une traduction effectuée à partir d'un document publié par la commission européenne consultable et téléchargeable sur [https://health.ec.europa.eu/latest-updates/eu-response-covid-19-preparing-autumn-and-winter-2023-2022-09-02\\_en](https://health.ec.europa.eu/latest-updates/eu-response-covid-19-preparing-autumn-and-winter-2023-2022-09-02_en) (en anglais seulement)).*

## 1. INTRODUCTION

La vague estivale de COVID-19, entraînée par Omicron BA.4 et BA.5, nous a rappelé très clairement que la pandémie n'est pas encore terminée. Entre le début du mois de juin et la mi-juillet<sup>1</sup>, l'UE/EEE a vu un triplement des cas de COVID-19. Depuis lors, le nombre de cas a de nouveau diminué, mais reste élevé chez les personnes âgées de 65 ans et plus, ce qui a entraîné une augmentation des taux d'hospitalisation et des admissions en unité de soins intensifs (USI) dans ce groupe d'âge<sup>2</sup>. Dans l'ensemble, plus de 2 300 personnes meurent encore chaque semaine de la COVID-19 dans l'UE/EEE.

Ces chiffres sont inquiétants, d'autant plus qu'ils sont susceptibles d'être une sous-estimation de la situation réelle et qu'ils ne tiennent pas compte des répercussions telles que la COVID prolongée, ainsi que de l'impact de la pandémie sur la santé mentale. En outre, tous les pays ont levé la plupart des restrictions et leurs populations connaissent une fatigue pandémique, ce qui peut entraîner des changements de comportement. Ces facteurs facilitent la circulation rapide du virus dans l'UE, ce qui ouvre la porte à l'émergence de nouvelles variantes qui pourraient échapper à l'immunité, se propager plus facilement ou causer des maladies plus graves. Il est donc possible que les gains coûteux réalisés en réponse à la pandémie soient perdus si le virus n'est pas contrôlé et si d'autres infections ne sont pas évitées.

Depuis la fin du mois d'avril de cette année, l'adoption des vaccins contre la COVID-19 dans l'UE n'a guère changé. Parmi les personnes âgées de 60 ans et plus, 7,5 % ne sont toujours pas vaccinées et 16,3 % n'ont pas reçu leur premier rappel. Si l'on examine les taux de vaccination chez les adultes, 14,1 % des personnes âgées de 18 ans et plus ne sont pas vaccinées et 35,5 % n'ont pas reçu leur premier rappel. En outre, alors que la protection contre les vaccins continue d'être élevée contre les conséquences graves (maladies graves, hospitalisation et décès), la protection diminue également, car la plupart des gens ont reçu leur dernier vaccin il y a plusieurs mois. L'exposition généralisée à Omicron, la couverture vaccinale variable d'un pays à l'autre et à l'intérieur de ceux-ci et la diminution de la protection contre les infections naturelles et les vaccins présentent un paysage complexe d'immunité dans la population.

Les 2 dernières années ont montré que l'UE pourrait faire face à une autre vague de COVID-19 cet automne et cet hiver. Avec les personnes qui reviennent de vacances, la réouverture des écoles et le temps plus froid qui pousse les gens à l'intérieur pour les rassemblements sociaux, les taux d'infection pourraient encore augmenter. Il est également probable que l'UE sera confrontée à une saison avec une circulation active d'autres virus respiratoires, y compris la grippe, comme d'habitude pendant la saison hivernale. Ces prévisions représentent un défi pour les systèmes de santé nationaux déjà surchargés et leur main-d'œuvre dans l'ensemble de l'UE.

La présente communication, s'appuyant sur l'ensemble des actions proposées en avri<sup>3</sup>, invite instamment les États membres à mettre en place les stratégies et mesures intégrées nécessaires pour aider à éviter une recrudescence de la COVID-19 cet automne et cet hiver, et à mettre en place les structures nécessaires qui nous permettent de réagir de manière durable aux futures flambées épidémiques. En outre, la Commission invite les États membres à poursuivre la coordination des efforts de préparation dans l'ensemble de l'UE, en prévision de la prochaine vague et de la poursuite du déploiement des programmes de vaccination. Enfin, en continuant d'agir maintenant, nous pouvons limiter la pression attendue sur nos systèmes de santé, la perturbation de nos économies et les défis pour notre société.

## **2. DÉVELOPPEMENT ET DISPONIBILITÉ D'UN VACCIN CONTRE LA COVID-19 POUR L'AUTOMNE ET L'HIVER**

Le développement de vaccins contre la COVID-19 peut être considéré comme un triomphe scientifique, et on estime que leur déploiement réussi a sauvé environ 20 millions de vies dans le monde au cours de leur première année<sup>4</sup>. Dans le contexte de la résurgence actuelle de la pandémie, entraînée par Omicron BA.4 et BA.5, il est important de renforcer le message selon lequel les vaccins actuels contre la COVID-19 (vaccins monovalents ciblant le virus SARS-CoV-2 d'origine) continuent d'offrir des niveaux élevés de protection contre l'hospitalisation, les maladies graves et les décès. La vaccination continue d'être le moyen le plus fiable d'éviter les maladies graves et donc de réduire la mortalité due à la COVID-19.

Dans le même temps, les fabricants de vaccins développent des vaccins à ARNm adaptés pour être utilisés comme rappels ciblant les variantes d'Omicron. Des versions adaptées des vaccins Comirnaty et Spikevax, ciblant le virus SARS-CoV-2 d'origine ainsi que la sous-variante BA.1 Omicron ont été approuvées par l'Agence européenne des médicaments (EMA) et autorisées dans l'UE au début du mois de septembre, dans le cadre d'un processus accéléré prévu par la Commission en 2021<sup>5</sup>. L'EMA a également entamé un examen continu d'une version de Comirnaty adaptée au virus SARS-CoV-2 d'origine et à ses sous-variantes Omicron BA.4 et BA.5, en vue d'une autorisation accélérée potentielle à l'automne. Les vaccins à ARNm adaptés devraient offrir une protection accrue et plus large contre les variantes préoccupantes actuelles et futures.

Une deuxième catégorie de vaccins à base de protéines, attendue dans les prochaines semaines, devrait protéger contre les variantes du SRAS-CoV-2 et compléter notre vaste portefeuille de vaccins et notre choix de stratégies de vaccination<sup>6</sup>. Les vaccins Nuvaxovid et VLA2001, actuellement disponibles dans l'UE, utilisent des plateformes de vaccins conventionnels sûres et efficaces qui ont le potentiel d'accroître l'acceptabilité de la vaccination contre la COVID-19. De plus, les vaccins Vidprevtyn et PHH-1V, ciblant d'autres souches de variantes préoccupantes de la COVID-19, offriront des solutions de rechange efficaces aux rappels hétérologues. Les contrats de vaccins de l'UE garantissent que les États membres ont accès à ces derniers vaccins en quantités nécessaires dès qu'ils sont disponibles. En août de cette année, le premier contrat-cadre d'approvisionnement conjoint a été signé pour un vaccin contre la COVID-19 avec la société HIPRA.

Il est impossible de prédire quelles variantes seront prédominantes au cours de la période d'automne et d'hiver, mais l'Union continuera de garantir l'accès à un portefeuille de vaccins large et flexible offrant un très bon niveau d'immunité contre le SRAS-CoV-2.

Grâce à la stratégie de l'UE en matière de vaccins<sup>7</sup>, les États membres sont équipés pour planifier et lancer leurs campagnes de vaccination, y compris des vaccins adaptés avant l'automne, en offrant un rappel supplémentaire si nécessaire, en fonction des caractéristiques de ces vaccins et des recommandations nationales. La Commission poursuit ses travaux avec les fabricants pour faire en sorte que les États membres reçoivent en priorité davantage de vaccins adaptés dès qu'ils seront disponibles. En outre, la Commission continue d'être en contact étroit avec les fournisseurs de composants critiques qui sont nécessaires tout au long du processus de production. En outre, le groupe de travail conjoint UE-États-Unis<sup>8</sup> sur la fabrication et la chaîne d'approvisionnement COVID-19 a convenu d'une liste de matériaux critiques nécessaires à la production de vaccins contre la COVID-19 qui sont considérés comme méritant d'être surveillés. Cette surveillance servira de système<sup>9</sup> d'alerte précoce et aidera à identifier les éventuels goulets d'étranglement dans la chaîne d'approvisionnement à un stade précoce.

En planifiant à moyen terme, la Commission collabore avec des partenaires internationaux et des développeurs de vaccins pan-coronavirus potentiels, ou de vaccins combinés qui suscitent des réponses immunitaires plus larges, plus fortes et plus durables. En outre, la Commission suit de près

la mise au point de vaccins avec des systèmes d'administration intranasale, intramusculaire et intradermique. On s'attend à ce que ces vaccins soient plus faciles à administrer, plus accessibles et qu'ils puissent accroître l'acceptation de la vaccination. En outre, les contrats de l'UE sur les vaccins garantissent également que les entreprises tiennent les États membres étroitement informés des progrès réalisés dans la mise au point de ces vaccins.

Dans l'ensemble, le financement de la recherche et du développement, les voies réglementaires adaptées et le développement des capacités de fabrication et d'infrastructure seront essentiels pour assurer l'accès à des vaccins sûrs et efficaces de prochaine génération.

### **3. DÉPLOIEMENT DES PROCHAINES STRATÉGIES DE VACCINATION CONTRE LA COVID-19**

Étant donné que différents vaccins seront mis à disposition à différents moments au cours des semaines et des mois à venir, les États membres devraient examiner à la fois la protection potentielle offerte par les vaccins adaptés et les avantages de vacciner les personnes dans des groupes à risque particuliers au bon moment. Les stratégies nationales de vaccination devraient être coordonnées et cohérentes les unes avec les autres afin d'éviter toute différence majeure entre l'UE/EEE et de fournir des messages clairs et cohérents au public. De plus, ils devraient être déployés avant la prochaine vague.

La priorité des campagnes nationales de vaccination devrait rester d'améliorer l'adoption du vaccin par le cycle de vaccination primaire et la première dose de rappel chez les personnes éligibles. Ceci est particulièrement important pour les groupes de population présentant un risque plus élevé de résultats graves et pour les pays où les taux de vaccination sont plus faibles. Des lacunes et des disparités importantes subsistent entre les pays et la population, et il convient de s'y attaquer pour renforcer la protection.

La section suivante propose des suggestions aux États membres concernant leurs stratégies nationales de vaccination contre la COVID-19, y compris les priorités et les facteurs à prendre en compte lors de la préparation et de la mise en œuvre<sup>10</sup>.

#### **MESURES SUGGÉRÉES POUR LES STRATÉGIES DE VACCINATION CONTRE LA COVID-19 POUR L'AUTOMNE ET L'HIVER 2022-2023**

- **Poursuivre les stratégies nationales de vaccination contre la COVID-19 en utilisant les vaccins actuellement disponibles pour réduire les hospitalisations, les maladies graves et les décès.**
- **Comblent les lacunes en matière de couverture vaccinale.** L'amélioration de l'utilisation du vaccin primaire et de la première dose de rappel chez les personnes éligibles, y compris les enfants et les adolescents éligibles selon les calendriers nationaux de vaccination, reste une priorité. Ceci est particulièrement important pour les groupes de population présentant un risque plus élevé de résultats graves et pour les pays où la vaccination est plus faible.
- **Maintenir des capacités de vaccination suffisantes**, soit en réactivant les centres de vaccination, soit en utiliser d'autres ressources, comme les médecins généralistes.
- **Donner la priorité à l'administration d'une dose de rappel supplémentaire (deuxième ou suivante) pour des groupes de population spécifiques :** les personnes âgées de 60 ans et plus et les personnes de tout âge à risque de maladie grave (par exemple, les personnes présentant des comorbidités sous-jacentes, les personnes immunodéprimées et les femmes enceintes). Il convient également d'envisager de renforcer le personnel des travailleurs de la santé et du personnel des établissements de soins de longue durée. Les rappels suivants pourraient être administrés dès 3 mois après le précédent, et la priorité devrait être donnée aux personnes qui ont reçu leur dernier rappel il y a plus de 6 mois.

- ↗ S'assurer que les **résidents des soins de longue durée** reçoivent les doses de rappel recommandées.
- ↗ **Combiner les campagnes de vaccination contre la COVID-19 et la grippe** dans la mesure du possible, en ciblant en particulier les groupes vulnérables et les groupes d'âge pertinents.

### *Mesures à prendre lorsque des vaccins adaptés contre la COVID-19 sont disponibles*

- ↗ **Élaborer des programmes nationaux de vaccination décrivant quels vaccins devraient être utilisés pour quels groupes de population.** Cela dépendra des caractéristiques des vaccins adaptés par rapport aux vaccins de première génération, de la situation épidémiologique et de l'émergence éventuelle de nouvelles variantes. Ces stratégies devraient être discutées dans les forums appropriés de l'UE<sup>11</sup>, afin d'échanger des données d'expérience et d'assurer la coordination entre les pays.
- ↗ **Identifier les groupes de population à privilégier** pour les vaccins adaptés, en particulier si ces vaccins montrent une plus grande efficacité contre les variantes circulant en automne et en hiver.
- ↗ **S'assurer qu'il y a une capacité suffisante** pour administrer les vaccins lorsque des vaccins adaptés sont livrés, afin que les campagnes de vaccination puissent commencer immédiatement.
- ↗ **Surveiller de près l'efficacité et l'innocuité** des [nouveaux] vaccins adaptés une fois que le déploiement à grande échelle commencera. Si nécessaire, les stratégies nationales de vaccination devraient être adaptées lorsque davantage de preuves sur la performance de ces vaccins seront disponibles.

### *Stratégies de communication liées aux stratégies de vaccination d'automne et d'hiver*

- ↗ Mettre en œuvre et, si possible, coordonner des **initiatives et des stratégies de communication** efficaces pour promouvoir l'adoption de doses de vaccin supplémentaires et promouvoir l'achèvement de la série primaire par ceux qui ne l'ont pas encore fait. Des informations claires doivent être fournies sur la justification des recommandations et les avantages du cours primaire et des rappels pour différents groupes de population, y compris pour ceux qui ont déjà eu la maladie.
- ↗ Veiller à ce que la capacité soit en place pour **mettre à jour régulièrement** la stratégie de communication publique, en fonction des développements épidémiologiques, des changements dans les perceptions et les attitudes du public à l'égard de la pandémie en cours et de la vaccination contre la COVID-19, y compris la capacité de surveiller et de réagir rapidement aux informations fausses ou trompeuses.
- ↗ **Accroître la confiance dans les vaccins** en surveillant et en répondant aux questions et aux préoccupations du public, en expliquant la science derrière les recommandations et en démystifiant les erreurs et la désinformation dans les médias grand public et sur les médias sociaux. Des messages clairs, cohérents et fondés sur des données probantes démontrant l'innocuité et l'efficacité continues des vaccins contre la COVID-19 sont essentiels. Cibler les groupes de population difficiles à atteindre grâce à une communication sur mesure et faire appel à des professionnels de la santé et à des dirigeants communautaires en tant que sources d'information fiables
- ↗ **Assurer une communication proactive une fois que de nouveaux vaccins adaptés seront disponibles.** Avant les livraisons de vaccins adaptés, les États membres devraient communiquer clairement au public afin d'éviter toute confusion quant à la manière dont les rappels seront administrés dans les mois à venir, quand et pourquoi cela se produira, et qui y aura accès.
- ↗ **Abordez la dimension politique de l'hésitation à la vaccination et des campagnes de désinformation** liées aux récits anti-occidentaux et anti-UE. Les défis particuliers comprennent les canaux où la désinformation circule par rapport à d'autres crises, en particulier l'agression militaire russe contre l'Ukraine.

## 4. DÉPLOIEMENT DES PROCHAINES STRATÉGIES DE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

### *Surveillance des virus respiratoires*

Les stratégies de dépistage actuelles et la réduction des efforts de séquençage dans certains pays créent un angle mort dangereux dans nos connaissances sur la façon dont le virus se propage et évolue. Il est urgent de mettre au point et de maintenir des **systèmes de surveillance intégrés** résilients fondés sur la population. De tels systèmes surveilleraient de manière intégrée différentes maladies telles que **la grippe, la COVID-19 et d'autres infections virales respiratoires**<sup>12</sup> dans l'UE. Les données de ces systèmes de surveillance permettront aux pays de surveiller de près la propagation et l'intensité des virus respiratoires circulants et de détecter les changements de tendances et l'émergence de nouvelles variantes préoccupantes. Cela guidera les mesures de contrôle et atténuera l'impact des nouvelles variantes. Ces systèmes constitueront un élément clé à ce stade de la pandémie et pour d'éventuelles menaces pour la santé.

Une hiérarchisation stratégique et un financement soutenu sont nécessaires pour développer et développer davantage les "**systèmes sentinelles**" afin de les rendre adaptés à leur objectif. Les systèmes sentinelles ont été couramment utilisés pour la surveillance des infections respiratoires (p. ex. grippe). Au lieu de tester l'ensemble de la population, un système de surveillance sentinelle prélève des échantillons sur un certain nombre de cas représentatifs provenant de sites spécifiques, tels que les cabinets généraux ou les hôpitaux, qui sont répartis uniformément dans tout le pays ou la région. Un système sentinelle avec suffisamment de sites qui produisent des volumes suffisants de tests et qui sont géographiquement et démographiquement représentatifs de l'ensemble de la population d'un pays, est un moyen efficace et efficient de surveiller la propagation d'une infection (respiratoire).

Les États membres devraient s'efforcer d'augmenter le nombre de sites sentinelles, de veiller à ce que ces sites représentent la répartition géographique et démographique de leur population et d'accroître le nombre de tests effectués dans les sites de surveillance sentinelle. Ils devraient également prévoir d'augmenter leur capacité de dépistage, en particulier si cela est nécessaire pour répondre à l'émergence d'une nouvelle variante préoccupante ou d'une variante de la grippe. Un **volume de séquençage** suffisant doit également être maintenu pour surveiller les virus en circulation et détecter rapidement les nouvelles variantes de virus.

Le 18 juillet 2022, l'ECDC et le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe<sup>13</sup> ont publié des orientations contenant des conseils pratiques à l'intention des pays sur la mise en place de systèmes de surveillance efficaces et la continuité de la surveillance nationale pendant la saison d'hiver 2022-2023 et au-delà. Les orientations exposent les nombreux avantages offerts par les systèmes de surveillance intégrés fondés sur la population, et les États membres sont vivement encouragés à étudier ses recommandations et à y donner suite. Le respect des orientations améliorera la comparabilité entre les États membres et produira des données épidémiologiques plus solides; l'analyse de ces données permettra d'apporter des réponses plus efficaces et plus rapides, améliorant ainsi la préparation de l'UE à une pandémie. Les États membres sont invités à partager périodiquement avec l'ECDC des informations sur l'état de leurs systèmes de surveillance des virus respiratoires, par exemple en répondant à de courtes enquêtes lorsqu'elles sont diffusées.

**La surveillance fondée sur les eaux usées** est apparue pendant la pandémie de COVID-19 comme un outil complémentaire pour recueillir des informations sur de grands groupes de population. Il a été inclus plus systématiquement dans les stratégies nationales de surveillance pour détecter le SRAS-CoV-2 et ses variantes, et différentes mesures de l'UE ont été mises en œuvre pour soutenir les pays

dans ces efforts. Par exemple, 26 États membres ont reçu des subventions d'action directe pour soutenir la surveillance des eaux usées et les activités connexes<sup>14</sup>.

La prochaine révision de la directive sur le traitement des eaux urbaines résiduelles<sup>15</sup>, qui devrait être adoptée cet automne, introduira une surveillance des eaux usées, avec la surveillance des paramètres pertinents pour la santé publique, y compris le virus et ses variantes dans les eaux usées urbaines. Les États membres sont encouragés à poursuivre leurs efforts pour surveiller systématiquement le SARS-CoV-2 dans la surveillance des eaux usées et à appliquer les mesures énoncées dans la recommandation correspondante de la Commission<sup>16</sup>.

### *Interventions non pharmaceutiques*

Les vaccins sont un élément crucial de la réponse à la COVID-19. Cependant, notre expérience avec cette pandémie a montré que nos efforts doivent inclure des interventions non pharmaceutiques pour limiter la propagation du virus, protéger les groupes vulnérables et réduire la pression sur les systèmes de santé. Des exemples d'interventions non pharmaceutiques très efficaces comprennent le port de masques et des mesures plus restrictives comme la limitation de la taille des rassemblements. En particulier si de telles interventions sont mises en œuvre avant ou au début d'une prochaine vague, leur impact sera le plus important. Il est donc possible que l'une des interventions non pharmaceutiques doive être réintroduite dans les mois à venir.

À ce stade de la pandémie, la situation épidémiologique varie d'un État membre à l'autre. En tant que tel, la réponse de santé publique la meilleure et la plus efficace peut également différer. Les pays devront évaluer leur situation épidémiologique particulière en termes d'impact sur la santé publique, la capacité de soins de santé et l'acceptation sociale de ces mesures de santé publique, et prendre des décisions en conséquence. Toutefois, la coordination des approches nationales dans le cadre des dispositifs de réaction politique intégrée aux crises (IPCR)<sup>17</sup> du Conseil et du comité de sécurité sanitaire<sup>18</sup> était essentielle lors des vagues précédentes pour encourager une approche cohérente dans l'UE et le marché unique. Il est essentiel que cela continue.

Les indicateurs clés à évaluer lors de la décision de réintroduire des mesures non pharmaceutiques sont présentés ci-dessous.

### *Données et seuils à évaluer pour la réintroduction de mesures non pharmaceutiques.*

Indicateurs de gravité à utiliser : incidence **des maladies respiratoires aiguës sévères (IRAS)** dues à la COVID-19 ou à la grippe selon l'âge; **mortalité** attribuée à la COVID-19 ou à la grippe selon l'âge.

Alternativement, **des taux d'admission spécifiques à l'hôpital COVID-19 ou de la grippe et aux soins intensifs et / ou aux taux d'occupation des hôpitaux et des soins intensifs peuvent être utilisés.** Ceux-ci devraient idéalement être ventilés par âge.

Les indicateurs de gravité doivent être combinés avec des données sur la **capacité des soins de santé et la performance** des systèmes de santé pour pouvoir évaluer l'impact de l'épidémie. Ces analyses d'impact devraient être effectuées régulièrement et être déclenchées par des tendances croissantes des indicateurs de gravité.

Les données des années précédentes aideront à déterminer les **seuils de gravité de l'épidémie** spécifiques à chaque pays, en tenant compte des différents niveaux de maladie grave et de la capacité de soins de santé disponible.

Dans de nombreux États membres, l'utilisation obligatoire de **masques faciaux** dans les établissements de soins de santé et les établissements de soins de longue durée est toujours en place.

Leur utilisation dans des espaces publics fermés, y compris les transports en commun, peut être une première option pour limiter la transmission communautaire. Des preuves récentes montrent que les masques faciaux FFP2, qui sont facilement disponibles dans l'UE / EEE, ont un effet protecteur plus fort que les masques médicaux ou les masques en tissu dans la communauté. Les États membres sont donc fortement encouragés à envisager leur utilisation dans des contextes spécifiques. Assurer une **ventilation** adéquate à l'intérieur est une mesure clé pour réduire le risque de transmission du SRAS-CoV-2 et d'autres virus respiratoires<sup>19</sup>. D'autres mesures telles que le travail à domicile ou la limitation de la taille des rassemblements de masse se sont avérées efficaces pour limiter la transmission du virus. Lorsqu'elles sont mises en œuvre avant l'augmentation du nombre de cas, ces mesures peuvent éviter d'avoir à en mettre d'autres perturbatrices, comme le confinement, la fermeture d'entreprises et d'écoles, les recommandations de rester à la maison et les restrictions de voyage. L'engagement politique et l'engagement communautaire sont essentiels au succès et à l'efficacité des mesures non pharmaceutiques.

### ***Réouverture des écoles***

Alors que les enfants retournent à l'école après les vacances d'été, il est essentiel de maintenir des environnements scolaires sûrs et de minimiser les absences des élèves et du personnel en empêchant la transmission du SRAS-CoV-2 aux côtés d'autres virus respiratoires<sup>20</sup>. Les enfants de tous âges sont sensibles au SRAS-CoV-2 et peuvent le transmettre. Les enfants sont souvent asymptomatiques ou présentent des symptômes bénins d'infection, mais des cas graves se produisent, en particulier chez les enfants présentant des facteurs de risque de résultats graves. Une condition post-COVID (ou longue COVID) a également été signalée chez les enfants.

Des mesures importantes telles que la promotion de la vaccination des élèves et du personnel contre la COVID-19, la promotion d'une bonne hygiène respiratoire et des mains, la mise en place de systèmes de ventilation améliorés dans les locaux scolaires et l'émission de rappels fréquents pour rester à la maison en cas de symptômes respiratoires sont des outils essentiels pour réduire la transmission du virus. La mise en œuvre de mesures d'atténuation à l'école devrait être adaptée au milieu éducatif et au groupe d'âge des élèves. En outre, ces mesures devraient tenir compte de la nécessité de fournir aux enfants un environnement d'apprentissage et social optimal. Les orientations publiées par l'ECDC en juillet 2021<sup>21</sup> et les recommandations du présent document restent valables à cet égard.

La pandémie de COVID-19 a perturbé la vie des enfants et des adolescents, affectant leurs routines quotidiennes, leur éducation, leur santé, leur développement et leur bien-être général. Il est donc important de garder à l'esprit les impacts négatifs des perturbations scolaires sur la santé et le développement des enfants. La mise en œuvre des mesures dans les écoles devrait viser à être maintenue au minimum et la perte supplémentaire d'apprentissage devrait être évitée.

### ***Renforcer les systèmes et les capacités de santé***

La crise du COVID-19 a mis à l'épreuve la résilience et l'agilité des systèmes de santé européens d'une manière sans précédent. Au cours de l'été 2022, les systèmes de santé de l'UE continuent de faire face à des défis en raison d'une augmentation des admissions à l'hôpital liées à la COVID et de la nécessité de résorber l'arriéré de soins non liés à la COVID induit par la pandémie. Cette pression sur les systèmes de santé s'exerce dans le contexte d'autres défis de longue date, tels que les pénuries persistantes de travailleurs de la santé, que la pandémie de COVID-19 a aggravées. Selon une enquête de l'ECDC, de nombreux États membres signalent des problèmes liés à la rétention et au recrutement d'un nombre suffisant de personnel de santé possédant les compétences appropriées<sup>22</sup>. Les systèmes de santé risquent d'avoir une capacité insuffisante pour l'hiver 2022 si le financement des soins de santé et les ressources humaines ne sont pas augmentés. En outre, d'autres virus respiratoires (par



exemple, la grippe) pourraient constituer un fardeau supplémentaire pour les systèmes de santé. La pandémie a montré qu'il est impératif d'avoir un système de santé fort, résilient et doté d'un personnel adéquat.

Les investissements réalisés dans le cadre du Mécanisme pour le relèvement et la résilience visant à renforcer les systèmes de santé battent leur plein. Plus de 42 milliards d'euros d'investissements sont destinés à promouvoir de meilleurs soins de santé dans le cadre des plans de relance et de résilience adoptés, et près d'un tiers de ce montant est consacré à l'investissement et aux réformes visant à stimuler la numérisation des systèmes de santé. Des investissements spécifiques visent également à renforcer les capacités de santé publique des systèmes de santé nationaux. Des efforts continus seront nécessaires pour renforcer la résilience des systèmes de santé, à court terme et à long terme. En outre, les dernières recommandations par pays – adoptées en juillet 2022 dans le cadre du semestre européen – portaient sur les systèmes de soins de santé de huit États membres et soulignaient la nécessité d'améliorer la prévention et les soins de santé primaires, ainsi que de remédier aux pénuries de main-d'œuvre.

La prochaine édition du rapport semestriel Panorama de la santé: l'Europe sera publiée d'ici la fin de 2022. Il évaluera en particulier la perturbation des services de santé pour les patients non COVID pendant la pandémie et examinera les stratégies visant à surmonter les arriérés dans les soins de santé. Il examinera également l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé des enfants et des jeunes, notamment la santé mentale.

À plus long terme, la préparation des systèmes de santé aux épidémies de maladies infectieuses et à d'autres types de chocs doit être améliorée. La réalisation de tests de résilience permettra aux États membres d'examiner régulièrement la préparation aux crises sanitaires et de vérifier la résilience de leurs systèmes de santé face à des scénarios spécifiques de haute pression et à des défis structurels à long terme. La résilience devrait également inclure la résilience et l'efficacité des pratiques de passation des marchés publics par les hôpitaux et autres organismes d'achat<sup>23</sup>. Compte tenu de la charge que représente la pandémie pour la santé mentale, en particulier pour le personnel de santé, les États membres devraient renforcer les mesures visant à soutenir la bonne santé mentale des travailleurs de la santé et de l'ensemble de la population. En outre, le renforcement du personnel de santé rendra les systèmes de santé plus résilients. La Commission soutient la formation des professionnels de la santé dans le cadre du programme EU4Health<sup>24</sup>, du FSE+ et du pacte de l'UE pour les compétences<sup>25</sup>. Plusieurs projets sont en cours pour aider les pays à remédier à la rétention du personnel, au transfert de tâches et aux pénuries de personnel dans les "déserts médicaux" (zones où l'accès aux soins de santé est limité). En outre, la Commission a l'intention de lancer une action commune visant à améliorer la planification et les prévisions du personnel de santé dans le courant de l'année. En outre, la Commission soutient la disponibilité d'équipes médicales d'urgence, ainsi que d'équipements de protection individuelle, d'articles médicaux et de produits thérapeutiques nécessaires au niveau national et au niveau de l'UE (par exemple, par l'intermédiaire du mécanisme de protection civile de l'Union).

### ***Utilisation de produits thérapeutiques contre la COVID-19***

La stratégie de l'UE sur les traitements contre la COVID-19<sup>26</sup> vise à constituer un large portefeuille de traitements sûrs et efficaces. En particulier, les antiviraux et les anticorps monoclonaux antiviraux jouent un rôle important dans le traitement des patients atteints de COVID-19. À ce jour, huit traitements contre la COVID-19 de différentes catégories ont été autorisés, dont six antiviraux, traitant différents stades et gravité de la maladie. Entre octobre 2020 et juillet 2022, quatre contrats-cadres de passation conjointe de marchés, y compris des prolongations, ont été conclus pour garantir la disponibilité de médicaments antiviraux dans un certain nombre d'États membres<sup>27</sup>.

La Commission continuera de travailler avec les États membres afin de définir les priorités pour d'autres marchés publics conjoints de produits thérapeutiques et de renforcer l'intégration avec les marchés nationaux et européens établis. Une coopération accrue et des marchés publics conjoints renforcent la solidarité en garantissant un accès équitable et la disponibilité de produits thérapeutiques dans les États membres participants. Comme indiqué dans l'accord de 2014 sur les marchés publics conjoints signé par 37 pays, l'approvisionnement conjoint renforce également le pouvoir d'achat, en particulier pour les petits États membres, ce qui permet de meilleures conditions contractuelles et des économies d'échelle.

### *La nécessité d'essais cliniques multinationaux*

Depuis janvier 2022, avec l'entrée en application du règlement sur les essais cliniques<sup>28</sup>, l'évaluation et la supervision des essais cliniques dans l'ensemble de l'UE ont été harmonisées, notamment via un système d'information sur les essais cliniques (CTIS). Le règlement sur les essais cliniques permet une autorisation plus rapide des essais cliniques dans tous les États membres, améliorant ainsi l'efficacité de la recherche clinique dans son ensemble. Dans le même temps, les normes élevées de qualité et de sécurité déjà établies pour de tels essais seront maintenues.

Grâce au règlement et au CTIS, les promoteurs commerciaux et non commerciaux peuvent désormais demander des autorisations d'essais cliniques dans jusqu'à 30 pays de l'UE/EEE en même temps. Le nouveau système de réglementation et la plateforme améliorent le partage d'informations et la prise de décision collective sur les essais cliniques. Le CTIS, dont l'utilisation sera obligatoire pour la soumission des demandes d'essais cliniques d'ici le 31 janvier 2023, fournit également une base de données publique consultable pour les professionnels de la santé, les patients et le grand public. Le 31 janvier 2025, le règlement sera pleinement applicable et tous les essais cliniques devront être conformes aux règles.

Au cours des prochaines années, ce nouvel environnement réglementaire européen pour les essais cliniques facilitera, rationalisera, accélérera et augmentera la transparence des essais cliniques multinationaux, y compris pour d'éventuels nouveaux traitements et vaccins contre la COVID-19. En outre, il garantira que l'UE offre un environnement attrayant et favorable à la réalisation de recherches cliniques à grande échelle, avec des normes élevées de transparence et de sécurité publiques pour les participants aux essais cliniques.

Le groupe de travail d'urgence, créé dans le cadre du mandat révisé de l'EMA<sup>29</sup>, fournit des conseils sur les protocoles d'essais cliniques, y compris les essais cliniques conjoints, aux développeurs d'essais cliniques menés dans l'Union. En fin de compte, les conseils faciliteront le développement et l'autorisation en temps opportun de produits médicaux tels que les vaccins et les traitements et amélioreront la coordination globale des essais cliniques en Europe. Cet avis scientifique de la task-force d'urgence devrait être pris en compte par les États membres lorsqu'ils autorisent une demande d'essai clinique.

Enfin, deux réseaux d'essais cliniques de l'UE ont été mis en place dans le cadre d'Horizon 2020: l'un axé sur les traitements contre la COVID-19 et l'autre sur les vaccins contre la COVID-19. Le réseau d'essais thérapeutiques comprend des essais de plateforme adaptative à grande échelle réalisés dans des populations de soins intensifs, des patients hospitalisés et des patients en soins primaires<sup>30</sup>. En outre, le mécanisme consultatif conjoint d'accès (JAAM) soutient une utilisation efficace des ressources entre les essais et évite les doubles emplois. Le réseau d'essais de vaccins comprend des essais de vaccins axés sur la santé publique chez les personnes âgées, la population adulte en général et les enfants<sup>31</sup>.

## *Se concentrer sur la lutte contre les conditions post-COVID ("COVID long" )*

De nouvelles données suggèrent que jusqu'à 1 personne sur 8 qui se remet de la COVID-19 éprouvera des symptômes débilissants qui dureront beaucoup plus longtemps que prévu, ce qui entraînera une altération de la qualité de vie<sup>32</sup>.

Bien que le risque de développer une affection post-COVID semble être plus élevé chez les personnes âgées atteintes de maladies préexistantes qui ont été admises à l'hôpital en raison de la COVID-19, des études ont montré qu'elle est également répandue chez les jeunes auparavant en bonne santé qui présentaient des symptômes légers ou nuls lorsqu'ils ont contracté le virus<sup>33</sup> pour la première fois. Les personnes atteintes d'une maladie post-COVID peuvent présenter un large éventail de symptômes, y compris des symptômes respiratoires, cardiovasculaires, gastro-intestinaux, cognitifs, musculo-squelettiques et neurologiques. Ces symptômes peuvent être intermittents, affecter plusieurs systèmes du corps et aller de légers à incapacitants, ce qui nuit souvent à la capacité des gens à retourner au travail. Dans le contexte de cette longue liste de symptômes, à ce jour, il n'existe aucun traitement validé pour traiter cette maladie.

Cette nouvelle classe de patients nécessitera des soins spécifiques, souvent issus de différentes spécialisations médicales. Cela devrait alourdir une charge substantielle pour les systèmes de santé européens et exacerber l'important arriéré de soins non liés à la COVID accumulé tout au long de la pandémie. Ces considérations soulignent l'urgence d'intensifier les efforts de recherche visant à comprendre les fondements biologiques de l'état post-COVID. Parvenir à une meilleure compréhension de la pathologie sous-jacente à l'état post-COVID permettra aux chercheurs d'identifier des thérapies candidates et, en fin de compte, de développer des essais cliniques à grande échelle pour vérifier leur bénéfice.

Dans ce contexte, le programme de travail « Horizon Europe » 2021-2022 de l'UE a financé six projets de recherche axés sur les conditions post-COVID. Ces projets visent à mieux caractériser l'état post-COVID, ainsi qu'à étudier les facteurs de risque de son développement dans différentes variantes et groupes de population du SRAS-CoV-2, en vue d'identifier des biomarqueurs potentiels et d'éclairer les options de traitement.

La stratégie de l'UE sur les traitements contre la COVID-19<sup>34</sup> fait référence à l'état post-COVID dans son cadre d'actions de recherche, de développement et d'innovation. La stratégie reconnaît que l'état post-COVID nécessite une approche thérapeutique différente de la COVID-19 aiguë. De même, et conformément à l'hypothèse émergente selon laquelle les réservoirs viraux persistants pourraient être l'une des causes de l'état post-COVID<sup>35</sup>, les traitements utilisés pour traiter la COVID-19 (tels que les antiviraux) pourraient également être testés comme traitement potentiel de l'état post-COVID.

Afin de fournir des conseils d'experts sur la manière dont les systèmes de soins de santé devraient concevoir et développer des services de santé appropriés pour les patients touchés par une maladie post-COVID, la Commission a chargé le groupe d'experts sur les moyens efficaces d'investir dans la santé<sup>36</sup> de fournir un avis, attendu à la fin de 2022, sur l'impact de l'état post-COVID sur les systèmes de santé. En outre, l'Agence européenne pour la sécurité et la santé (EU-OSHA) a publié un rapport sur l'impact de l'état post-COVID sur les travailleurs et les lieux de travail<sup>37</sup> et a publié des directives connexes à l'intention des travailleurs<sup>38</sup> et des gestionnaires<sup>39</sup>. Les États membres sont encouragés à unir leurs forces pour recueillir des données probantes actualisées sur les conditions post-COVID et pour renforcer la formation du personnel de santé à la reconnaissance et à la gestion des conditions post-COVID, en particulier dans les soins primaires. Il convient de rappeler que la meilleure façon de prévenir la condition post-COVID est d'éviter d'être infecté par le SARS-CoV-2 en premier lieu.

## ***Transport, mobilité, voyage***

Depuis août 2022, toutes les mesures affectant la libre circulation des personnes dans l'UE ont été levées, y compris l'obligation pour les voyageurs de détenir un certificat NUMÉRIQUE COVID de l'UE.

La poursuite des efforts visant à faciliter la libre circulation dans l'UE pendant la pandémie de COVID-19 reste cruciale, tant pour les personnes que pour les biens. Notre objectif commun reste de jouir d'une libre circulation sans restriction, si la situation épidémiologique le permet. Pour répondre aux défis spécifiques qui affectent le secteur des transports et perturbent la chaîne d'approvisionnement, la Commission et les États membres de l'UE devraient s'appuyer sur les outils déjà mis au point jusqu'à présent, en particulier Green Lanes<sup>40</sup>, le plan d'urgence pour les transports<sup>41</sup> et les protocoles sanitaires appropriés.

Les restrictions de voyage ne devraient être introduites ou réintroduites que lorsqu'elles sont absolument nécessaires et proportionnées à la protection de la santé publique. Par exemple, certaines interventions non pharmaceutiques, comme le port du masque, devraient être envisagées avant d'introduire ou de réintroduire des restrictions de voyage. Toute nouvelle mesure devrait être communiquée aux principales parties prenantes, telles que les opérateurs de transport, afin qu'elles puissent se préparer et éviter tout impact potentiel négatif. Si les États membres souhaitent activer la recherche des contacts des passagers transfrontaliers, des outils communs, tels que le formulaire de localisation des passagers de l'UE, sont disponibles pour échanger des données sur les passagers afin d'améliorer leurs capacités de recherche des contacts tout en limitant les charges pesant sur les passagers et les opérateurs de transport.

Les États membres peuvent utiliser le certificat COVID numérique de l'UE au cas où la situation épidémiologique de cet automne et de cet hiver obligerait les pays à réintroduire temporairement des restrictions de voyage. Le règlement de l'UE sur les certificats NUMÉRIQUES COVID, qui a été prolongé jusqu'en juin 2023<sup>42</sup>, fournit le cadre nécessaire pour gérer l'impact des restrictions sur la libre circulation et faciliter les déplacements. Il garantit que les citoyens peuvent bénéficier de certificats interopérables et mutuellement acceptés de vaccination, de test et de rétablissement contre la COVID-19. En principe, les titulaires de certificats NUMÉRIQUES COVID valides de l'UE ne devraient pas être soumis à des restrictions supplémentaires lorsqu'ils voyagent au sein de l'UE.

Le certificat numérique COVID de l'UE a été un succès majeur en fournissant au public un outil accepté et fiable dans toute l'UE (et dans plusieurs pays tiers) et en évitant la fragmentation de plusieurs systèmes nationaux. Au 1er août 2022, 75 pays et territoires des 5 continents étaient connectés au système de certificats numériques de l'UE (30 États membres de l'UE/EEE et 45 pays et territoires non membres de l'UE), et plusieurs autres pays ont exprimé leur intérêt à rejoindre le système ou sont déjà engagés dans des discussions techniques avec la Commission. Cela fait du certificat NUMÉRIQUE COVID de l'UE une norme mondiale.

Le système de certificats numériques COVID de l'UE est suffisamment flexible pour s'adapter à l'évolution de la réponse à la COVID-19. D'éventuelles adaptations à la période de validité des certificats délivrés pour le premier booster pourraient devenir nécessaires à la lumière d'autres preuves scientifiques et de l'évolution de la pandémie.

Si l'utilisation du certificat COVID numérique de l'UE devait être réintroduite, il reste important de veiller à ce que tout le monde puisse obtenir un certificat COVID numérique de l'UE valide. Cela signifie que les États membres devraient continuer à veiller à ce que des capacités suffisantes en matière de dépistage et de vaccination soient disponibles et facilement accessibles. Les États

membres devraient également informer les citoyens qui ont subi une infection par le SRAS-CoV-2 de leur droit de recevoir un certificat de récupération s'ils ont effectué un test PCR ou antigénique.

En outre, les États membres devraient faire tout leur possible pour veiller à ce que les passagers soient bien informés des éventuelles restrictions de voyage auxquelles ils pourraient être confrontés lorsqu'ils entrent dans un autre État membre de l'UE/EEE. La plateforme web Re-Open EU<sup>43</sup> reste un point de référence clé pour toute personne voyageant dans l'UE. La Commission réaffirme qu'il demeure important que les États membres fassent l'objet de mises à jour en temps utile<sup>44</sup> sur d'éventuelles restrictions de voyage et mesures de santé publique et de sécurité, afin que les citoyens européens puissent continuer à compter sur la plateforme pour planifier leurs voyages en toute confiance.

La procédure de freinage d'urgence convenue dans la recommandation 2022/107<sup>45</sup> du Conseil continue de garantir une approche coordonnée entre les États membres en réponse à l'émergence de nouveaux variants potentiels préoccupants.

La catégorisation actuelle par pays par code couleur de l'ECDC a été abandonnée à la lumière de l'évolution des approches et des tendances à la baisse des volumes de tests dans les États membres, ce qui n'a pas permis à l'ECDC d'établir une description adéquate de la situation épidémiologique.

En outre, dans le contexte des voyages en provenance de pays tiers, le Conseil a adopté, en juin 2020, une approche coordonnée des voyages dans la zone UE+, qui a depuis été modifiée à trois reprises<sup>46</sup>. La Commission a l'intention de proposer prochainement une révision de la recommandation afin de tenir compte de l'évolution de la situation épidémiologique et de l'évolution des pratiques dans les États membres, notamment en ce qui concerne la liste des pays figurant à l'annexe 1 de la recommandation (UE) 2020/912 du Conseil qui ne reflètent plus la situation actuelle. Une telle révision, qui sera consultée avec les États membres, vise à fournir un cadre commun pour les mois à venir, garantissant une approche coordonnée.

## **5. LA DIMENSION GLOBALE**

Afin de contrôler et de mettre fin à la pandémie, des efforts et un soutien à l'échelle mondiale pour lutter contre la COVID-19 à l'échelle mondiale sont essentiels. C'est pourquoi, depuis le début de la crise de la COVID-19, l'UE, en tant qu'équipe Europe<sup>47</sup>, a joué un rôle central dans la réponse multilatérale au développement rapide, à l'expansion et à la distribution équitable des vaccins contre la COVID-19 dans le monde entier. L'UE reste le plus grand donateur de vaccins contre la COVID-19 au monde, compte tenu des doses partagées par les États membres via COVAX (COVID-19 Vaccines Global Access) et sous forme de dons bilatéraux. Au total, Team Europe a maintenant partagé près de 482 millions de doses avec les pays dans le besoin et reste engagé dans les efforts de don et d'exportation dans les mois à venir, s'il y a un intérêt accru pour les formulations originales et les vaccins adaptés. Même si l'approvisionnement mondial en vaccins contre la COVID-19 s'est stabilisé, de nombreux pays, en particulier en Afrique, sont encore très loin d'atteindre des taux de vaccination suffisants. L'absence de vaccination primaire crée également un risque de passer à côté des avantages des rappels, y compris les rappels avec des vaccins adaptés.

La situation actuelle est marquée par une augmentation de l'offre de vaccins par rapport à la demande : la disponibilité mondiale des vaccins n'a pas été accompagnée d'une augmentation correspondante de l'utilisation des vaccins dans certains pays. Le défi s'est clairement déplacé vers "obtenir des injections dans les bras" ou administrer les vaccins reçus. C'est pourquoi, par exemple, l'UE a proposé un paquet de soutien aux vaccins pour ses partenaires africains, qui couvre l'approvisionnement, le matériel auxiliaire et le soutien à la livraison. L'UE a annoncé un soutien supplémentaire de 375 millions d'euros aux pays ayant les taux de vaccination les plus faibles par le

biais du mécanisme d'aide à la mise en œuvre de la COVID-19 de la facilité COVAX<sup>48</sup>. Ce financement soutient les gouvernements nationaux dans la prestation de services, le personnel de santé, la génération de la demande, les campagnes de vaccination, les systèmes de chaîne d'approvisionnement, la chaîne du froid et la capacité rapide du CDU selon une approche basée sur les besoins des pays. Le financement aide également les pays à maintenir un accès équitable, à atteindre les populations marginalisées, à intégrer la vaccination contre la COVID-19 et la vaccination systématique et à renforcer les systèmes de vaccination.

La capacité des systèmes de santé locaux doit être davantage développée pour s'assurer que les communautés se font vacciner; la mise au point et la production locales de vaccins devraient également être renforcées. La Commission soutient le renforcement des systèmes nationaux de soins de santé en Afrique, par exemple en s'engageant au niveau régional à améliorer la sécurité sanitaire grâce à une approche "Une seule santé", à la numérisation des systèmes de santé et au soutien des instituts de santé publique.

L'UE continuera également à travailler dans le cadre de l'initiative Team Europe sur la fabrication et l'accès aux vaccins, aux médicaments et aux technologies de la santé en Afrique (+)<sup>49</sup>. Cette initiative a débuté en 2021 et contribue à accroître la capacité de fabrication locale et régionale, à diversifier les chaînes d'approvisionnement pharmaceutiques africaines et à s'attaquer aux goulets d'étranglement dans la chaîne d'approvisionnement internationale. Team Europe a mobilisé à ce jour plus de 900 millions d'euros pour soutenir le renforcement des capacités en Afrique du Sud, au Sénégal, au Rwanda et au Ghana et au niveau régional pour le renforcement de la réglementation et l'Agence africaine des médicaments (AMA), l'Agence de développement de l'Union africaine (AUDA-NEPAD) et le Partenariat pour la fabrication de vaccins en Afrique. Dans le cadre d'événements de jumelage, l'UE a renforcé la collaboration entre les entreprises africaines et européennes concernant les chaînes de valeur de l'industrie pharmaceutique et des technologies médicales. L'UE a également lancé une nouvelle initiative sur la fabrication locale de vaccins et de médicaments afin de soutenir les efforts déployés en Amérique latine et dans les Caraïbes.

L'UE s'est également engagée à verser 150 millions d'euros au mécanisme de réaction à la COVID-19 (C19RM)<sup>50</sup> du Fonds mondial pour garantir l'accès aux contre-mesures médicales dans les pays partenaires (y compris les diagnostics, les tests, l'oxygène et les équipements de protection individuelle).

En outre, l'UE contribue activement, aux côtés des États-Unis et d'autres partenaires mondiaux, à la mise en œuvre réussie du **plan d'action mondial** pour lutter contre la pandémie. L'objectif est d'aider à coordonner les actions et à mobiliser des ressources dans six domaines prioritaires liés à la réponse mondiale à la COVID-19. La COVID-19 nous a appris que seule une réponse unie et multilatérale peut lutter efficacement contre une pandémie mondiale.

La lutte contre la désinformation et la désinformation anti-vaccination devrait être continuellement abordée à l'échelle mondiale. La lutte contre la manipulation et l'ingérence de l'information étrangère nécessite une réponse spécifique. Le Service européen pour l'action extérieure (SEAE), en étroite coopération avec la Commission et les États membres, a développé la boîte à outils de l'UE pour lutter contre la manipulation et l'ingérence dans l'information étrangère (boîte à outils FIMI).

Enfin, l'UE estime qu'il est d'une importance vitale de tirer parti des enseignements tirés de la pandémie de COVID-19 et de renforcer l'architecture mondiale de la santé, en mettant l'OMS renforcée en son centre. L'UE est déterminée à jouer un rôle moteur dans les négociations sur un **nouvel accord international juridiquement contraignant sur la prévention, la préparation et la réaction aux pandémies et sur des modifications ciblées visant à renforcer le règlement sanitaire international de 2005**. Ces processus complémentaires sont une priorité pour l'UE et offrent une

occasion historique de trouver des solutions multilatérales aux défis communs, fondées sur les principes de solidarité collective, d'équité, d'équité, d'inclusion et de transparence accrue. En outre, le nouveau Fonds intermédiaire financier (FIF) pour la prévention, la préparation et la réaction aux pandémies<sup>51</sup>, auquel Team Europe s'est déjà engagée à verser au moins<sup>52</sup> 588 millions d'EUR, fournira un financement pour soutenir la prévention, la préparation et la réaction aux pandémies, y compris la mise en œuvre du Règlement sanitaire international modifié et du nouvel accord international sur la prévention, la préparation et la réaction aux pandémies.

La COVID-19 a démontré que l'aspect international de la politique de santé de l'UE est devenu plus important que jamais. Nous tirons ces leçons et prenons des mesures coordonnées pour protéger et promouvoir la santé à l'échelle mondiale et pour renforcer le leadership de l'UE en matière de santé mondiale et sa contribution à celle-ci. La prochaine stratégie de l'UE en matière de santé mondiale fournira au cadre politique des priorités, une gouvernance et des outils, permettant à l'UE de parler d'une seule voix influente et de tirer le meilleur parti de la capacité de l'équipe Europe à protéger et à promouvoir la santé à l'échelle mondiale.

## 6. CONCLUSION

Alors que l'évolution de la pandémie est imprévisible, l'UE doit se préparer – pour la troisième fois consécutive – à un automne et un hiver difficiles. Mais l'avenir de la pandémie ne dépend pas seulement de nouvelles variantes qui peuvent émerger et surpasser les souches plus anciennes. Il est également grandement déterminé par le comportement humain et le degré d'immunité qui peut être construit dans la population. Minimiser le nombre de nouveaux cas diminue également les chances que de nouvelles variantes apparaissent. Ce sont des facteurs qui peuvent être influencés, et les systèmes de santé et la société des États membres doivent continuer à adapter leur réponse collective à ce virus jusqu'à ce que la menace de COVID-19 ne soit plus aiguë.

Comme nous l'avons vu au plus fort de la pandémie de COVID-19, il est essentiel de travailler ensemble. Maintenant qu'un accord politique a été conclu sur le nouveau règlement de l'UE sur les menaces transfrontières graves pour la santé, qui est la dernière pièce législative du paquet de l'Union européenne de la santé<sup>53</sup>, l'Union disposera bientôt d'un nouvel ensemble d'outils pour achever la révision du cadre de sécurité sanitaire de l'UE et pour renforcer l'infrastructure et les processus nécessaires à la mise en œuvre des mesures de préparation et de réaction à la COVID-19.

La pandémie nous a rappelé très clairement l'importance de la collaboration. En travaillant ensemble, nous pouvons faire une réelle différence et renforcer la capacité de l'UE à prévenir, à préparer et à réagir aux crises sanitaires – dans les mois à venir comme à l'avenir. Nous sommes plus forts, plus résilients et plus efficaces lorsque nous travaillons ensemble à une gestion durable de la pandémie.

## SOURCES

- <sup>1</sup> By the end of week 22 of 2022, the 14-day COVID-19 case notification rate for the EU/EEA was 350 (country range: 8.1-3 303) per 100 000 population, which increased to 1 207 (country range: 43.0-4 945) per 100 000 by the end of week 28 of 2022.
- <sup>2</sup> Hospital admission rates per 100 000 nearly doubled between early May and mid-July 2022, and current levels are at over 40% of the pandemic maximum. ICU admission and occupancy rates currently correspond to 16% and 18% (respectively) of the maximum rates reported since the start of the pandemic.
- <sup>3</sup> Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, *COVID-19 – Sustaining EU preparedness and Response: Looking ahead* (COM/2022/190 final).
- <sup>4</sup> The Economist, *Covid-19 vaccines saved an estimated 20 m lives during their first year*, 7 July 2022, <https://www.economist.com/graphic-detail/2022/07/07/covid-19-vaccines-saved-an-estimated-20m-lives-during-their-first-year?frsc=dg%7Ce>.

5 Commission Delegated Regulation (EU) 2021/756 of 24 March 2021 amending Regulation (EC) No 1234/2008 concerning the  
examination of variations to the terms of marketing authorisations for medicinal products for human use and veterinary  
medicinal products (OJ L 162, 10.5.2021, p. 1).

6 In addition to the existing contracts with Sanofi and Novavax, the EU has recently put in place a contract via the Joint  
Procurement Agreement to ensure Member States' access to the HIPRA vaccine.  
7 [https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/public-health/eu-vaccines-strategy\\_en](https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/public-health/eu-vaccines-strategy_en).  
8 [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/STATEMENT\\_21\\_4847](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/STATEMENT_21_4847).

9 The compiled list is primarily based on experience incurred during upscaling of the production of COVID-19 vaccines. The list  
covers a wide range of products groups (44 essential items), such as enzymes and single-use and chromatography materials.  
10 These recommendations build on the joint statement from the ECDC and the European Medicines Agency (EMA) on the  
administration of a fourth dose of mRNA vaccines of 6 April 2022 as well as *Preliminary public health considerations for  
COVID-19 vaccination strategies in the second half of 2022*, published by the ECDC on 18 July 2022.

11 Such as the Health Security Committee.

12 Such as respiratory syncytial virus (RSV) infections or new viral diseases of public health concern.  
13 18 July 2022, ECDC, *Operational considerations for respiratory virus surveillance in Europe*,  
<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/operational-considerations-respiratory-virus-surveillance-europe>.  
14 [https://environment.ec.europa.eu/news/coronavirus-response-monitoring-wastewater-contributes-tracking-coronavirus-and-variants-across-all-2022-03-17\\_en](https://environment.ec.europa.eu/news/coronavirus-response-monitoring-wastewater-contributes-tracking-coronavirus-and-variants-across-all-2022-03-17_en).

15 Council Directive 91/271/EEC of 21 May 1991 concerning urban waste-water treatment (91/271/EEC).  
16 Commission Recommendation of 17.3.2021 on a common approach to establish a systematic surveillance of SARS-CoV-2 and  
its variants in wastewaters in the EU, C/2021/1925, (OJ L 98, 19.3.2021, p. 3–8).  
17 <https://www.consilium.europa.eu/en/policies/ipcr-response-to-crises/>.  
18 [https://health.ec.europa.eu/health-security-and-infectious-diseases/preparedness-and-response/health-security-committee-hsc\\_en](https://health.ec.europa.eu/health-security-and-infectious-diseases/preparedness-and-response/health-security-committee-hsc_en).

19 If adequate ventilation is not possible, the use of air-cleaning devices, such as those equipped with either HEPA (high-efficiency  
particulate absorbing) filters or filters with comparable effectiveness and ultraviolet germicidal irradiation (UVGI) can be  
considered.

20 Such as influenza, respiratory syncytial virus (RSV) and norovirus.  
21 8 July 2021, ECDC, *COVID-19 in children and the role of school settings in transmission - second update*,  
<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/children-and-school-settings-covid-19-transmission>.  
22 3 August 2022, ECDC, *Assessment of workforce capacity and training needs for the prevention and control of communicable  
diseases - report on 2021 survey*, <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/ECDC-Assessment-Capacity-Training-Needs-EUEEA-2021.pdf>.

23 In September the following HERA call will be published: Call for proposals to support structured dialogue at national or regional  
level on public procurement in the health sector.  
24 EU4 Health Programme, *Call for proposals to provide training for health workforce, including digital skills*,  
<https://ec.europa.eu/info/funding-tenders/opportunities/portal/screen/opportunities/topic-details/eu4h-2022-pj-06>.  
25 Erasmus+ project, EHMA, *Blueprint Alliance for a Future Health Workforce Strategy on Digital And Green Skills: BeWell  
project kicked-off*, <https://ehma.org/2022/07/22/blueprint-alliance-for-a-future-health-workforce-strategy-on-digital-and-green-skills-bewell-project-kicked-off/>.

26 Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, The European Economic and Social Committee  
and the Committee of the Regions, *EU Strategy on COVID-19 therapeutics* (COM/2021/355 final/2).  
27 These cover the following therapeutics: remdesivir, bamlanivimab and etesevimab, casirivimab and imdevimab, and  
xevudy/sotrovimab.

28 Regulation (EU) No 536/2014 of the European Parliament and of the Council of 16 April 2014 on clinical trials on medicinal  
products for human use, and repealing Directive 2001/20/EC (OJ L 158, 27.5.2014, p. 1).  
29 Regulation (EU) 2022/123 of the European Parliament and of the Council of 25 January 2022 on a reinforced role for the  
European Medicines Agency in crisis preparedness and management for medicinal products and medical devices (OJ L 20,  
31.1.2022, p. 1–37).  
30 REMAP-CAP trial, EU SolidAct trial and ECRAID-Prime trial.  
31 EU-COVAT-1 AGED, EU-COVAT-2 BOOSTAVAC and EU-COVPT-1 CoVacc.

32 The Lancet, volume 400, issue 10350, P452-461, 6 August 2022, A.V. Ballering et al., *Persistence of somatic symptoms after  
COVID-19 in the Netherlands: an observational cohort study*, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01214-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01214-4/fulltext).

33 Daugherty, Sarah E., et al. "Risk of clinical sequelae after the acute phase of SARS-CoV-2 infection: retrospective cohort study."  
BMJ 373 (2021).  
34 Commission Communication, *EU Strategy on COVID-19 therapeutics* (COM/2021/355 final/2), [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52021DC0355R\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52021DC0355R(01)).

35 Brodin, P., Casari, G., Townsend, L. et al., *Studying severe long COVID to understand post-infectious disorders beyond COVID-  
19*, Nat Med 28, 879–882 (2022), <https://www.nature.com/articles/s41591-022-01766-7>.

36 Expert Panel on effective ways of investing in health, [https://health.ec.europa.eu/expert-panel-effective-ways-investing-health\\_en](https://health.ec.europa.eu/expert-panel-effective-ways-investing-health_en).

37 EU-OSHA, 20 May 2022, *Impact of Long Covid on workers and workplaces and the role of OSH*,  
<https://osha.europa.eu/en/publications/impact-long-covid-workers-and-workplaces-and-role-osh>.

38 EU-OSHA, 6 July 2021, *COVID-19 infection and long COVID – guide for workers*,  
<https://osha.europa.eu/en/publications/covid-19-infection-and-long-covid-guide-workers>.



39 EU-OSHA, 6 July 2021, *COVID-19 infection and long COVID – guide for managers*,  
40 <https://osha.europa.eu/en/publications/covid-19-infection-and-long-covid-guide-managers>.  
41 Communication from the Commission on the implementation of the Green Lanes under the Guidelines for border management  
42 measures to protect health and ensure the availability of goods and essential services 2020/C 96 I/01 (C(2020) 1897)  
43 Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee  
44 and the Committee of the Regions A contingency plan for transport (COM(2022) 211)  
45 Regulation (EU) 2022/1034 of the European Parliament and of the Council of 29 June 2022 amending Regulation (EU) 2021/953  
46 on a framework for the issuance, verification and acceptance of interoperable COVID-19 vaccination, test and recovery  
47 certificates (EU Digital COVID Certificate) to facilitate free movement during the COVID-19 pandemic (OJ L 173, 30.6.2022,  
48 p. 37).  
49 <https://reopen.europa.eu/>.  
50 To ensure that the Re-Open EU web platform provides up to date information, Member States should inform the Commission  
51 about possible updates before introducing possible restrictions and measures.  
52 Council Recommendation (EU) 2022/107 of 25 January 2022 on a coordinated approach to facilitate safe free movement during  
53 the COVID-19 pandemic and replacing Recommendation (EU) 2020/1475 (OJ L 18, 27.1.2022, p. 110)  
54 Council Recommendation (EU) 2020/912 of 30 June 2020 on the temporary restriction on non-essential travel into the EU and  
55 the possible lifting of such restriction (OJ L 208I 1.7.2020, p. 1).  
56 <https://europa.eu/capacity4dev/wbt-team-europe>.  
57 As well as the EUR 100 million of support from the humanitarian budget to roll out vaccines that has been implemented since  
58 2021.  
59 The first support packages for Senegal, Rwanda, South Africa and Ghana have been mobilised.  
60 [https://www.theglobalfund.org/en/covid-19/response-  
61 mechanism/#:~:text=The%20COVID%2D19%20Response%20Mechanism,formal%20and%20community%20health%20syste  
62 ms](https://www.theglobalfund.org/en/covid-19/response-mechanism/#:~:text=The%20COVID%2D19%20Response%20Mechanism,formal%20and%20community%20health%20systems).  
63 [https://unfoundation.org/blog/post/inside-the-new-fund-to-bolster-global-pandemic-prevention-preparedness-and-  
64 response/#:~:text=This%20new%20fund%2C%20which%20is,before%20the%20next%20pandemic%20occurs](https://unfoundation.org/blog/post/inside-the-new-fund-to-bolster-global-pandemic-prevention-preparedness-and-response/#:~:text=This%20new%20fund%2C%20which%20is,before%20the%20next%20pandemic%20occurs).  
65 More EU Member States are considering to contribute or are preparing their pledge.  
66 [https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union\\_en](https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union_en).