Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-DIXIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A70/15**
Point 12.4 de l'ordre du jour provisoire **17 mai 2017**

Application du Règlement sanitaire international (2005)

Rapport annuel sur l'application du Règlement sanitaire international (2005)

Rapport du Directeur général

1. Conformément au paragraphe 1 de l'article 54 du Règlement sanitaire international (2005) (RSI) et à la résolution WHA61.2 (2008), les États Parties et le Directeur général font rapport tous les ans à l'Assemblée de la Santé sur l'application du Règlement. Le présent document rend compte des mesures prises par les États Parties et le Secrétariat dans le cadre du Règlement depuis le dernier rapport examiné par l'Assemblée de la Santé en mai 2016.[1]

COMITÉS DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005)

2. Depuis juin 2016, un certain nombre de mesures ont été prises en lien avec les comités d'urgence et d'examen constitués en vertu du Règlement sanitaire international (2005) ; elles sont résumées ci-dessous.

COMITÉS D'URGENCE

Poliomyélite

3. Depuis que la propagation internationale du poliovirus sauvage a été déclarée urgence de santé publique de portée internationale le 5 mai 2014, le Comité d'urgence concernant la propagation internationale du poliovirus s'est réuni 13 fois. Lors de sa treizième réunion le 24 avril 2017, le Comité est convenu que la situation épidémiologique constituait encore une urgence de santé publique de portée internationale et a conseillé de proroger les recommandations temporaires révisées. En outre, le Comité a invité instamment tous les pays à maintenir la vigilance afin d'éviter une résurgence de la poliomyélite. Le Directeur général a fait siennes les conclusions du Comité et a publié des recommandations temporaires au titre du Règlement. Les recommandations concernant les voyages ont été mises à jour.

[1] Document A69/20.

Virus Zika, microcéphalie et syndrome de Guillain-Barré

4. Le Comité d'urgence sur le virus Zika a observé un accroissement des troubles neurologiques et des malformations néonatales et s'est réuni à cinq reprises en 2016. Lors de sa cinquième et dernière réunion le 18 novembre 2016, le Comité a déterminé que le virus Zika et ses conséquences restaient un problème de santé publique important et persistant nécessitant de prendre des mesures énergiques, mais qu'ils ne représentaient plus une urgence de santé publique de portée internationale. Le Directeur général a partagé l'avis du Comité et a déclaré le 18 novembre 2016 la fin de l'urgence de santé publique de portée internationale.

Fièvre jaune

5. Le Comité d'urgence concernant la fièvre jaune (en réaction aux flambées en Angola et en République démocratique du Congo) s'est réuni à deux reprises en 2016. Lors de sa deuxième réunion le 31 août 2016, le Comité s'est penché sur le recours à la stratégie des doses fractionnées de vaccin antiamaril à Kinshasa (République démocratique du Congo), ce qui a permis d'atteindre un haut niveau de couverture vaccinale. L'impact de la campagne de vaccination sera évalué. Sur la base des données factuelles à disposition au moment de la deuxième réunion, le Directeur général a accepté l'évaluation du Comité selon laquelle les flambées en Angola et en République démocratique du Congo ne constituaient pas une urgence de santé publique de portée internationale. En revanche, il a établi qu'en raison de leur ampleur, les flambées restaient un événement de santé publique grave nécessitant d'intensifier durablement les activités de riposte, aussi bien sur le plan national qu'international, ainsi que d'effectuer un suivi rigoureux de la situation.

Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte

6. Dans sa décision WHA69(14), l'Assemblée de la Santé a prié le Directeur général de dresser, pour examen par les comités régionaux en 2016, un projet de plan mondial de mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen. Le projet de plan a été élaboré et examiné par les six comités régionaux en 2016. Les résultats de ces consultations régionales ont été pris en compte et un projet de plan révisé a été présenté au Conseil exécutif à sa cent quarantième session en janvier 2017.[1]

7. Pendant les débats de la cent quarantième session du Conseil exécutif, le projet de plan mondial de mise en œuvre révisé a fait l'objet de discussions approfondies de la part des membres du Conseil et des États Membres. Un certain nombre de questions d'importance ont été soulevées et nécessitaient des consultations plus poussées. Par conséquent, le Secrétariat a organisé le 23 mars 2017 une séance d'information à l'intention des missions diplomatiques auprès des Nations Unies et des autres organisations internationales à Genève afin de collecter davantage de commentaires des États Membres relatifs aux domaines d'action principaux du projet de plan mondial de mise en œuvre.[2]

[1] Document EB140/14.

[2] Voir le document A70/16.

PROGRÈS ACCOMPLIS DANS L'APPLICATION DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005)

Renforcement des capacités

8. Les États Parties, le Secrétariat et les autres principaux partenaires ont continué à progresser dans la mise en œuvre du Règlement. De multiples canaux et une coordination durable permettent de poursuivre les progrès. Un résumé des dernières évolutions est présenté ci-dessous.

9. En 2014, le Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI a recommandé de passer d'une autoévaluation exclusive à des formules associant l'autoévaluation, l'examen par les pairs et l'évaluation extérieure volontaire. Cette approche a également été appuyée par le Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans l'épidémie de maladie à virus Ebola et dans la riposte. À cette fin, une note conceptuelle présentant une nouvelle approche pour le suivi et l'évaluation du Règlement a été présentée aux comités régionaux en 2015. La Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a pris note de cette proposition de nouveau cadre de suivi et d'évaluation.[1] Le cadre est composé de quatre éléments : les rapports annuels par les États Parties, qui sont obligatoires, auxquels viennent s'ajouter trois éléments non obligatoires, à savoir les évaluations externes conjointes, les examens a posteriori et les exercices de simulation.

10. En 2016, les États Parties ont continué à fournir des informations au Secrétariat. Depuis 2010, 195 États Parties ont fait rapport au moins une fois à l'OMS au moyen du questionnaire de rapport annuel. Au 28 février 2017, 120 des 196 États Parties avaient rempli le questionnaire envoyé en juillet 2016. Les détails relatifs aux rapports annuels 2016 des États Parties et aux autres activités en lien avec le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du Règlement sont publiés sur le site Web de l'OMS.[2] À l'échelle mondiale, des progrès ont été réalisés depuis 2010 dans les 13 principales capacités exigées par le Règlement, en particulier en ce qui concerne la surveillance, la riposte et les zoonoses, mais les résultats moyens globaux indiquent que des efforts supplémentaires doivent être consentis de toute urgence dans les domaines des ressources humaines, des capacités aux points d'entrée, des événements d'origine chimique et des situations d'urgence radiologique.

11. Une analyse des résultats de 27 évaluations externes conjointes menée en 2016 indique que les systèmes de surveillance et les laboratoires sont relativement bien avancés dans les pays s'étant portés volontaires pour l'évaluation. La couverture vaccinale, l'accès aux vaccins et l'administration des vaccins sont également bien établis, la quasi-totalité des 27 pays ayant démontré leur capacité dans ces domaines. Sur ces 27 pays, 7 % (2/27) avaient des capacités développées ou démontrées dans le domaine de la gestion des antimicrobiens ; 33 % (9/27) avaient des capacités développées, démontrées ou viables dans le recensement de leurs risques prioritaires pour la santé publique ; 33 % (9/27) avaient des capacités développées, démontrées ou viables en matière de disponibilité de plans de riposte aux situations d'urgence multialéas ; 52 % (14/27) avaient des capacités développées, démontrées ou viables en ce qui concerne la mise en place de procédures relatives aux centres d'opérations d'urgence ; et 52 % (14/27) avaient des capacités développées, démontrées ou viables relatives à l'activation d'un programme d'opérations d'urgence. Une première comparaison des

[1] Voir le document A69/20 et les procès-verbaux de la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, cinquième séance et septième séance, section 1.

[2] Voir https://extranet.who.int/spp/sites/default/files/In-Page/IHR%20Monitoring%20and%20evaluation%20framework%20report%20for%202016.pdf (consulté le 10 mai 2017).

données du questionnaire de suivi de 2016 et des données de l'évaluation externe conjointe de 26 pays (pour lesquels les deux ensembles de données étaient disponibles) confirme que les domaines déterminés ci-dessus (ressources humaines, capacités aux points d'entrée, événements d'origine chimique et situations d'urgence radiologique) sont prioritaires et les évaluations externes conjointes montrent en outre que les domaines de la riposte et de la préparation doivent également faire l'objet d'une attention particulière.

12. En 2016, le Secrétariat a accompagné la planification et la mise en œuvre de 27 exercices de simulation dans 17 pays afin de tester différentes capacités fonctionnelles en matière de préparation, de détection et de riposte en appui aux pays en ce qui concerne leur préparation aux situations d'urgence sanitaire et la mise en application du Règlement. Ces exercices comprenaient des discussions stimulées par des simulations théoriques, des simulations en situation réelle, des exercices fonctionnels et des exercices sur le terrain. La plupart des exercices de simulation étaient menés à l'échelle nationale et infranationale, même si certains étaient de portée régionale ou mondiale. Les exercices de simulation à l'échelle nationale et infranationale comprenaient la mise à l'essai des équipes d'intervention rapide, des mécanismes de coordination intersectorielle, ainsi que des systèmes de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours pour des événements tels que des flambées de maladie à virus Ebola, de méningite et de choléra, ou des événements d'origine chimique. Ils se sont révélés utiles afin de cerner des lacunes précises et de proposer des actions particulières pour renforcer les capacités de préparation et de riposte pour les situations d'urgence sanitaire.

13. En février 2017, un outil pour l'examen a posteriori a été testé dans un État Partie ayant connu une flambée inhabituelle de dengue. La méthode utilisée lors de l'examen a été jugée utile par la majorité des participants.

14. Le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire a fourni un soutien actif aux trois niveaux de l'Organisation en ce qui concerne la mise en œuvre du Règlement. Il apporte une assistance directe aux pays prioritaires vulnérables aux flambées de maladies, par exemple aux pays victimes d'urgences humanitaires. Le soutien technique et opérationnel a permis le renforcement des capacités intersectorielles et transversales pour la préparation aux situations d'urgence conformément aux principales capacités requises (comme les systèmes d'alerte précoce, la qualité des laboratoires et la gestion des risques biologiques), le renforcement des travaux intersectoriels (par exemple avec le secteur vétérinaire dans le cadre de l'approche « Un monde, une santé »), et la mise à contribution des secteurs des transports, des voyages et du tourisme pour renforcer les capacités aux points d'entrée.

15. En février 2017, le Secrétariat a organisé une consultation des parties prenantes sur la planification, le chiffrage et le financement pour une mise en œuvre accélérée du RSI et sur la sécurité sanitaire à l'échelle mondiale. La consultation a permis aux participants de partager les leçons tirées, de se mettre d'accord sur un processus pour l'élaboration de plans d'action nationaux et de définir les meilleures pratiques et les modèles, de même que de déterminer les possibilités de liens avec les systèmes de santé nationaux pour renforcer les efforts et accroître la coordination et les investissements multisectoriels.

Fièvre jaune

16. L'amendement relatif à la protection conférée par la vaccination antiamarile et à la validité du certificat correspondant, qui s'étendent dorénavant à la vie entière du sujet vacciné, est entré en vigueur le 11 juillet 2016. La troisième édition du Règlement sanitaire international (2005) reflète ce

changement. L'obligation de vaccination antiamarile posée comme condition d'entrée sur leur territoire par certains pays et les recommandations de vaccination de l'OMS ont été mises à jour en 2017 sur le site Web de l'OMS.[1] Le Groupe consultatif scientifique et technique chargé de la cartographie du risque amaril actualise en permanence la cartographie du risque amaril et conseille l'OMS au sujet de la vaccination antiamarile des voyageurs.

DIFFICULTÉS DANS L'APPLICATION DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005)

17. La finalisation du projet de plan mondial de mise en œuvre susmentionné par rapport aux recommandations du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans l'épidémie de maladie à virus Ebola et dans la riposte, ainsi que la mise en œuvre complète de ce projet, après adoption, permettra d'accélérer encore l'application du Règlement. Pour que les points focaux nationaux du RSI aient les moyens d'agir, ils doivent jouir d'un soutien pérenne de la part des gouvernements. Le développement des personnels et la collaboration intersectorielle restent des défis importants à relever en dépit des progrès importants déjà réalisés, par exemple à travers les approches innovantes de cyberapprentissage et de formation, et au niveau de l'interface homme-animal, à travers une collaboration active entre la FAO, l'OIE et l'OMS, notamment dans le cadre de l'accord tripartite. Des efforts plus constants sont nécessaires dans les secteurs des transports, des voyages et du tourisme, ainsi que dans le secteur de la sécurité, les partenariats public-privé et la participation communautaire. En outre, l'élaboration rapide, le suivi et la mise en œuvre des plans d'action nationaux nécessitent un appui durable de la part des autorités nationales et de la communauté internationale afin de garantir un financement adapté et pérenne de ces plans et l'évaluation régulière des principales capacités requises en vertu du Règlement.

18. L'extension de la période de validité de la vaccination antiamarile pour la vie entière du sujet vacciné a été adoptée dans la résolution WHA67.13 (2014) et doit être mise en œuvre par tous les États Parties afin d'éviter les entraves inutiles aux déplacements internationaux.

CONCLUSION

19. Cette année marque le dixième anniversaire de l'entrée en vigueur du Règlement pour la grande majorité des États Parties (15 juin 2007). Le Règlement a fourni un cadre mondial qui a contribué de façon significative à l'amélioration du partage d'informations, de l'évaluation des risques et de la coordination de la riposte en ce qui concerne les risques pour la santé publique et les situations d'urgence de portée internationale. C'est le réseau mondial unique de points focaux nationaux du RSI, accessibles à tout moment par les points de contact RSI de l'OMS dans les six bureaux régionaux, qui a permis ces communications. Le réseau a en outre été utilisé pour les communications bilatérales entre pays, par exemple pour la recherche des contacts à l'échelle internationale. La convocation par le Directeur général d'un certain nombre de comités d'urgence et d'examen a constitué un autre point fort du Règlement. Depuis son entrée en vigueur, six comités d'urgence ont été créés, quatre ayant abouti à la déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale et à la publication de

[1] Voir http://www.who.int/ith/fr/ (consulté le 25 avril 2017).

recommandations temporaires par le Directeur général.[1] Les deux autres comités d'urgence ont joué un rôle clé afin d'attirer l'attention sur des menaces importantes pour la santé publique, ce qui a incité la communauté internationale à prendre des mesures particulières pour lutter contre de graves événements sanitaires émergents.[2] Trois comités d'examen ont également été formés par le Directeur général dans le but de tirer les leçons de la pandémie de grippe A(H1N1) de 2009[3] ainsi que des flambées de maladie à virus Ebola[4] et, plus généralement, d'examiner la situation de la communauté internationale par rapport au fonctionnement et à l'application du Règlement.[5] Les recommandations de ces comités d'examen ont ouvert la voie à une approche plus structurée de l'application du Règlement. Pour donner un exemple, la mise en place des évaluations externes conjointes des principales capacités sur une base volontaire découle d'une recommandation des deuxième et troisième comités d'examen. Enfin, le nouveau Programme OMS de gestion des situations d'urgence améliore encore la capacité opérationnelle du Secrétariat en ce qui concerne la détection rapide des urgences de santé publique, l'évaluation des risques et la riposte, la gestion de la menace particulière que représentent les agents pathogènes à haut risque, ainsi que l'appui aux pays pour qu'ils se préparent à faire face aux situations d'urgence sanitaire.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

20. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport.

= = =

[1] Concernant la pandémie de grippe A(H1N1) de 2009, la poliomyélite, la flambée de maladie à virus Ebola et le virus Zika (voir http://www.who.int/ihr/ihr_ec/en/, http://www.who.int/ihr/ihr_ec_2014/fr/, http://www.who.int/ihr/ihr_ec_ebola/fr/ et http://www.who.int/ihr/emergency-committee-zika/fr/, consulté le 28 avril 2017).

[2] Concernant le syndrome respiratoire du Moyen-Orient et la fièvre jaune. (voir http://www.who.int/ihr/ihr_ec_2013/fr/ et http://www.who.int/ihr/emergency-committee-yellow-fever/fr/, consulté le 28 avril 2017).

[3] Voir http://www.who.int/ihr/review_committee/fr/ (consulté le 28 avril 2017).

[4] Voir http://www.who.int/ihr/review-committee-2016/fr/ (consulté le 28 avril 2017).

[5] Voir http://www.who.int/ihr/review-committee-nov-2014/en/ (consulté le 28 avril 2017).