Organisation mondiale de la Santé

CONSEIL EXÉCUTIF
Cent trente-sixième session
Point 8.3 de l'ordre du jour provisoire

EB136/22 Add.1
16 janvier 2015

Application du Règlement sanitaire international (2005)

Rapport du 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

Rapport du Directeur général

1. Le Directeur général a l'honneur de communiquer au Conseil exécutif le rapport du 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 qui reflète ses délibérations au cours de la réunion de novembre 2014 (voir l'annexe 1 qui comprend à l'appendice I la liste de membres du Comité d'examen, à l'appendice II l'ordre du jour de la réunion du Comité d'examen (Genève, 13-14 novembre 2014), à l'appendice III les informations communiquées conformément à la politique sur les déclarations d'intérêts (experts de l'OMS), et à l'appendice IV des biographiques succinctes des membres du Comité d'examen).

MESURES PRISES PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

2. Le Conseil exécutif est invité à examiner le rapport. Il est également prié d'examiner le projet de résolution relatif aux recommandations du 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 établi par le Secrétariat (voir l'annexe 2), ainsi que le rapport sur les incidences financières et administratives du projet de résolution pour le Secrétariat (voir l'annexe 3).

ANNEXE 1

RAPPORT AU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU 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

13-14 novembre 2014, Genève (Suisse)

CONTEXTE

1. Le Règlement sanitaire international (2005), ci-après le « RSI » ou le « Règlement », a été adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2005.

2. C'est la deuxième fois qu'un Comité d'examen du RSI est constitué. Le premier l'a été en 2010 pour évaluer le fonctionnement du Règlement ; évaluer la riposte mondiale en cours à la grippe pandémique A(H1N1) 2009 (y compris le rôle de l'OMS) ; et tirer les enseignements pour renforcer la préparation et la riposte à de futures pandémies et urgences de santé publique.[1]

3. L'une des dispositions les plus importantes du RSI est l'obligation pour tous les États Parties à mettre en place les principales capacités requises pour détecter, évaluer, notifier et déclarer des événements et faire face aux risques et urgences pour la santé publique. La date cible initiale pour la mise en place de ces capacités était juin 2012. À cette date, 42 des 193 États Parties ont déclaré avoir appliqué la disposition concernée, alors que 118 États Parties ont demandé – comme le Règlement leur en donnait la possibilité – et obtenu un délai supplémentaire de deux ans jusqu'en juin 2014.

4. Les articles 5.2 et 13.2 du Règlement prévoient que, dans des circonstances exceptionnelles et en faisant valoir un nouveau plan d'action, les États Parties peuvent demander que le délai soit encore pour une deuxième fois prolongé de deux ans au maximum. La décision d'accorder un nouveau délai supplémentaire est prise par le Directeur général, en tenant compte de l'avis technique du Comité d'examen.

5. Au moment de la réunion de ce deuxième Comité d'examen, 64 États Parties avaient indiqué que les normes minimales concernant leurs principales capacités étaient respectées ; 81 États Parties avaient demandé un nouveau délai supplémentaire de deux ans ; et 48 n'avaient pas communiqué leurs intentions à l'OMS.[2]

6. La fin de la deuxième prolongation du délai coïncidera avec une étape importante dans l'application du Règlement qui est entré en vigueur en juin 2007. Cette étape viendra rappeler que les efforts pour acquérir, renforcer et maintenir les capacités de santé publique essentielles prévues par le RSI doivent être consentis de manière constante et retenir l'attention de tous les États Parties en permanence. La diversité et la fréquence croissante des événements concernant des maladies infectieuses et d'autres risques pour la santé publique rappellent avec force le rôle fondamental que continue à jouer le RSI dans la sécurité sanitaire mondiale.

---

[1] Voir http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-fr.pdf?ua=1.

[2] Trois autres États sont devenus Parties au RSI après juin 2007 et ont des délais différents à respecter pour la mise en place de leurs principales capacités.

NOMINATION DU COMITÉ D'EXAMEN

7. Le Directeur général a nommé les 13 membres du Comité d'examen parmi les experts figurant sur la liste d'experts du RSI, conformément à celui-ci, et au Règlement applicable aux tableaux et comités d'experts de l'OMS. On trouvera la liste des membres à l'appendice I.

8. Le Comité d'examen avait pour objet : 1) de conseiller le Directeur général sur les demandes reçues des États Membres relatives à l'obtention d'un deuxième délai supplémentaire (de 2014 à 2016) pour la mise en place des principales capacités de détection et de réaction prévues à l'annexe 1 du RSI ; et 2) de conseiller le Directeur général sur la façon de mieux renforcer et évaluer les principales capacités du RSI à court et à long terme.

ORGANISATION ET DÉROULEMENT DE LA RÉUNION

9. La réunion du Comité, dont l'ordre du jour est reproduit à l'appendice II, s'est déroulée au Siège de l'OMS à Genève les 13 et 14 novembre 2014.

10. Le Directeur général a remercié le Comité d'examen du temps et des compétences techniques qu'il a consacrés à la réunion et a relevé que la maladie à virus Ebola et d'autres événements de santé publique continuaient de démontrer combien il est important de disposer d'un Règlement sanitaire international solide. Pour elle, toutefois, on était encore loin du but recherché puisque les États Parties ayant officiellement demandé un deuxième délai supplémentaire restent plus nombreux que ceux qui se sont pleinement dotés des principales capacités, et des conseils étaient demandés sur les moyens d'améliorer la situation actuelle.

11. Le Conseiller juridique par intérim de l'OMS a examiné les dispositions de procédure relatives au Comité d'examen. Il a rappelé au Comité que tous les membres devaient agir de manière indépendante et apporter leur expertise personnelle en tant que scientifiques et/ou experts de la santé publique et qu'ils étaient censés respecter le caractère confidentiel des informations non publiques dévoilées en cours de réunion. On trouvera à l'appendice III des informations sur les déclarations d'intérêts établies par les membres.

12. Le Professeur Didier Houssin a été élu Président du Comité, le Dr Ximena Aguilera Vice-Président et M. Andrew Forsyth Rapporteur. Le Président a présenté quelques observations liminaires et le Comité d'examen a adopté l'ordre du jour proposé.

13. Le Président a noté que les représentants des États Parties au RSI, de l'Organisation des Nations Unies et de ses institutions spécialisées, ainsi que d'autres organisations internationales étaient invités à assister à la séance plénière du matin puis à revenir le lendemain à l'occasion du résumé oral des délibérations du Comité qui serait alors présenté.

14. Le Directeur Capacités mondiales, alerte et action (Dr Isabelle Nuttall) a présenté un exposé introductif sur le RSI en passant notamment en revue le Règlement, les dispositions concernant les principales capacités, les délais d'application prévus et la possibilité de les prolonger.

15. Plusieurs États Parties et organisations invités ont fait des déclarations. Tous ont reconnu l'importance du RSI et relevé les progrès accomplis jusqu'ici. Certains États Parties ont justifié leur demande d'un délai supplémentaire en évoquant la taille réduite de leur territoire, ou des conditions particulières liées à des territoires d'outremer ou aux catastrophes naturelles qui avaient affecté leur

système de santé. Dans les observations générales, il a notamment été question des progrès relevés par les pays dans l'application du RSI, des efforts de mise en place de systèmes de surveillance et de l'importance des enseignements de ces dernières années. En référence à l'article 44 du Règlement, un appel à la solidarité a été clairement exprimé par de nombreux États Parties qui ont proposé de se prévaloir des possibilités d'assistance offertes par le jumelage et le maillage. Dans leurs interventions, les organisations internationales ont noté l'importance d'une démarche multisectorielle et en particulier la nécessité de renforcer la collaboration avec le secteur de la santé animale, par exemple dans une démarche s'inspirant du principe « Un monde, une santé ». On a également souligné qu'une attention accrue devait être vouée aux règles à respecter en matière de santé au travail dans le cas des agents de santé qui se trouvent en première ligne.

APPLICATION DU RSI

Progrès accomplis et défis à relever

16. Le Comité d'examen a noté les progrès considérables accomplis dans l'application du RSI en revenant sur les conclusions et recommandations du rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du RSI eu égard à la grippe pandémique A(H1N1) 2009. Le Comité a évoqué les principales réalisations suivantes : mise en place et fonctionnement de points focaux nationaux RSI ; transparence accrue dans la notification des événements grâce à une utilisation plus systématique des systèmes d'alerte précoce ; communication et collaboration plus satisfaisantes entre les secteurs de la santé humaine et de la santé animale ; efforts collectifs coordonnés des pays et des partenaires pour renforcer les capacités (par exemple Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique (2010), Système intégré de surveillance des maladies et de riposte) ; mise en place de structures de coordination des interventions d'urgence ; et meilleurs mécanismes internationaux d'échange d'informations sur les interventions rapides. Ces réalisations sont le fruit des efforts considérables consentis par les États Parties, l'OMS et les donateurs. Les principales capacités aux niveaux central, intermédiaire et local sont des fonctions de santé publique essentielles dont tirent profit non seulement les différents pays mais la communauté mondiale dans son ensemble.

17. Malgré les progrès réalisés dans bien des domaines, le Comité d'examen a souligné qu'il subsiste dans toutes les Régions, des pays confrontés à d'importantes difficultés pour appliquer pleinement le RSI, les principaux obstacles étant notamment les suivants : pouvoir/capacité insuffisants des points focaux nationaux ; idée erronée selon laquelle l'application du RSI incombe uniquement au ministère de la santé ; participation/sensibilisation limitées des secteurs autres que la santé humaine ; investissement limité en termes de ressources financières et humaines nationales ; changements fréquents de personnel ; situations d'urgence complexes/conflits en cours ; besoins spécifiques des petits États insulaires et des États Parties comprenant des territoires d'outremer ; accent mis sur les délais supplémentaires plutôt que sur l'extension des capacités ; idée selon laquelle l'application est une procédure juridique rigide peu préoccupée par des considérations opérationnelles et des enseignements tirés de l'expérience acquise ; et solidarité internationale limitée à l'égard des pays les plus faibles et de l'appui au renforcement de leurs capacités. L'évaluation que font eux-mêmes les États Parties de leur application du RSI est limitée par la qualité et la fiabilité inégale des informations fournies.

Demandes d'un deuxième délai supplémentaire

18. Le Comité a été saisi de demandes et de plans d'application détaillés au niveau des pays avant la réunion prévue pour leur examen. Le Secrétariat a également fourni des analyses regroupées des demandes d'un deuxième délai supplémentaire ; les États Parties ont été classés sur la base du contenu de leur plan d'application accompagnant la demande de deuxième délai supplémentaire et sur la notation de leur cadre de suivi. Le Comité d'examen a entendu l'analyse et les réflexions des représentants des bureaux régionaux de l'OMS.

19. Le Comité a examiné la variabilité entre les différentes demandes de délais supplémentaires, par exemple le nombre des capacités faisant l'objet de la demande, les raisons invoquées et le caractère plus ou moins complet des plans d'application proposés. Parmi les circonstances exceptionnelles et les obstacles à la pleine application du RSI évoqués par des États Parties dans leur demande figuraient notamment les suivants : temps insuffisant à disposition ; questions financières, économiques ou de santé publique (par exemple « *ressources qu'il fallait consacrer à des campagnes de vaccination de masse et à des différentes flambées en cours* ») ; pénurie de personnel ; situations d'urgence prolongées (par exemple « *situations d'urgence durables résultant de trois décennies de conflits* », « *importantes lacunes subsistant en matière d'infrastructure, de ressources humaines, de développement humain, d'éducation et de santé* ») ; questions de politique intérieure ou extérieure (par exemple « *crise militaire et politique sans précédent ayant désorganisé le plan socio-économique, le fonctionnement de l'administration et le système de soins à tous les niveaux d'application des activités* ») ; et catastrophes naturelles.

Conclusion 1

20. **Les efforts consentis pour acquérir, renforcer et maintenir les principales capacités prévues par le RSI doivent être considérés comme une activité permanente dans tous les pays.**

21. L'épidémie actuelle de maladie à virus Ebola illustre bien combien il est important de disposer aux niveaux national et local de fortes capacités de détection rapide, de riposte et de mise en place de mesures préventives pour endiguer une grave menace pour la santé publique. Parallèlement, elle fait ressortir la fragilité des systèmes de santé de certains pays ainsi que l'importance d'une démarche multisectorielle. Il est donc préoccupant qu'environ un tiers seulement des États Parties indiquent avoir satisfait aux dispositions concernant les principales capacités minimales.

22. En formulant ses conseils à l'intention du Directeur général, le Comité d'examen a jugé indispensable d'examiner, en matière d'application, où en sont arrivés tous les États Parties et pas seulement ceux qui ont demandé un deuxième délai supplémentaire. Le Comité formule à l'intention du Directeur général les recommandations suivantes :

Recommandation 1

23. ***Il convient de féliciter les États Parties qui ont indiqué avoir satisfait aux dispositions concernant les principales capacités minimales pour les efforts considérables qu'ils ont déployés.*** *Parallèlement il faut leur rappeler que l'application du RSI est un processus dynamique permanent qui doit constamment être évalué, maintenu et renforcé selon les besoins. Ils doivent être instamment invités à poursuivre leurs efforts pour maintenir et renforcer leurs principales capacités et à envisager d'apporter un appui à d'autres États Parties confrontés à des obstacles techniques, financiers, politiques ou autres dans la mise en place de leurs principales capacités.*

Recommandation 2

24. ***Il convient d'accorder à tous les États Parties qui l'ont demandé (ou qui le feront ultérieurement) un deuxième délai supplémentaire pour 2014-2016.*** *En leur accordant ce délai supplémentaire, le Directeur général devrait préciser si la demande est accompagnée d'un plan d'application répondant de manière satisfaisante aux critères pour l'obtention d'un délai supplémentaire notés par la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé. En communiquant avec l'État Partie concerné, le Directeur général peut aussi tenir compte d'autres informations pertinentes relatives à ses principales capacités. La communication du Directeur général avec l'État Partie peut également être utilisée par le bureau régional et le bureau de l'OMS dans le pays concerné pour collaborer avec l'État Partie et, le cas échéant, servir de base à la définition de priorités, à l'établissement des prochaines étapes et à la mobilisation de ressources. L'OMS (au Siège, au niveau régional et dans les pays) devrait continuer à contribuer, selon les besoins, aux efforts consentis par ces pays pour mettre en place leurs principales capacités.*

Recommandation 3

25. ***Il convient de rappeler aux États Parties qui n'ont pas encore communiqué leurs intentions à l'OMS l'importance de la transparence*** *tant en ce qui concerne la lettre que l'esprit du Règlement. Ces Parties représentent probablement un groupe hétérogène comprenant à la fois des États qui satisfont aux règles concernant les principales capacités mais n'ont pas soumis de rapport à cet effet et d'autres qui n'ont fait que des progrès limités. L'OMS devrait s'efforcer à nouveau de prendre contact avec ces États Parties, de leur offrir son aide et de leur donner l'occasion de demander un délai supplémentaire s'il est nécessaire ou d'indiquer qu'ils satisfont aux dispositions minimales en vertu de l'annexe 1 du RSI, et qu'un délai supplémentaire n'est de ce fait pas nécessaire.*

Recommandation 4

26. ***Les États Parties, les parties prenantes et les donateurs devraient être encouragés à apporter l'aide technique et financière nécessaire.*** *Les États Parties devraient être encouragés à utiliser les lignes directrices et les outils que l'OMS a élaborés ou pourrait élaborer à l'avenir à l'appui de l'application du RSI.*

Mesures à court terme visant à accélérer l'application du RSI

27. Le Comité a examiné les moyens d'apporter de nouvelles améliorations au cours de la période du délai supplémentaire. On a estimé que tous les points focaux nationaux n'avaient pas les moyens d'action nécessaires et qu'ils devaient être bien placés dans le système de santé publique, jouir d'un niveau hiérarchique suffisamment élevé et se trouver proches du lieu où les décisions sont prises, surtout dans les situations d'urgence.

28. Les services de laboratoire et les systèmes de surveillance devraient être mieux reliés pour améliorer la surveillance intégrée. L'épidémie de maladie virus Ebola et d'autres événements ont bien démontré combien il est important de disposer et d'utiliser des capacités et des réseaux de santé publique pendant une situation d'urgence. On devrait renforcer la capacité diagnostique des laboratoires de niveau national et de niveau intermédiaire en les reliant aux réseaux de surveillance, en particulier ceux liés aux centres de santé, ainsi que par l'assurance de la qualité, par des programmes de contrôle de la qualité et par une gestion des risques biologiques.

29. Les capacités de surveillance multisectorielle aux niveaux local et communautaire devraient être renforcées en associant des agents qualifiés aux cliniciens, l'intégration des systèmes de surveillance des maladies transmissibles et autres dangers devrait être favorisée, et des systèmes d'alerte précoces et d'intervention devraient être mis en place là où on en a besoin.

30. On peut faire davantage pour renforcer la gestion des données en ce qui concerne aussi bien les laboratoires que la surveillance épidémiologique. Les problèmes en matière de gestion des données sont notamment les suivants : difficulté de traiter des données multiples provenant de sources différentes ; absence de données notifiées concernant certaines zones ; carence en matière de normes pour la gestion de données ; et corrélation insuffisante entre les séries de données. La collecte de données au niveau communautaire laisse à désirer dans beaucoup de flambées épidémiques. Les examens les concernant aux niveaux local et national devraient être encouragés et l'OMS devrait faciliter des méta-évaluations des 20 dernières flambées majeures pour dégager des orientations fondées sur des bases factuelles.

31. En matière d'application du RSI, l'une des difficultés majeures concerne le renforcement des principales capacités aux points d'entrée, notamment pour ce qui est de la surveillance, de la préparation et de la capacité de riposte. La maladie à virus Ebola a démontré l'importance que revêt l'application de capacités de niveau adéquat dans les aéroports, les ports et les points de passage terrestre désignés. Les approches ou les outils intégrant la démographie, l'émigration, la charge de morbidité, l'interface entre l'homme et l'animal, les centres de transport, le volume de trafic aérien, etc. dans des applications sur le Web pourraient contribuer à l'évaluation des risques. La détermination des points d'entrée internationaux à haut risque de propagation des maladies permettrait de faciliter l'établissement d'un ordre de priorité pour l'application des capacités aux points d'entrée sur une base plus scientifique. Dans le contexte de l'épidémie de maladie à virus Ebola, le dépistage à la sortie peut être utilisé pour la sécurité et le dépistage à l'entrée comme moyen d'éducation, de sensibilisation et de suivi. Il a été souligné que la coopération transfrontalière pour la cartographie des risques, la surveillance et les ripostes coordonnées aux maladies et aux événements joue un rôle critique.

32. Toujours dans cette épidémie, les mesures de santé publique qui ont des répercussions sur les voyages et les échanges commerciaux soulèvent des problèmes complexes et difficiles qui doivent être examinés avec la plus grande attention. Un examen qui peut être effectué par un groupe technique spécial et/ou une analyse d'évaluation en bonne et due forme s'impose pour déterminer les leçons à tirer de l'expérience récente et évaluer, du point de vue de la santé publique et du point de vue plus large des effets sociaux et économiques, les solutions qui donnent ou ne donnent pas des résultats concluants, et les raisons des succès et des échecs enregistrés. Aux niveaux technique et politique, les mesures supplémentaires prises par les pays qui s'écartent des recommandations provisoires du Directeur général de l'OMS dans les urgences de santé publique de portée internationale constituent un problème particulier (par exemple dans le cas de la maladie à virus Ebola, les interdictions globales de déplacement ne prévoyant pas d'exceptions sont des mesures qui vont plus loin que les recommandations provisoires). Les États Parties peuvent appliquer de telles mesures mais uniquement dans les conditions fixées à l'article 43 du Règlement. Un État Partie affecté par une mesure supplémentaire peut demander des consultations avec l'État Partie qui prend la mesure afin de trouver une solution mutuellement acceptable (article 43 paragraphe 7 du Règlement). En outre, l'OMS peut et doit chercher à connaître les raisons de santé publique justifiant la prise de mesures supplémentaires et échanger ces données avec les autres pays. Lorsqu'aucune justification n'est fournie, il devrait en être fait état, par exemple dans le site d'information concernant l'événement.

33. La santé et la sécurité des agents de santé en première ligne lors d'une flambée épidémique ou d'autres événements de santé publique ont été jugées indispensables. Une approche essentielle pour la protection est la formation ; on a constaté lors de flambées récentes que là où les agents de santé avaient reçu une bonne formation, les cas d'infection parmi eux étaient moins nombreux. Il est également important de rendre les agents de santé plus confiants et de fournir les effectifs suffisants en apportant le soutien voulu, par exemple par l'assurance-maladie et le versement régulier des salaires. Au cours de la récente épidémie de maladie à virus Ebola, le Comité d'examen a reconnu l'héroïsme dont avaient fait preuve de nombreux soignants en première ligne travaillant souvent dans les conditions les plus difficiles et, dans bien des cas, intervenant au péril de leur vie.

Recommandation 5

34. ***Le Comité recommande aux États Parties :***

a) *d'examiner et, le cas échéant, de renforcer les points focaux nationaux en leur donnant les moyens d'exercer de manière efficace les fonctions essentielles du RSI, de faciliter la prise de décisions et d'apporter un appui de haut niveau à la communication et à la coopération multisectorielle ;*

b) *d'appuyer la formation d'équipes multidisciplinaires pour les enquêtes sur les flambées et la riposte, dotées notamment, le cas échéant, d'une expertise en santé animale ;*

c) *de privilégier une démarche pratique dans laquelle la coopération entre les pays fournit des solutions applicables et durables pour la surveillance, les laboratoires et les autres capacités dans les petits États insulaires et autres ;*

d) *d'utiliser une approche d'évaluation des risques pour prioriser les menaces pour la santé publique et les carences en matière de capacités et de définir les points d'entrée prioritaires pour la désignation et le renforcement des capacités ; et*

e) *de rendre les agents de santé plus confiants en prenant des mesures politiques favorisant la protection et le respect de leurs droits.*

Recommandation 6

35. ***Le Comité recommande aussi au Directeur général d'envisager la constitution de groupes de travail techniques chargés :***

a) *de renforcer les capacités et les pratiques en matière de gestion des données ; et*

b) *d'examiner les leçons tirées de l'expérience actuelle et antérieure des mesures de santé publique qui ont eu des répercussions dommageables pour les voyages, les transports et le commerce.*

Engagement à plus long terme en faveur du RSI pour prévenir la propagation internationale des menaces pour la santé publique

36. Le RSI (2005) a été mis à l'épreuve à plusieurs reprises ces dernières années à la suite de l'émergence et de la réémergence constantes de maladies infectieuses comme la grippe, la poliomyélite, MERS-CoV et la maladie à virus Ebola – dans la plupart des cas des zoonoses (c'est-à-dire des

maladies infectant à la fois l'homme et l'animal) –, ce qui souligne l'utilité d'une démarche s'inspirant du principe « Un monde, une santé ». Les effets dommageables potentiels liés aux menaces radiologiques et chimiques sont un autre sujet de préoccupation contribuant à une complexité croissante d'un monde qui continuera d'être confronté à un éventail de menaces diverses pour la santé et le bien-être. Il est donc indispensable que le RSI soit considéré, et utilisé, comme un outil essentiel contribuant à la sécurité sanitaire mondiale.

37. Pour les États Parties, le RSI (2005) est un instrument appelé à rester longtemps en vigueur : « En décidant de ne pas limiter l'application du RSI 2005 à certaines maladies, l'idée était de préserver la pertinence et l'applicabilité du Règlement pour de nombreuses années en dépit de l'évolution continue des maladies et des facteurs qui conditionnent leur apparition et leur transmission ».[1]

38. Dans ce contexte, le Comité a examiné l'acquisition à plus long terme des principales capacités prévues par le RSI et l'engagement en leur faveur. Il a relevé que les principes et les thèmes essentiels du Règlement constituent une base importante sur laquelle une approche à long terme peut être érigée :

- Le RSI reconnaît l'interdépendance entre les pays en ce qui concerne aussi bien les menaces pour la santé publique que les capacités des pays d'y faire face.

- Le RSI offre un cadre fondé sur les risques qui reconnaît la nature différente des diverses menaces et des mesures qu'elles appellent.

- La proportionnalité est une considération importante qui peut s'appliquer au renforcement des capacités (par exemple les capacités des petits États insulaires en développement ne rivaliseront jamais avec celles de grands pays), ainsi qu'aux mesures de riposte qui doivent être en rapport avec les risques pour la santé publique et se limiter à ces risques.

- L'application du Règlement doit être « … guidée par le souci de son application universelle en vue de protéger l'ensemble de la population mondiale de la propagation internationale des maladies … ».[2]

Méthodologies pour l'acquisition à court terme et à long terme des capacités prévues par le RSI

39. Pour guider les pays vers un instrument plus fonctionnel, il est indispensable de disposer de meilleures informations sur la solidité des principales capacités des États Parties. Ceux-ci présentent actuellement un rapport de situation sur l'application du Règlement au moyen d'une autoévaluation facilitée par les instruments de collecte de données et les outils d'appui de l'OMS. Le Comité a examiné les avantages et les inconvénients de démarches fondées sur une liste de base de méthodologies permettant de mieux évaluer la qualité et la fonctionnalité. Les options examinées sont notamment l'autoévaluation, l'évaluation indépendante volontaire, l'examen par les pairs et la certification.

40. L'examen systématique des ripostes des États Parties ou des Régions face aux flambées de maladies et aux autres événements de santé publique offre un autre moyen d'évaluer les capacités de manière plus intégrée et peut-être plus utile. On a relevé qu'il n'y a pas actuellement en place de

[1] Voir l'avant-propos du Règlement sanitaire international (2005), deuxième édition.

[2] Voir l'article 3, paragraphe 3 du RSI.

procédures ni de systèmes pour institutionnaliser la collecte et la diffusion des observations et des « enseignements à tirer ».

Conclusion 2

41. **L'application du RSI doit maintenant aller au-delà de « simples listes de vérification de l'application » et adopter une démarche plus active pour l'évaluation périodique des capacités fonctionnelles.**

42. Le Comité d'examen a noté que l'application du « cadre théorique » du RSI a désormais subi l'épreuve de la réalité des menaces pour la santé publique et des écarts entre les capacités et les ressources des États Parties pour y faire face. À la lumière de cette expérience, l'application du RSI devrait aller au-delà de simples « listes de vérification de l'application » et adopter une démarche plus active pour l'évaluation périodique des capacités fonctionnelles, ce qui supposera l'élaboration minutieuse d'une « feuille de route » avec un engagement régional aux côtés des États Parties pour arriver à des améliorations.

Recommandation 7

43. ***Le Comité d'examen recommande que le Directeur général envisage différentes approches pour l'évaluation à court et à long terme et l'acquisition des principales capacités prévues par le RSI comme suit :***

> *Les États Parties devraient d'urgence : i) renforcer le système actuel d'autoévaluation (par exemple si cela n'a pas encore été fait, les rapports d'autoévaluation et la planification devraient être renforcés par des discussions multisectorielles avec l'ensemble des parties prenantes) ; et ii) entreprendre des examens approfondis des flambées de maladies et d'événements de santé publique importants. On devrait ainsi favoriser une démarche plus scientifique ou fondée sur des bases factuelles pour évaluer les principales capacités dans des conditions réelles. Parallèlement, le Secrétariat devrait promouvoir une série d'évaluations ou de méta-évaluations formelles régionales des examens de flambées, dirigées par les bureaux régionaux, pour faciliter l'échange des connaissances entre les Régions et tirer les enseignements voulus aux fins de la programmation ultérieure du RSI.*
>
> *Parallèlement et dans une optique à plus long terme, le Secrétariat devrait mettre au point, par le biais de mécanismes de consultation régionale, des options permettant de passer d'une autoévaluation exclusive à des formules associant l'autoévaluation, l'examen par les pairs et l'évaluation extérieure volontaire faisant intervenir un groupe mixte d'experts intérieurs et indépendants. Ces formules supplémentaires devraient notamment envisager les aspects stratégiques et opérationnels du RSI comme la nécessité d'un engagement politique de haut niveau et d'une collaboration à l'échelle du gouvernement dans son ensemble ou multisectorielle. Tout nouveau plan de suivi et d'évaluation devrait être élaboré avec la participation active des bureaux régionaux de l'OMS, puis soumis à l'ensemble des États Parties par l'intermédiaire des organes directeurs.*

44. Ces informations axées sur les résultats devront être complétées par des informations de sensibilisation démontrant aux États Parties, et surtout aux donateurs potentiels, l'utilité d'un renforcement de l'appui au RSI après 2016. Un exemple de ce matériel de sensibilisation potentiel serait l'analyse économique des coûts des événements de santé publique internationale comme le SRAS, la grippe aviaire, MERS-CoV, la maladie à virus Ebola, etc., et les avantages découlant du maintien et du renforcement des principales capacités prévues par le RSI.

Recommandation 8

45. ***Un plan complet priorisé en plusieurs phases pour l'application et le maintien continus du RSI visant à orienter l'acquisition des capacités à plus long terme devrait être élaboré sur la base des résultats des consultations, études analytiques et analyses susmentionnées.*** *Un tel plan devrait être à la fois réaliste et incitatif et tenir compte des écarts importants entre les capacités et les ressources des différents États Parties. On devrait envisager de définir les principales capacités de base qui devraient être mises en place dans tous les pays.*

Ressources nécessaires

46. L'acquisition et le maintien des principales capacités appellent des ressources financières et humaines considérables et durables pour les États Parties. Comme l'a relevé le Comité d'urgence du RSI concernant la flambée de maladie à virus Ebola, ce qui est particulièrement préoccupant c'est la fragilité des systèmes de santé et des autres secteurs pertinents nécessaires pour assurer une riposte multisectorielle dans certains pays « avec des manques importants de ressources humaines, financières et matérielles, ce qui compromet leur capacité à mettre sur pied une riposte adéquate contre la flambée ».[1]

47. Dans certains cas, les États Parties ne peuvent fournir à eux seuls les ressources nécessaires pour acquérir et maintenir les principales capacités et offrir en même temps une riposte renforcée en cas d'urgence de santé publique de portée internationale. Le secteur privé a un rôle d'appui important à jouer et le Comité d'examen a souligné qu'il est dans son intérêt d'apporter une contribution à la préparation et à la riposte. Les maladies infectieuses et les autres événements de santé publique peuvent avoir des conséquences économiques directes et indirectes considérables pour le secteur privé (pour les échanges commerciaux, les voyages, le tourisme, les divertissements et les sports, par exemple), ainsi que pour les pays directement touchés.

48. Des pays et des entités intergouvernementales et non gouvernementales dotés de moyens suffisants ont apporté des contributions importantes (financières, techniques, en fournitures/matériel et en personnel) à la suite de l'épidémie de maladie à virus Ebola. Mais la mobilisation de ces ressources a pris beaucoup de temps et a nécessité des efforts considérables. À cet égard, on a relevé que le Comité d'examen sur le fonctionnement du RSI (2005) eu égard à la grippe pandémique A(H1N1) 2009 a formulé deux recommandations pertinentes, à savoir : 1) constituer au niveau mondial une réserve plus importante de personnels de santé publique ; et 2) créer un fonds de réserve pour les urgences de santé publique.[2] Les progrès accomplis dans la mise en œuvre de ces recommandations se sont limités à la création du Fonds africain pour les urgences de santé publique. Il est urgent que les États Parties apportent leur soutien, notamment par l'intermédiaire des organes directeurs de l'OMS.

49. Le Comité a insisté à nouveau sur les conclusions auxquelles est parvenu le Comité d'examen sur le fonctionnement du RSI eu égard à la grippe pandémique A(H1N1) en mai 2011, à savoir qu'« actuellement, la capacité de l'OMS à préparer et mener une action prolongée en cas d'urgence de santé publique, quelle qu'elle soit, est sérieusement limitée par les déficits chroniques de financement, qui sont aggravés par les restrictions à l'utilisation des fonds imposées par les États Membres, les partenaires et d'autres donateurs ».[3]

---

[1] Déclaration de la première réunion du Comité d'urgence du RSI sur la flambée de maladie à virus Ebola en 2014 en Afrique de l'Ouest, disponible sur http//:www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-20140808/fr/.

[2] Voir http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-fr.pdf.

[3] Ibid.

Recommandation 9

50. ***Le Comité d'examen recommande au Directeur général d'encourager le dialogue entre les États Parties et les partenaires des secteurs public et privé, notamment les grandes ONG, afin d'améliorer la coopération et l'assistance, afin :***

a) *d'obtenir un appui pour l'acquisition et le maintien durables de capacités nationales à long terme, plus particulièrement dans les pays demandant un délai supplémentaire ou confrontés à des lacunes significatives en matière de capacités ;*

b) *de créer un fonds pour la riposte tel qu'il a été recommandé par le premier Comité d'examen, qui serait utilisé en cas d'urgence de santé publique de portée internationale et qui serait directement disponible en cas d'événements futurs ; et*

c) *de constituer au niveau mondial une réserve plus importante de personnels de santé publique pouvant être mobilisés dans le cadre d'une riposte durable à une urgence de santé publique de portée internationale.*

Recommandation 10

51. ***Le Comité d'examen encourage les États Parties à aider l'OMS en lui apportant des ressources financières et humaines*** *en vue de la préparation aux urgences de santé publique de portée internationale et pendant de telles urgences.*

Appendice I

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

13-14 novembre 2014

MEMBRES DU COMITÉ D'EXAMEN

Dr Ximena AGUILERA
Directeur du Centre d'épidémiologie et de politique de santé
Faculté de médecine
Universidad del Desarrollo
Santiago
Chili

Dr Idris AL-ABAIDANI
Directeur
Département des maladies transmissibles
Surveillance et lutte
Direction générale des affaires sanitaires
Ministère de la santé (Siège)
P.O.Box 393 Pin Code 100
Mascate
Oman

Dr Martin CETRON
Director, Division of Global Migration and Quarantine
National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases
Centers for Disease Control and Prevention
Atlanta
États-Unis d'Amérique

M. Andrew FORSYTH
Team Leader
Public Health Legislation
Public Health Group
Ministry of Health
Wellington
Nouvelle-Zélande

Dr Stela GHEORGHITA
Département d'épidémiologie des maladies transmissibles
Centre national de santé publique
Chisinau
République de Moldova

Professeur Didier HOUSSIN
Président de l'Agence nationale d'évaluation de la recherche
et de l'enseignement supérieur
Paris
France

Dr Hayat KHOGALI
Directeur des Départements Épidémies et Zoonoses
Ministère fédéral de la santé
Khartoum
Soudan

Professeur Abdulsalami NASIDI
Director
Nigeria Centre for Disease Control
Abuja
Nigéria

Dr Kazunori OISHI
Directeur
Centre de surveillance des maladies infectieuses
Institut national des maladies infectieuses
Tokyo
Japon

M. Graham RADY
Monitoring and Evaluation Consultant
Canberra
Australie

Professeur Petri RUUTU
Département des maladies infectieuses, surveillance et lutte
Institut national de la santé et du bien-être
Helsinki
Finlande

Professeur Kuku VOYI
Professor for Environmental and Occupational Health
University of Pretoria
Pretoria
Afrique du Sud

Dr Somsak WATTANASRI
Consultant principal
Bureau d'épidémiologie
Département de la lutte contre les maladies
Ministère de la santé publique
Nontaburi
Thaïlande

Appendice II

Ordre du jour

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

Salle du Conseil exécutif de l'OMS

13 novembre 2014

09 h 00-09 h 30	Allocution de bienvenue et observations liminaires *Directeur général* *Sous-Directeur général*
09 h 30-09 h 40	Présentation du mandat du Comité, indépendance du Comité et confidentialité des débats *Bureau du Conseil juridique*
09 h 40-10 h 00	Élection du président, du vice-président et du rapporteur *Sous-Directeur général* Observations liminaires du Président et adoption de l'ordre du jour Méthode de travail du Comité d'examen *Président du Comité d'examen*
10 h 00-10 h 20	Exposé : vue d'ensemble du RSI, dispositions relatives aux principales capacités, délai initial et délais supplémentaires *Directeur, Département Capacités mondiales, alerte et action*
10 h 20-12 h 30	Déclarations d'États Parties et d'organisations invitées devant le Comité d'examen
12 h 30-13 h 30	**Déjeuner**
13 h 30-15 h 45	Séance de travail sur le deuxième délai supplémentaire, mesures à court terme visant à accélérer les progrès de l'application du RSI, le RSI après 2016
15 h 45-16 h 00	**Pause**
16 h 00-18 h 30	Séance de travail sur le deuxième délai supplémentaire, mesures à court terme visant à accélérer les progrès de l'application du RSI, le RSI après 2016
19 h 00-20 h 00	**Réception : cafétéria principale du Siège de l'OMS**

14 novembre 2014

09 h 00-11 h 00	Séance de travail : délibérations sur la décision d'accorder le deuxième délai supplémentaire, mesures à court terme visant à accélérer les progrès de l'application du RSI, le RSI après 2016
11 h 00-11 h 20	**Pause**
11 h 20-12 h 30	Résumé des débats à l'intention des États Parties et des organisations invitées

Appendice III

Informations communiquées conformément à la politique sur les déclarations d'intérêts (experts de l'OMS)

Professeur Kuku VOYI

Le Professeur Voyi a déclaré qu'elle forme des « fellows » OMS sur l'application du RSI dans les pays au Centre de formation continue de l'Université de Pretoria et qu'elle perçoit à ce titre une rémunération considérée dans la politique de l'OMS sur les déclarations d'intérêts concernant les experts comme un montant potentiellement significatif (c'est-à-dire dépassant US $5000).

Professeur Petri RUUTU

Le Professeur Ruutu a déclaré exercer des activités de consultant dans les domaines de l'élaboration de la législation finlandaise sur les maladies transmissibles, du Programme mondial de sécurité sanitaire et de l'évaluation de la lutte contre les maladies transmissibles dans les États Membres candidats à l'Union européenne. Il perçoit à ce titre une rémunération considérée comme un montant potentiellement significatif au sens de la politique de l'OMS sur les déclarations d'intérêts concernant les experts, c'est-à-dire dépassant US $5000.

L'OMS estime approprié de communiquer ces informations par souci de transparence, mais, de l'avis du Secrétariat, ces activités ne donnent pas lieu à un conflit d'intérêts, leur simple communication étant jugée suffisante.

Appendice IV

Biographies des membres du 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[1]

Président

Professeur Didier HOUSSIN, Président de l'Agence nationale d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur, Paris (France)

Le Professeur Didier Houssin est Président de l'Agence nationale d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES) à Paris. Il est également professeur de chirurgie à l'Université de Paris Descartes depuis 1988.

Le Professeur Houssin était auparavant Directeur général de la santé au Ministère français de la santé et délégué interministériel à la lutte contre la grippe pandémique. De 2003 à 2005, il a dirigé la politique médicale des hôpitaux universitaires de l'agglomération parisienne après avoir été, pendant huit ans, Directeur général de l'Établissement français des greffes.

Récemment, le Professeur Houssin a consacré la plus grande partie de son temps à la sécurité sanitaire, à la santé publique, à la formation des professionnels de santé, à l'enseignement supérieur et à l'évaluation de la recherche. Il est actuellement Président du Conseil d'administration de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) en France.

Le Professeur Houssin a représenté la France à l'Assemblée mondiale de la Santé et a été membre du Conseil exécutif de 2005 à 2011. En 2013-2014, il a présidé le groupe de travail d'experts techniques de l'OMS chargé de la question des données sur les séquences génétiques pour la préparation face à la grippe pandémique. De 2011 à 2013, il a présidé le Groupe consultatif sur le cadre de préparation en cas de grippe pandémique dont il est encore membre. En 2014, il a été consultant individuel du Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale sur l'évaluation des fonctions essentielles de santé publique au niveau des pays.

Vice-Président

Dr Ximena AGUILERA, Directeur, Centre d'épidémiologie et de politique de santé, Faculté de médecine, Universidad del Desarrollo, Santiago (Chili)

Le Dr Ximena Aguilera dirige actuellement le Centre d'épidémiologie et de politique de santé publique à la Faculté de médecine de l'Universidad del Desarrollo au Chili. Elle est également Vice-Président de la Société chilienne de santé publique et membre de la Société chilienne des maladies infectieuses et de la Société chilienne d'épidémiologie.

Spécialisée en santé publique, épidémiologie et santé mondiale, le Dr Aguilera était auparavant conseiller principal sur les maladies transmissibles à l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). Avant cela, elle a dirigé la Division de la planification sanitaire et le Département d'épidémiologie du

[1] Le contenu et la publication des biographies ont été approuvés par les membres du Comité d'examen.

Ministère chilien de la santé (1999-2008). Elle a également été responsable de l'application du RSI au Chili.

Le Dr Aguilera a été consultant à l'OMS et a participé activement en tant qu'expert de l'OMS à plusieurs réunions internationales sur le SRAS, la préparation à la grippe pandémique, l'éradication et l'élimination des maladies transmissibles ainsi que l'application du RSI (2005).

Rapporteur

M. Andrew FORSYTH, Team Leader, Public Health Group, Ministry of Health, Wellington (Nouvelle-Zélande)

Andrew Forsyth, BA (Hons), Diploma of Public Health, occupe les fonctions de Team Leader, Public Health Legislation and Policy, au Ministère néo-zélandais de la santé. À ce titre, il dirige actuellement la mise au point du projet de loi sur la sécurité radiologique et du projet d'amendement de la loi sur la protection de la santé dont le Parlement néo-zélandais a été saisi en juillet 2014.

M. Forsyth a plus de 20 ans d'expérience au Ministère néo-zélandais de la santé dans les domaines du développement des ressources humaines et de la salubrité de l'environnement. Plus récemment, il a dirigé la mise au point de la législation sur l'eau potable, le programme national de dépistage du cancer du col, et entrepris une révision majeure de la loi fondamentale néo-zélandaise de santé publique (la Health Act de 1956).

Actuellement, il s'occupe de la mise au point et de l'application de la législation de santé publique. Il a également participé aux ripostes des autorités à une série de menaces aiguës pour la santé publique, notamment le SRAS en 2003, la grippe pandémique en 2009 et le séisme de Canterbury en 2011, ainsi qu'aux activités de préparation face à la menace de la maladie à virus Ebola qui se poursuivent.

M. Forsyth a participé aux négociations intergouvernementales sur l'élaboration du Règlement sanitaire international en 2004 et 2005. Depuis, il a exercé plusieurs fonctions de conseiller et de consultant de l'OMS concernant l'application du RSI et la stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique, principalement dans la Région du Pacifique occidental. En 2010, il a été membre du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A(H1N1) 2009.

Membres

Dr Idris AL-ABAIDANI, Directeur, Département des maladies transmissibles, Direction générale de la surveillance et de la lutte, Ministère de la santé, Mascate (Oman)

Le Dr Idris Al-Abaidani est Directeur du Département des maladies transmissibles, surveillance et lutte, au Ministère de la santé de l'Oman.

À ce titre, il est responsable du programme élargi de vaccination, de l'éradication nationale de la poliomyélite et du programme d'élimination de la rougeole et de la rubéole. Le Dr Al-Abaidani est également point focal national RSI en chef et responsable de l'application du RSI en Oman. Il est notamment spécialisé dans la formation pour la gestion des flambées aux niveaux régional et national, et a participé à plusieurs études épidémiologiques et opérationnelles.

Le Dr Al-Abaidani est rapporteur du Comité national des maladies transmissibles et du Groupe consultatif technique national sur les vaccinations, Coprésident du comité d'experts nationaux sur la poliomyélite et membre des comités nationaux sur la pandémie (H1N1) 2009, MERs-CoV et la maladie à virus Ebola.

Le Dr Al-Abaidani a participé à la publication sur les maladies transmissibles en Oman à l'horizon 2050, au plan stratégique sur les maladies transmissibles, au plan de préparation aux épidémies, aux plans de préparation et de riposte à MERs-CoV et à la maladie à virus Ebola, au plan de préparation et de déploiement concernant la grippe pandémique, ainsi qu'aux lignes directrices de l'OMS sur la surveillance des événements.

Le Dr Al-Abaidani a participé activement à plusieurs réunions et stages de formation internationaux organisés par l'OMS en qualité de conseiller, notamment à des ateliers de formation sur la préparation d'urgence et la riposte au virus H7N9. Il est également membre du comité national sur les zoonoses et du comité national de médecine et de santé publique ainsi que du comité d'application du RSI. Il est actuellement membre de l'équipe nationale chargée de la préparation et de la riposte face à la maladie à virus Ebola.

Dr Martin CETRON, Director, Division of Global Migration and Quarantine, National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta (États-Unis d'Amérique)

Le Dr Martin Cetron est Directeur de la Division of Global Migration and Quarantine (DGMQ), National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases, aux Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis d'Amérique.

Avant son arrivée à la DGMQ, il travaillait pour la Division des maladies parasitaires et des maladies respiratoires bactériennes aux CDC. Le Dr Cetron, qui est Commissioned Officer de l'U.S. Public Health Service, enseigne à la division des maladies infectieuses de l'Emory University School of Medicine ainsi qu'au Département d'épidémiologie de la Rollins School of Public Health.

Pendant plus de 20 ans, le Dr Cetron a entrepris des recherches épidémiologiques au niveau mondial, participé à l'élaboration de politiques sanitaires mondiales et conduit des enquêtes nationales et internationales sur les flambées, notamment des ripostes internationales d'urgence de haut niveau à des flambées de maladies infectieuses émergentes. Il a joué un rôle de premier plan dans la riposte des CDC à l'incident bioterroriste de 2001 où a été utilisé le bacille du charbon, à l'épidémie de SRAS en 2003, à la flambée d'orthopoxvirose simienne aux États-Unis en 2003, aux ouragans Katrina et Rita en 2005, à la pandémie de grippe A(H1N1) en 2009 et à la flambée actuelle de MERs-CoV. Dans le domaine de la recherche, il s'est intéressé avant tout aux problèmes de la santé mondiale et des migrations et plus particulièrement aux infections émergentes, aux maladies tropicales et aux maladies évitables par la vaccination dans les populations qui se déplacent.

Le Dr Cetron est actuellement membre des Comités d'urgence du RSI concernant la maladie à virus Ebola et MERs-CoV. Il a auparavant été membre du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A(H1N1) 2009 et a participé aux négociations intergouvernementales en vue de la révision du RSI en qualité de membre de la délégation des États-Unis.

Dr Stela GHEORGHITA, Département d'épidémiologie des maladies transmissibles, Centre national de santé publique, Chisinau (République de Moldova)

Le Dr Stela Gheorghita est Directeur adjoint du Centre national de santé publique de la République de Moldova. En tant que point focal national du RSI de la République de Moldova, elle est chargée de la coordination intersectorielle, de la surveillance des maladies transmissibles et de la riposte aux flambées, de la préparation aux pandémies ainsi que du suivi et de l'évaluation de l'application du RSI. Elle participe aussi activement au Groupe consultatif technique national sur les vaccinations et à la Commission d'experts en épidémiologie du Ministère moldave de la santé.

Le Dr Gheorghita participe activement à l'application du Règlement sanitaire international en République de Moldova depuis 2007. À ce titre, elle s'est tout spécialement occupée de la mise au point des documents juridiques nécessaires pour l'application du RSI. De 2002 à 2007, elle a dirigé la recherche dans le domaine de la surveillance des maladies à transmission vectorielle et de la lutte contre ces maladies au Centre national de santé publique.

Le Dr Gheorghita a précédemment participé à plusieurs cours de formation de l'OMS notamment le cours de santé publique et de gestion d'urgence (PHEM-EURO II), le cours sur le Règlement sanitaire international dans la pratique et le cours sur l'application du RSI. Elle a également été conseiller temporaire de l'OMS dans le cadre des groupes de travail sur l'alerte précoce et la surveillance des événements ainsi que sur l'évaluation rapide des risques d'événements aigus de santé publique.

Dr Hayat KHOGALI, Directeur des Départements épidémies et zoonoses, Ministère fédéral de la santé, Khartoum (Soudan)

Le Dr Hayat Khogali est Directeur du Programme national épidémiologie et zoonoses au Ministère fédéral de la santé soudanais. Elle est également point focal national RSI du Soudan et responsable de de la détection des flambées et de la riposte dans le cadre de la surveillance nationale.

Auparavant, le Dr Khogali a dirigé le Département d'épidémiologie à l'Institut de santé publique du Ministère de la santé. De 2007 à 2011, elle a dirigé le Département d'épidémiologie au Ministère de la santé de l'État de Khartoum. Avant cela, elle était responsable des enquêtes sur les flambées et de la lutte contre les flambées, ainsi que de la surveillance de l'équipe de lutte contre les flambées de diarrhée aqueuse aiguë dans l'État de Khartoum au Département d'épidémiologie du Ministère de la santé.

Le Dr Khogali est professeur assistant à l'École de médecine du Collège des sciences médicales de Khartoum depuis 2008. Son expérience professionnelle s'étend à la surveillance épidémiologique et aux enquêtes sur les flambées, plus particulièrement en ce qui concerne la surveillance des zoonoses, la riposte aux zoonoses, l'éducation pour la santé et l'application de mesures de santé publique dans les situations d'urgence et les crises humanitaires.

Elle a participé à différents comités notamment le comité national de riposte aux situations d'urgence et d'enquête sur les flambées, le Comité d'État de haut niveau pour la riposte aux situations d'urgence et la gestion des catastrophes, le comité technique national de la surveillance des maladies transmissibles (préparation et lutte), le comité national sur l'application du RSI et le Comité de recherche technique pour l'examen et l'approbation de travaux de recherche quantitative et qualitative.

Le Dr Khogali a collaboré avec l'OMS a de nombreuses reprises. Elle a été conseiller temporaire OMS pour « l'application des principales capacités requises pour le Règlement sanitaire international

(2005) au Qatar et au Royaume du Bahreïn, et a participé à la mise au point définitive de différents manuels de surveillance de la grippe, de riposte aux flambées de méningite et de surveillance des événements. Elle a également animé de nombreux ateliers organisés par l'OMS.

Professeur Abdulsalami NASIDI, Director, Nigeria Centre for Disease Control, Abuja (Nigéria)

Le Professeur Abdulsalami Nasidi a plus de 36 ans d'expérience en tant que médecin dans les domaines de la santé publique, de la virologie et de la biotechnologie. Il est également professeur de virologie et de technologie.

Auparavant Senior Research Fellow au National Institute for Medical Research, Yaba (Lagos), le Dr Nasidi, est ensuite devenu chef du Federal Vaccine Production Laboratory, Yaba, fonction qu'il a occupée pendant sept ans. Nommé Chief Epidemiologist en 1991, il est devenu en 1996 Director of Special Duties au Ministère fédéral de la santé. En 2007, il a été nommé Directeur de la santé publique au Ministère de la santé. Premier Président du dispositif national de coordination du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, il a été responsable à ce titre de la mise au point de propositions ayant abouti à plus de US $680 millions de subventions aux programmes nigérians de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. Il a été nommé Président de la Presidential Task Force for Polio Eradication en 2008 qui a mis au point des stratégies ayant abouti à une réduction des cas de plus de 95 % et pratiquement à l'élimination du poliovirus sauvage circulant au Nigéria en 2010.

Le Dr Nasidi a également participé à la mise au point du vaccin contre l'hépatite B et l'anti-venin d'*Echis ocellatus* et de deux autres serpents venimeux au Nigéria. Il a publié plus de 50 articles dans des revues nationales et internationales et s'est vu décerner la distinction nationale d'Officer of the Order of the Niger (OON) par le Gouvernement nigérian en 2002. Professeur de virologie et de biotechnologie, il est actuellement Directeur de projet du Nigeria Center for Disease Control (NCDC).

Le Dr Nasidi a été reconnu par le Bureau régional OMS de l'Afrique pour son action en faveur de la mise sur pied d'institutions de santé publique dans la Région.

Dr Kazunori OISHI, Directeur du Centre de surveillance des maladies infectieuses à l'Institut national des maladies infectieuses, Tokyo (Japon)

Le Professeur Kazunori Oishi est actuellement Directeur du Centre de surveillance des maladies infectieuses à l'Institut national des maladies infectieuses du Japon.

De 2006 à 2012, le Professeur Oishi a été professeur chargé des maladies infectieuses au Centre de recherche international de l'Institut de recherche sur les maladies microbiennes à l'Université d'Osaka. De 1997 à 2005, il a été professeur associé au Département de médecine interne de l'Université de Nagasaki.

Le Professeur Oishi s'est surtout intéressé aux mesures contre l'émergence et la réémergence des maladies infectieuses au niveau mondial ainsi qu'au renforcement du programme national de surveillance des maladies infectieuses et du programme de vaccination au Japon.

Le Professeur Oishi préside le groupe de travail sur les vaccins des Sociétés japonaises des maladies respiratoires et infectieuses. Il est également membre du comité consultatif du Plan national sur la grippe pandémique et du comité national des maladies infectieuses.

En 2012, le Professeur Oishi a présidé la deuxième réunion du Groupe consultatif technique de la Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique du Bureau régional OMS du Pacifique occidental.

M. Graham RADY, Monitoring and Evaluation Consultant, Canberra (Australie)

M. Graham Rady est consultant indépendant dans les domaines du suivi et de l'évaluation.

De 2003 à 2014, il a été Senior Quality Adviser du Departement of Foreign Affairs and Trade (auparavant l'Australian Agency for International Development (AusAID)).

Il s'est intéressé particulièrement au suivi et à l'évaluation des programmes, projets et stratégies de développement, à la mise au point et à l'examen des systèmes d'information gestionnaire sur les résultats institutionnels et à la mise au point et à l'évaluation de nouveaux programmes ou projets de développement.

M. Rady n'occupe pas actuellement de poste professionnel. Il a été Coprésident, Secrétaire et Délégué de l'Association du personnel d'AusAID de 2001 à 2014 et Secrétaire du Papua New Guinea Rubber Board de 1982 à 1985.

De 2010 à 2014, il a été conseiller technique des Bureaux régionaux OMS du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est pour la Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique (APSED) et, à ce titre, a participé à différents groupes consultatifs techniques et réunions de groupes de travail spéciaux.

Professeur Petri RUUTU, Département des maladies infectieuses, surveillance et lutte, Institut national de la santé et du bien-être, Helsinki (Finlande)

Le Professeur Petri RUUTU est chercheur à l'Institut national de la santé et du bien-être et consultant chargé de la révision complète de la loi sur les maladies transmissibles, de l'initiative de sécurité sanitaire mondiale et de la santé des immigrés. Auparavant, il a dirigé le Département des maladies infectieuses, surveillance et lutte à l'Institut national de la santé et du bien-être en Finlande.

Le Professeur Ruutu a notamment été point focal national RSI de la Finlande de 2007 à 2013. Il a en outre coordonné les activités liées au RSI sur le plan national et assuré la liaison internationale. Avant cela, il a participé en tant que délégué et expert national à l'élaboration du RSI pendant les procédures de consultation de l'OMS pour la révision du Règlement et a appuyé son incorporation dans la législation nationale. Il a également été expert national chargé de coordonner la menace du bacille du charbon, ainsi que les activités concernant le SRAS et la grippe pandémique A(H1N1) 2009, notamment pour ce qui est de la planification de la préparation à la pandémie. De 1995 à 2013, il a dirigé les unités chargées d'appliquer la révision complète des systèmes de surveillance et de lutte concernant les maladies infectieuses en Finlande par la collaboration multisectorielle. Il a été consultant clinique sur les maladies infectieuses dans un hôpital universitaire de 1981 à 1995. Il a 25 ans d'expérience de la mise sur pied de moyens de surveillance d'infections graves et d'une infrastructure de vaccination sur le terrain à grande échelle dans les pays à faible revenu.

Le Professeur Ruutu a été expert consultant du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) chargé d'évaluer la surveillance et la lutte concernant les maladies transmissibles dans les États Membres candidats à l'adhésion à l'Union européenne. Il participe aussi comme

consultant à un projet de développement triennal financé par l'Union européenne sur le rôle que jouent les grands aéroports dans les pandémies et sur l'utilisation intentionnelle des microbes.

En 1988, le Professeur Ruutu a été consultant à court terme de l'OMS chargé de la mise au point du Programme de lutte contre les infections respiratoires aiguës au Myanmar.

Professeur Kuku VOYI, Professor for Environmental and Occupational Health, University of Pretoria, Pretoria (Afrique du Sud)

Le Professeur Kuku Voyi est actuellement Head of Environmental and Occupational Health à la Faculté des sciences de la santé de l'Université de Pretoria. Elle est également coordonnateur de recherches à la School of Health Systems and Public Health.

Le Professeur Voyi était auparavant Chairperson, School of Health Systems and Public Health à l'Université de Pretoria de 2004 à 2010. Elle a occupé plusieurs postes de président au South African Medical Research Board. Elle a également présidé l'International Management Team for the System-wide Initiative on Malaria and Agriculture de 2003 à 2006 et occupé plusieurs postes consultatifs notamment auprès de la National Environmental Health Research, de la National Research Foundation, du Technikon Research Development Programme on Pollutants and Toxins et du South African Bureau of Standards, Chemical and Biological Standards. Elle a été membre du conseil d'administration du Group for Environmental Monitoring de 2001 à 2005.

Le Professeur Voyi s'est surtout spécialisée en épidémiologie et évaluation de l'exposition aux risques liés à l'environnement et aux activités professionnelles. Elle est membre de la Society for Risk Analysis, de l'International Society for Environmental Epidemiology, du Global Asthma Network, de la Public Health Association of South Africa et de la National Association for Clean Air.

Le Professeur Voyi a occupé plusieurs postes auprès de l'Organisation mondiale de la Santé, notamment dans les Bureaux régionaux de l'Afrique et de l'Asie du Sud-Est. Elle a été expert thématique pour l'élaboration d'un cours d'application du RSI dans les domaines de la surveillance et de l'évaluation des risques. Enfin, elle a été membre en 2010 et 2011 du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A(H1N1) 2009.

Dr Somsak WATTANASRI, Consultant principal, Bureau d'épidémiologie, Département de la lutte contre la maladie, Ministère de la santé publique, Nontaburi (Thaïlande)

Le Dr Somsak Wattanasri est un ancien haut fonctionnaire occupant actuellement le poste de conseiller principal au Bureau d'épidémiologie du Ministère thaïlandais de la santé publique. Il est également chargé de cours et mentor en épidémiologie médicale (programme de formation à l'épidémiologie de terrain) et consultant du doyen de l'hôpital de Ramathibodi pour la lutte contre les infections nosocomiales.

Le Dr Wattanasri était auparavant expert principal en médecine préventive au Département de la lutte contre les maladies du Ministère de la santé, Directeur du Bureau d'épidémiologie et Directeur de la Division de la santé internationale. Il a dirigé l'élaboration du Plan d'action de l'ANASE concernant le renforcement des capacités épidémiologiques et a été le cofondateur du Programme international d'épidémiologie de terrain pour l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est.

Ses principaux domaines d'activités sont les systèmes d'information sanitaire, la surveillance des maladies infectieuses et la lutte contre ces maladies, la pédiatrie et la lutte contre les infections nosocomiales. Il est actuellement Président de l'Association centrale thaïlandaise des services de stérilisation.

Le Dr Wattanasri a été conseiller temporaire de l'OMS exerçant plusieurs mandats de consultant dans ses domaines d'expertise.

ANNEXE 2

PROJET DE RÉSOLUTION SUR LES RECOMMANDATIONS DU 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

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport du 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,[1]

RECOMMANDE à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

La Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

PP1 Ayant examiné le rapport du 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 ;

PP2 Rappelant aux États Membres leurs droits et obligations en vertu du Règlement sanitaire international (2005) et leurs responsabilités envers la communauté internationale ;

PP3 Rappelant le rapport final du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A(H1N1) 2009 transmis par le Directeur général à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé ;[2]

PP4 Reconnaissant la constitution d'un comité d'examen comme prévu aux articles 5 et 13 du Règlement sanitaire international (2005) et conformément aux dispositions du chapitre III du titre IX du Règlement ;

PP5 Se félicitant de la conclusion fructueuse des travaux du 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, de la façon dont son Président a exercé ses fonctions, de l'engagement manifesté par ses membres et de la présentation de son rapport au Directeur général pour communication à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé,

(OP1) 1. INVITE INSTAMMENT les États Membres à appuyer la mise en œuvre des recommandations contenues dans le rapport du 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 ;

[1] Document EB136/22 Add.1.

[2] Document A64/10.

(OP1) 2. PRIE le Directeur général :

1) de présenter un rapport de situation à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur la mise en œuvre des recommandations du 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 ;

2) d'apporter un soutien technique aux États Membres pour la mise en œuvre des recommandations du 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.

ANNEXE 3

RAPPORT SUR LES INCIDENCES FINANCIÈRES ET ADMINISTRATIVES QU'AURONT POUR LE SECRÉTARIAT LES RÉSOLUTIONS PROPOSÉES AU CONSEIL EXÉCUTIF POUR ADOPTION

1. Projet de résolution : Recommandations du 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

2. Lien avec le budget programme 2014-2015 (voir document A66/7 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_7-fr.pdf)

Catégorie : 5

Secteurs de programme : **5.1 et 5.2**

Réalisations :
5.1 Tous les pays ont, pour l'ensemble des risques, les principales capacités d'alerte et d'action requises à titre minimum par le Règlement sanitaire international (2005).
5.2 Tous les pays ont amélioré leurs capacités de renforcer leur résilience et d'acquérir une préparation appropriée afin d'intervenir de façon rapide, prévisible et efficace en cas d'épidémies ou de pandémies de grande ampleur.

Produits :
5.1.1 Les pays ont acquis les principales capacités requises par le Règlement sanitaire international (2005).
5.2.1 Les pays ont acquis la capacité d'élaborer et de mettre en œuvre des plans opérationnels, conformément aux recommandations de l'OMS sur le renforcement de la résilience et de la préparation au niveau national, portant sur la grippe pandémique et les maladies épidémiques et émergentes.

En quoi cette résolution contribue-t-elle à la réalisation/aux réalisations du/des secteur(s) de programme susmentionné(s) ?

Elle donnera un élan à l'application des recommandations du Comité d'examen.

Les produits ou services demandés dans cette résolution sont-ils déjà inscrits dans le budget programme ? (Oui/non)

Oui

3. Coût estimatif et incidences en termes de personnel par rapport au budget programme

a) Coût total

Indiquez i) la durée de la mise en œuvre des activités du Secrétariat demandées dans la résolution, et ii) le coût de ces activités (à US $10 000 près)

i) 1 an (couvrant l'année 2015) ;

ii) Total : US $2,1 millions (personnel : US $1,5 million ; activités : US $600 000).

b) Coût pour l'exercice 2014-2015

Indiquez la partie du coût indiqué au 3.a) qui correspond à l'exercice 2014-2015 (à US $10 000 près)

Total : US $2,1 millions (personnel : US $1,5 million ; activités : US $600 000)

Indiquez à quels niveaux de l'Organisation les dépenses seront encourues, en précisant les Régions, le cas échéant

Au Siège et dans les six Régions

Le coût estimatif est-il entièrement inclus dans le budget programme approuvé pour l'exercice 2014-2015 ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le montant qui n'est pas inclus

US $2,1 millions – les coûts ne sont actuellement pas prévus au budget programme 2014-2015 ; toutefois, les activités seront repriorisées dans le réseau de la catégorie et une place accrue pourra être demandée.

c) Incidences au plan du personnel

La résolution peut-elle être mise en œuvre par le personnel déjà en poste ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le personnel supplémentaire nécessaire – en équivalent plein temps –, en précisant dans quelles Régions et en indiquant les qualifications requises, le cas échéant

– un membre du personnel à temps complet de la classe P.4 pendant un an dans chacune des Régions ;
– un membre du personnel à temps complet de la classe P.4 pendant six mois au Siège.

4. Financement

Le coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 indiqué au 3.b) est-il entièrement financé ? (Oui/non)

Non

Si « non », indiquez le déficit de financement et comment les fonds seront mobilisés (précisez les sources de fonds escomptées)

US $2,1 millions ; source(s) de fonds : le déficit de financement sera comblé grâce à un effort de mobilisation des ressources coordonné à l'échelle de l'Organisation.

= = =