Organisation mondiale de la Santé

CONSEIL EXÉCUTIF
Cent trente-huitième session
Point 8.1 de l'ordre du jour provisoire

EB138/19
8 janvier 2016

Application du Règlement sanitaire international (2005)

Rapport du Directeur général

1. Conformément au paragraphe 1 de l'article 54 du Règlement sanitaire international (2005) 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 rapport rend compte des mesures prises par le Secrétariat dans le cadre du Règlement concernant l'action internationale menée en 2015 en réponse aux événements et aux urgences de santé publique, en particulier la maladie à virus Ebola, le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS), la poliomyélite et la grippe aviaire. Le rapport contient également des informations relatives à la convocation du 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, et des informations sur le premier amendement au Règlement sanitaire international (2005), qui concerne la vaccination contre la fièvre jaune.

PRINCIPAUX ÉVÉNEMENTS ET URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE EN 2015

2. Entre le 1er mars et le 15 octobre 2015, 161 événements de santé publique ont été enregistrés. Pendant cette période, l'OMS a diffusé sur le site d'information sur les événements destiné aux points focaux nationaux RSI 170 bulletins faisant le point de la situation concernant 48 événements de santé publique (y compris des bulletins sur les réunions du Comité d'urgence et des bulletins régionaux). La plupart de ces rapports actualisés concernaient la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, le MERS et la grippe aviaire chez l'homme.

Maladie à virus Ebola

3. Depuis qu'une urgence de santé publique de portée internationale a été déclarée en 2014, le Comité d'urgence du RSI concernant la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest s'est réuni huit fois. En octobre 2015, le Comité a noté que le Libéria avait été déclaré une seconde fois exempt de transmission de la maladie à virus Ebola, que l'incidence globale en Guinée et en Sierra Leone était inférieure à 10 cas par semaine et que la capitale de la Sierra Leone, Freetown, était exempte de transmission depuis plus de 42 jours. Le Comité a cependant relevé qu'il restait un risque de transmission puisque, notamment, on continuait à repérer des cas qui n'avaient pas été répertoriés comme des contacts, que les opérations de lutte se heurtaient à une résistance dans certaines zones et que des cas et des contacts se déplaçaient vers des zones d'où la maladie était absente. Le Comité a par ailleurs noté que dans un petit nombre de cas, on ne pouvait exclure la possibilité que l'infection ait

pour origine un virus provenant d'un sujet convalescent ; même si la persistance du virus était considérée comme limitée dans le temps, il fallait étudier plus avant ses conséquences. Estimant que la flambée constituait encore une urgence de santé publique de portée internationale, le Comité a proposé plusieurs recommandations temporaires, nouvelles ou révisées, au titre du Règlement sanitaire international (2005) ; le Directeur général a fait siens les avis du Comité et publié les recommandations temporaires.[1] Le rapport sur l'action de l'OMS dans les situations d'urgence graves de grande ampleur fournit des informations détaillées sur l'évolution de la flambée, la riposte et la situation actuelle.[2]

4. En juillet 2015, les experts indépendants qui avaient dressé le bilan de la riposte de l'OMS à l'épidémie d'Ebola ont publié le rapport du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola. Les recommandations portent sur l'examen du Règlement sanitaire international (2005), l'aptitude de l'OMS à répondre aux situations d'urgence, et le rôle et la coopération de l'OMS avec les systèmes sanitaires et humanitaires au sens large. Le rapport du groupe d'experts et la réponse que l'OMS y a faite figurent sur le site Web de l'OMS.[3]

5. Le 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, constitué et convoqué par le Directeur général en application de la décision WHA68(10) (2015), a tenu sa première réunion les 24 et 25 août 2015 et deux réunions intersessions du 5 au 9 octobre et du 9 au 13 novembre 2015. D'autres réunions intersessions sont prévues en décembre 2015 et février 2016. Le rapport de la première réunion du Comité d'examen ainsi que les rapports des deux réunions intersessions tenues jusqu'à présent peuvent être consultés sur le site Web de l'OMS.[4]

Syndrome respiratoire du Moyen-Orient

6. Le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) continue à circuler dans la péninsule arabique trois ans après avoir été identifié. En octobre 2015, 1600 cas d'infection par le MERS-CoV confirmés en laboratoire, parmi lesquels au moins 580 cas mortels, avaient été signalés à l'OMS dans 26 pays au Moyen-Orient, en Amérique du Nord, en Europe et en Asie. D'importantes flambées épidémiques se sont produites en milieu hospitalier en République de Corée entre mai et août 2015 et en Arabie saoudite en août 2015.

7. Depuis 2013, le Comité d'urgence du RSI sur le MERS s'est réuni à 10 reprises, la dernière fois en septembre 2015.[5] À sa dernière réunion, le Comité a estimé que la situation ne constituait pas une urgence de santé publique de portée internationale. Toutefois, le virus continue à se transmettre du chameau à l'homme et il y a des cas de transmission interhumaine en milieu médical. Les difficultés constatées sont notamment la non-déclaration des cas asymptomatiques ayant eu un résultat positif au test de dépistage du virus, l'échange insuffisant d'informations et la mauvaise application des mesures de lutte anti-infectieuse. Le Comité a souligné qu'aucune considération de santé publique ne justifiait

[1] Disponibles à l'adresse http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ihr-ebola-7th-meeting/fr/ (consulté le 8 décembre 2015).

[2] Document EB138/23.

[3] Disponible à l'adresse http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-panel-report/fr/ (consulté le 8 décembre 2015).

[4] Voir http://www.who.int/ihr/review-committee-2016/en/ (consulté le 8 décembre 2015).

[5] Voir http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ihr-emergency-committee-mers/fr/ (consulté le 8 décembre 2015).

de restreindre le commerce ou les voyages pour éviter la propagation du MERS et que le dépistage aux points d'entrée était considéré comme inutile. En revanche, il est vivement recommandé d'informer les voyageurs sur le MERS et ses symptômes, notamment dans le cadre du hadj.

Poliomyélite

8. Depuis qu'une urgence de santé publique de portée internationale a été déclarée le 5 mai 2014, le Comité d'urgence du RSI concernant la propagation internationale du poliovirus s'est réuni sept fois. En novembre 2015, il 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, qui appellent à cibler les mouvements de population de grande ampleur et à accroître la couverture vaccinale chez les réfugiés, les voyageurs et les populations transfrontalières. Le Comité a noté qu'aucun cas dû à un poliovirus sauvage n'avait été signalé en Afrique depuis août 2014, que les flambées régionales avaient été endiguées en Afrique centrale, dans la corne de l'Afrique et au Moyen-Orient, et que la couverture vaccinale avait augmenté au Pakistan. Toutefois, le Comité a constaté que le poliovirus continuait à se propager entre le Pakistan et l'Afghanistan et que des flambées dues à des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale se produisaient ailleurs. Il a recommandé de réévaluer régulièrement le risque de propagation internationale dans les zones à haut risque. Le Directeur général a fait siennes les conclusions du Comité et a publié des recommandations temporaires au titre du Règlement.[1]

9. Dans la décision WHA68(9) (2015), la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a prié le Directeur général de faire rapport à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur l'avancement des travaux visant à réduire le risque de propagation internationale du poliovirus sauvage.[2]

Virus de la grippe aviaire A(H5N1) et A(H7N9)

10. La menace d'une pandémie de grippe persiste en raison de l'évolution constante des virus grippaux. Jusqu'à présent en 2015, le profil épidémiologique de l'infection humaine par le virus de la grippe aviaire A(H7N9) semble analogue à celui observé en 2014. Des sous-types des virus de la grippe aviaire A(H5) hautement pathogènes, y compris les sous-types H5N1, H5N2, H5N6 et H5N8, continuent à circuler et à se propager chez les oiseaux et causent des infections sporadiques chez l'homme. L'évaluation virologique et épidémiologique des virus A(H5) montre que le risque qui leur est associé est demeuré le même depuis l'évaluation de 2014.

11. Compte tenu de la propagation du virus A(H5) en Amérique du Nord et en Afrique de l'Ouest, de l'épidémie de grippe A(H7N9) chez les volailles et du réassortiment constant du virus avec le virus A(H9N2), et en raison des infections zoonotiques répétées, les virus aviaires A(H5) et A(H7N9) constituent une menace plus grave que jamais.

12. Grâce au système mondial OMS de surveillance de la grippe et de riposte, qui couvre 112 pays, l'OMS surveille de près l'évolution et l'émergence des virus grippaux éventuellement importants pour la santé publique.

[1] Disponible à l'adresse http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ihr-polio-17-august-2015/fr/ (consulté le 8 décembre 2015).

[2] Voir le document EB138/25.

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

Renforcement des capacités

13. Les États Parties utilisent depuis cinq ans le cadre de suivi des principales capacités requises en vertu du RSI pour rendre compte à l'Assemblée de la Santé de l'état et de la mise en place des capacités essentielles minimales en santé publique exigées par le Règlement sanitaire international (2005). En 2015, les États Parties ont continué à fournir des informations au Secrétariat. Au 29 octobre 2015, 118 des 196 États Parties avaient rempli le questionnaire d'autoévaluation envoyé en avril 2015.

14. L'analyse des informations tirées des questionnaires d'autoévaluation que les États Parties ont renvoyés au Secrétariat indique que des progrès ont été faits dans les domaines suivants : mise en place d'une législation et d'une politique adéquates pour l'application du Règlement ; coordination et collaboration avec d'autres secteurs pour le renforcement des capacités ; moyens de détection fonctionnels et perfectionnés, y compris moyens d'alerte précoce ; préparation coordonnée et capacités d'action d'urgence ; et meilleure communication avec le public et les parties prenantes. Toutefois, il faudra continuellement renforcer les ressources humaines pour que ces capacités demeurent fonctionnelles. Par ailleurs, les capacités de détection des accidents chimiques et radiologiques et de riposte font souvent défaut encore.

15. Le Règlement sanitaire international (2005) exige la mise en place, le renforcement et le maintien des principales capacités de surveillance et d'action, et à des points d'entrée désignés. Le délai prévu pour la mise en place de ces capacités était initialement fixé à 2012, avec prolongation possible jusqu'en 2016. Des progrès ont certes été accomplis à cet égard, mais beaucoup de pays ne se sont pas encore dotés de ces capacités. 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 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 ».[1]

16. L'OMS a établi une note de synthèse exposant une nouvelle approche pour suivre et évaluer les principales capacités après 2016, note qui a été diffusée aux points focaux nationaux RSI et publiée sur le site Web de l'OMS ;[2] elle sera soumise à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Le cadre prévoit un outil d'autoévaluation, une analyse « après action », des simulations et une évaluation indépendante (extérieure). La note de synthèse a été bien accueillie par les comités régionaux, et les États Parties ont demandé de simplifier le questionnaire d'autodéclaration annuelle et d'étudier comment y intégrer un élément d'évaluation extérieure. À cet égard, le Secrétariat a conçu un projet d'outil d'évaluation extérieure conjointe du RSI. L'OMS collabore avec le Programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale pour faire en sorte que les travaux réalisés dans ce contexte contribuent systématiquement à l'évaluation objective des éléments clés des principales capacités requises en vertu du RSI dans les États Membres. Le Secrétariat étudie également les liens entre le projet d'évaluation extérieure conjointe du RSI et d'autres instruments d'évaluation comme l'outil d'évaluation des services vétérinaires mis au point par l'Organisation mondiale de la santé animale, et comment le corréler avec les capacités de préparation requises par le Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe (2015-2030) (hôpitaux sûrs, par exemple).

[1] Voir le paragraphe 43 du document A68/22 Add.1.

[2] Disponible à l'adresse http://www.who.int/ihr/publications/concept_note_201507/en/ (consulté le 8 décembre 2015).

17. L'OMS a organisé du 20 au 22 octobre 2015 à Lyon (France) une consultation technique sur le suivi et l'évaluation des principales capacités fonctionnelles qu'exige l'application du Règlement sanitaire international (2005). Au nombre des participants figuraient des experts des États Membres, des représentants d'organisations internationales et d'initiatives mondiales comme le Programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale, et des membres du personnel de l'OMS représentant les six bureaux régionaux. Les participants se sont entendus sur les principales caractéristiques des évaluations extérieures conjointes, à savoir : participation volontaire des pays ; équipes d'évaluation conjointe comprenant des experts techniques extérieurs de différents secteurs et des spécialistes locaux ; appui opérationnel accru, afin que l'OMS puisse effectivement coordonner le processus de suivi et d'évaluation ; transparence et visibilité des données et échange d'informations. Pour les évaluations extérieures conjointes, qui porteront sur l'ensemble des principales capacités requises en vertu du Règlement, on utilisera un outil révisé, en faisant fond sur l'expérience de l'OMS et sur des initiatives telles que le Programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale. Le Secrétariat continuera à travailler sur le processus de suivi et d'évaluation des principales capacités pour que leur évaluation par les pays soit de meilleure qualité et plus fiable.

18. L'OMS et le Gouvernement sud-africain ont organisé ensemble du 13 au 15 juillet 2015 au Cap (Afrique du Sud) une réunion de haut niveau entre les partenaires et les parties prenantes sur le renforcement de la sécurité sanitaire après l'épidémie d'Ebola. La réunion a rassemblée plus de 200 participants, parmi lesquels des représentants des pays touchés par la maladie à virus Ebola. Elle avait pour objet de déterminer les mesures prioritaires pour renforcer la sécurité sanitaire, dans le but de renforcer les systèmes de santé et les capacités d'application du Règlement sanitaire international (2005). Les participants ont reconnu que la sécurité sanitaire nationale et mondiale nécessitait une action collective et ont défini les attentes concernant les mesures de synchronisation des initiatives multipartites. Ils se sont généralement accordés sur le rôle de l'OMS consistant à rassembler les pays et les partenaires. L'OMS a proposé une approche de collaboration entre acteurs internationaux et nationaux pour renforcer et maintenir durablement les capacités dont les systèmes de santé ont besoin pour appliquer le Règlement.

19. Les ministres de la santé des sept pays les plus industrialisés se sont réunis les 8 et 9 octobre 2015 à Berlin (Allemagne) pour discuter de questions de santé, notamment de la maladie à virus Ebola. Dans leur déclaration finale,[1] qui traite de différents sujets essentiels, ils appellent l'attention sur la mission centrale et le leadership résolu de l'OMS, et sur le fait que le Règlement sanitaire international (2005), texte juridiquement contraignant, est le principal instrument international conçu pour aider à protéger les pays contre la propagation internationale des maladies, y compris contre les risques pour la santé publique et les urgences de santé publique. Les ministres ont soutenu le Règlement sanitaire international (2005) en demandant expressément aux pays de collaborer entre eux pour mettre en place et maintenir les principales capacités que requiert son application, notant que la pleine application du Règlement relève en dernier ressort de la responsabilité de chaque pays.

Premier amendement au Règlement sanitaire international (2005) : vaccination contre la fièvre jaune

20. Le Règlement sanitaire international (2005) a été amendé pour la première fois en 2014. L'amendement a été proposé par le Directeur général suite à une recommandation du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, qui a conclu qu'une dose unique de vaccin antiamaril conférait une protection à vie. En conséquence, la Soixante-Septième Assemble mondiale

[1] Disponible à l'adresse http://www.bmg.bund.de/en/ministry/international-co-operation/g7-presidency/g7-health-ministers-meeting-in-berlin.html (consulté le 8 décembre 2015).

de la Santé a adopté la résolution WHA67.13 (2014) pour actualiser l'annexe 7 du Règlement en stipulant que la protection conférée par la vaccination antiamarile et la validité du certificat correspondant, qui étaient de 10 ans auparavant, s'étendaient à la vie entière du sujet vacciné.[1] Cet amendement entrera en vigueur en juillet 2016.

21. Faisant suite à une demande de la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, qui a noté que la vaccination antiamarile pouvait être exigée de tout voyageur quittant une zone dans laquelle l'OMS a déterminé qu'il existe un risque de transmission de la fièvre jaune, le Directeur général a commencé à publier en ligne une liste actualisée des pays acceptant un certificat de vaccination antiamarile valable à vie et a constitué un groupe consultatif scientifique et technique chargé de cartographier le risque amaril et de fournir des orientations concernant la vaccination antiamarile des voyageurs.[2]

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

Renforcement des moyens dont disposent les points focaux nationaux RSI

22. En Septembre 2015, l'ensemble des 196 États Parties avaient mis en place leur point focal national RSI comme l'exige le Règlement sanitaire international (2005). À l'exception d'un seul, les 196 points focaux nationaux ont déclaré être disponibles à tout moment pour communiquer avec les points de contact RSI à l'OMS. Cependant, les points focaux nationaux RSI continuent à avoir du mal à exercer leur fonction d'agent de liaison pour l'application du RSI en raison de l'insuffisance des ressources, de leur place dans la hiérarchie de l'administration publique et du manque de collaboration avec les autres secteurs.

Restrictions injustifiées aux voyages, au commerce et aux transports internationaux

23. L'OMS a recensé 41 mesures prises entre mars 2014 et mars 2015 relatives à la maladie à virus Ebola qui ont entravé les voyages et les transports ; le plus souvent, elles ont été appliquées après déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale. La plupart de ces mesures concernaient la fermeture des frontières aériennes, terrestres ou maritimes, mais certaines se rapportaient aussi à la délivrance de visas et à la quarantaine obligatoire. Les États Parties au Règlement sanitaire international (2005) sont tenus d'informer l'OMS de la mise en place de telles mesures, mais peu l'ont fait. Ces mesures vont au-delà des recommandations temporaires formulées par le Directeur général, bien souvent ne se justifient pas au regard de la santé publique et ont d'importantes conséquences sur l'économie, le commerce et l'action de santé publique des pays.

CONCLUSION

24. Le 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 étudie actuellement comment améliorer le fonctionnement du Règlement. La bonne application du Règlement est plus importante que jamais au vu des problèmes de santé publique auxquels se trouve confronté un monde où les frontières n'offrent aucun

[1] Voir le document WHA67/2014/REC/1, résolution WHA67.13 (2014) et annexe 5.

[2] Voir la résolution WHA68.4 (2015).

rempart contre les maladies. La sécurité sanitaire mondiale demeure au premier rang des priorités internationales. Or, le Règlement est indispensable à la fois pour assurer la sécurité sanitaire mondiale et pour éviter toute entrave inutile aux voyages et au commerce. L'insuffisance des principales capacités de surveillance et d'action dans de nombreux pays continue à limiter la protection qu'offre le Règlement contre les urgences de santé publique telles que l'épidémie de maladie à virus Ebola. Le respect du Règlement, surtout pour éviter des mesures supplémentaires inadaptées concernant le commerce et les voyages, pose encore d'importantes difficultés. L'engagement continu et renouvelé des principales parties prenantes de se conformer au Règlement est essentiel à sa bonne application.

25. L'OMS a entrepris un processus de réforme accéléré pour rendre la communauté internationale plus apte, par le canal de l'Organisation, à réagir rapidement et efficacement aux grandes urgences de santé publique. Ce processus, ajouté à d'autres initiatives, a créé une nouvelle dynamique qui ouvre la voie à une application plus complète du Règlement sanitaire international (2005) pour améliorer la santé publique et la sécurité sanitaire mondiale.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

26. Le Conseil est invité à prendre note du rapport.

= = =