

---

# **Application du Règlement sanitaire international (2005)**

## **Rapport du Directeur général**

1. Dans la résolution WHA61.2, l'Assemblée de la Santé a décidé que, conformément à l'article 54 du Règlement sanitaire international (2005), les États Parties et le Directeur général feraient rapport tous les ans à l'Assemblée de la Santé sur l'application du Règlement.

2. Le présent rapport récapitule les informations reçues par l'OMS concernant l'état d'avancement des activités de mise en œuvre menées par les États Parties au Règlement. Il rend compte également des principales activités entreprises par l'OMS au titre des « domaines de travail pour la mise en œuvre » définis en 2007.<sup>1</sup>

### **MESURES PRISES PAR L'OMS SUITE À LA PANDÉMIE DE GRIPPE A (H1N1) 2009**

3. Le Comité d'examen du RSI est en train de procéder à une évaluation détaillée de la riposte internationale à la pandémie de grippe A (H1N1) 2009, y compris des mesures prises par l'OMS en vertu du Règlement sanitaire international (2005), et son rapport final sera présenté à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé. L'additif au présent rapport fait le point sur les travaux accomplis par le Comité jusqu'à présent.<sup>2</sup>

### **INFORMATIONS REÇUES DES ÉTATS PARTIES AU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005)**

4. L'OMS, les organismes partenaires concernés et des États Membres de toutes les Régions de l'OMS ont élaboré un cadre qui permet aux États Parties de suivre la mise en place de leurs principales capacités,<sup>3</sup> conformément à l'annexe 1 du Règlement, et de repérer les lacunes à combler. Expérimenté

---

<sup>1</sup> Voir le document WHO/CDS/EPR/IHR/2007.1, « Règlement sanitaire international (2005) : domaines de travail pour la mise en œuvre du Règlement » à l'adresse [http://www.who.int/ihr/area\\_of\\_work/fit/index.html](http://www.who.int/ihr/area_of_work/fit/index.html) ; consulté le 24 novembre 2010.

<sup>2</sup> Voir le document EB128/5 Add.1.

<sup>3</sup> Le cadre est disponible en anglais à l'adresse <http://www.who.int/ihr/checklist/en/index.html> (consulté le 6 décembre 2010).

sur le terrain dans toutes les Régions de l'OMS, le cadre fournit une série d'indicateurs mondiaux pour faire rapport à l'Assemblée de la Santé qui sont présentés brièvement dans les paragraphes ci-après. Un questionnaire d'auto-évaluation a été envoyé aux États Parties au Règlement sanitaire international (2005) à la mi-février 2010, auquel 126 des 194 États Parties (65 %) ont répondu. Alors que le questionnaire se présentait sous une forme nouvelle et comprenait des questions supplémentaires, le pourcentage de répondants est globalement plus élevé qu'en 2009. Les États Parties ont été encouragés à donner leur avis sur l'utilisation du questionnaire dans le but d'optimiser la collecte de données par la suite.

5. Le cadre de suivi définit huit types de capacités principales pour surveiller la mise en œuvre : 1) législation nationale, politiques générales et financement ; 2) coordination au niveau national et communication assurée par les points focaux nationaux RSI, aux niveaux mondial et national ; 3) surveillance ; 4) action ; 5) préparation ; 6) bonne communication en matière de risques ; 7) ressources humaines ; et 8) services de laboratoire adéquats. Le cadre définit également cinq grands types de risque : 1) infectieux ; 2) d'origine zoonotique ; 3) lié à la sécurité sanitaire des aliments ; 4) chimique ; et 5) radionucléaire. Pour chaque type de capacité, les progrès sont appréciés en mesurant les résultats précis obtenus dans le temps pour des éléments constitutifs définis. La mise en place de chaque capacité est évaluée sur une échelle de quatre degrés : niveau <1 (niveau de base) ; niveau 1 (moyens et processus en place) ; niveau 2 (résultats attendus atteints et aboutissement dans certains cas) ; et niveau 3 (capacités mises en place au-delà des propres frontières de l'État).

6. D'après les résultats du questionnaire, 68 % des pays ayant répondu ont évalué leurs principales capacités d'application du Règlement sanitaire international (2005) et 58 % ont dressé des plans nationaux pour satisfaire aux prescriptions en la matière. En ce qui concerne les huit capacités de suivi de la mise en œuvre, les États Parties déclarent avoir bien progressé dans les domaines de la législation nationale, de l'action et de la communication en matière de risques, plus de 30 % d'entre eux indiquant satisfaire aux exigences de 2012 (niveau 2) ou les dépasser (niveau 3). Plus de la moitié des pays sondés en sont encore au niveau de base (niveau <1) pour deux types de capacités principales, la préparation et les ressources humaines ; une même proportion de pays ont mis en place les moyens et les processus requis (niveau 1) pour la coordination, la surveillance et la communication en matière de risques. Soixante-douze pour cent des États Parties sondés confirment disposer d'un organe, comité ou groupe spécial multisectoriel et multidisciplinaire chargé des prescriptions du RSI dans le domaine de la surveillance et de l'action en cas d'urgence de santé publique de portée nationale ou internationale, et 73 % des pays déclarent que les mécanismes multisectoriels et multidisciplinaires de coordination et de communication ont été testés et régulièrement actualisés dans le cadre d'exercices ou lors de la survenue d'un événement réel. Par ailleurs, le nombre de pays sondés qui ont évalué leur législation, leur réglementation, leurs prescriptions administratives et autres instruments publics en rapport avec le Règlement sanitaire international (2005) a globalement augmenté de 31 %. Quarante-trois pour cent des pays qui ont répondu au questionnaire confirment avoir calculé des estimations, tendances et seuils de référence pour l'alerte et l'action de santé publique au niveau local en cas de maladies ou d'événements prioritaires, et 87 % des pays affirment avoir désigné des unités pour la surveillance des événements. Soixante et onze pour cent des pays sondés ont mis en place au niveau national ou sous-national des systèmes pour appréhender et enregistrer les événements de santé publique à partir de différentes sources, y compris le secteur vétérinaire et les médias. Dans l'ensemble du monde, 90 % des pays sondés utilisent l'instrument de décision figurant à l'annexe 2 du Règlement pour notifier à l'OMS les événements détectés par leur système de surveillance nationale. Cinquante pour cent des pays sondés ont dressé des plans nationaux d'action en cas d'urgence de santé publique pour s'acquitter de leurs obligations au titre du Règlement concernant les risques et les points d'entrée. Quarante et un pour cent des États Parties déclarants ont effectué une évaluation des risques au niveau national pour déterminer quelles seraient l'origine la plus probable des urgences de santé publique d'ampleur nationale et les populations vulnérables, et 70 % disposent d'un plan national de gestion et

de distribution des stocks. Un plan de communication en matière de risques, prévoyant une mobilisation des communautés, a été élaboré dans 59 % des pays ayant répondu à l'enquête. Trente-neuf pour cent des répondants ont évalué les besoins en matière de formation et dressé un plan pour pouvoir satisfaire aux prescriptions du Règlement sanitaire international (2005), et 29 % ont approuvé des plans de développement des ressources humaines et leur financement aux fins de l'application du Règlement. Soixante-dix-sept pour cent des États Parties qui ont répondu ont constitué un réseau de laboratoires nationaux et internationaux pour être en mesure d'effectuer les tests de diagnostic et de confirmation requis et pour faciliter les enquêtes sur les flambées épidémiques pour les événements spécifiés à l'annexe 2 du Règlement. Près de 80 % des États Parties ayant répondu affirment que des systèmes nationaux ou internationaux ont été mis en place pour réaliser une évaluation externe de la qualité des laboratoires de diagnostic du pays dans les domaines concernés.

7. Les États Parties indiquent des progrès de différents niveaux pour chaque type de risque et ils ont réalisé plus d'éléments constitutifs pour les événements liés à des zoonoses et à la sécurité sanitaire des aliments que pour les événements chimiques et radionucléaires. Trente et un pour cent des États Parties sondés ont atteint ou dépassé le niveau 2 pour les capacités de surveillance et d'action en cas d'événement lié à une zoonose ; pour les événements en rapport avec la sécurité sanitaire des aliments, la proportion est de 25 %. Soixante-sept pour cent des États Parties sondés ont établi un mécanisme de coordination pour la collaboration intersectorielle en cas d'événement d'origine zoonotique, tandis que moins de 50 % ont mis en place un mécanisme de cette nature pour les événements liés à la sécurité sanitaire des aliments. Dans 72 % des États Parties ayant répondu au questionnaire, les secteurs échangent régulièrement des informations sur les événements liés à des zoonoses, alors que la proportion est de 53 % pour les événements relevant de la sécurité sanitaire des aliments. Pour les événements chimiques et radionucléaires, près de 50 % des États Parties sondés en sont encore au niveau de base (niveau <1) concernant la capacité globale. Pour les événements chimiques, 41 % des États Parties déclarent avoir mis en place les moyens et processus (niveau 1) ; pour les événements radionucléaires, la proportion est de 23 %. Moins de 50 % des États Parties sondés ont établi des mécanismes de coordination pour la collaboration intersectorielle en cas d'événement chimique ou radionucléaire. Pour ces mêmes risques, seulement 37 % des États Parties indiquent avoir mis en place des mécanismes d'échange d'informations entre les secteurs concernés. À l'échelle mondiale, plus de 80 % des États Parties sondés ont élaboré une politique nationale, une stratégie ou un plan de surveillance et d'action en cas d'événement lié à une zoonose ou à la sécurité sanitaire des aliments ; ils sont moins nombreux (moins de 50 %) à avoir fait de même pour les événements chimiques et radionucléaires.

8. S'agissant des capacités aux points d'entrée, 62 % des États Parties ayant répondu à l'enquête ont atteint le niveau 1 pour la composante obligations générales ; pour la surveillance, 28 % des États Parties sondés ont atteint le niveau 2, et 41 % le niveau 1. Les capacités d'action aux points d'entrée sont plus faibles : 46 % des États Parties en sont encore au niveau <1. Soixante-treize pour cent des États Parties déclarent avoir désigné les ports/aéroports qui doivent acquérir les capacités prévues à l'annexe 1 du Règlement sanitaire international (2005). À l'échelle mondiale, plus de 50 % des États Parties indiquent avoir mis en place une surveillance aux points d'entrée désignés en vue de rechercher la présence de vecteurs et de réservoirs et avoir élaboré un programme de surveillance et de lutte aux points d'entrée désignés.

9. Les États Parties au Règlement sanitaire international (2005) utilisent le cadre et les indicateurs de suivi pour repérer les lacunes et renforcer les capacités dans les domaines concernés. De plus, les pays indiquent fournir un appui pour l'application du Règlement au-delà de leurs frontières. Par exemple, 44 % des États Parties sondés font profiter la communauté internationale de leur expérience concernant la fonction alerte précoce de la surveillance, et 42 % indiquent avoir aidé d'autres États Parties à mettre en place des capacités d'action ou à appliquer des mesures de lutte. Un outil Web

permettant aux États Parties de communiquer et d'actualiser leurs données en ligne a été mis au point pour faciliter le processus de collecte de données. Une fois les données utiles communiquées, cet outil permet de présenter les résultats sous différentes formes, y compris sous forme de graphiques et de tableaux.

## **PARTENARIAT MONDIAL**

10. L'OMS continue à entretenir des liens étroits avec d'autres organisations internationales et intergouvernementales, y compris l'Organisation de l'Aviation civile internationale, l'Organisation mondiale du Tourisme et l'Association du Transport aérien international, qui toutes ont apporté leur témoignage au Comité d'examen du RSI. La collaboration se poursuit entre l'OMS, la FAO et l'OIE ; elles ont réaffirmé leur volonté de collaborer en avril 2010 dans une note conceptuelle tripartite. Les activités de collaboration ont été plus particulièrement axées sur la fourniture d'un appui à la création de réseaux de laboratoires de santé humaine et animale et sur le renforcement des capacités de diagnostic dans les zones où il y a plus de risques qu'apparaissent des maladies émergentes. Enfin, la FAO et l'OMS continuent à collaborer dans le cadre du Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN), qui suit, évalue et vérifie les événements liés à la sécurité sanitaire des aliments susceptibles d'avoir des répercussions internationales.

## **RENFORCEMENT DE LA CAPACITÉ NATIONALE**

11. L'Organisation à tous les niveaux continue à apporter un soutien aux États Parties pour qu'ils acquièrent les capacités principales requises par le Règlement sanitaire international (2005), y compris aux points d'entrée ; cet appui est principalement fourni dans le cadre des stratégies et réseaux régionaux de l'OMS pour les systèmes nationaux de surveillance des maladies et d'action. Un appui permanent est fourni aux pays pour le renforcement des moyens de laboratoire dans le cadre de projets mondiaux et régionaux de systèmes de qualité, de renforcement des ressources humaines et de raccordement des réseaux de laboratoires entre eux pour faciliter l'échange d'informations, de connaissances et de compétences. Dans les domaines des services de laboratoire et des transports, l'OMS et ses partenaires font valoir l'importance des principes de sécurité biologique et de gestion des risques biologiques en organisant des ateliers de sensibilisation, en formant des formateurs et en renforçant la capacité nationale de gestion des risques biologiques. Les points saillants sont notamment la mise au point et l'extension de programmes d'évaluation externe de la qualité fondés sur la collaboration, l'extension de l'initiative de jumelage de laboratoires et la réalisation d'une enquête mondiale sur les normes de qualité des laboratoires. L'un des aspects essentiels pour améliorer la qualité et la gestion des services de laboratoire est la formation de partenariats et l'échange de connaissances entre les institutions et les pays.

12. Mieux faire connaître le Règlement sanitaire international (2005) et son application reste une priorité. Dans le domaine de la formation, 33 administrateurs ont suivi le premier cours de l'OMS sur l'application du Règlement. Le cours, qui s'est conclu par un stage en face à face de deux semaines à Veyrier-du-Lac (France) en juillet 2010, a porté sur les nombreux aspects de la mise en œuvre. Le deuxième cours de ce type a commencé le 27 septembre 2010 et durera jusqu'en février 2011.

13. Aux termes du Règlement sanitaire international (2005), la poliomyélite due au poliovirus sauvage est l'une des quatre maladies spécifiques qui doivent être déclarées à l'OMS après leur détection. En 2010, des cas de poliomyélite ont été notifiés en application du Règlement lors de flambées survenues à la suite de l'importation de poliovirus sauvages dans des pays où la maladie était

absente jusque-là, et/ou lorsque le risque évoluait d'une façon pouvant avoir des répercussions internationales. Les événements liés à la poliomyélite ont été diffusés sur le site Web de l'OMS à la page consacrée aux flambées épidémiques<sup>1</sup> et sur le site d'information sur les événements destiné aux points focaux nationaux RSI. Le dispositif du Règlement sanitaire international (2005) a aidé à avertir les pays du risque de propagation internationale du poliovirus sauvage, y compris en Afrique centrale (par exemple en Angola et en République démocratique du Congo), en Asie centrale (par exemple au Tadjikistan) et en Afrique de l'Ouest (par exemple au Nigéria). L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a créé un réseau de surveillance active aux niveaux mondial, régional et national qui permet de signaler les cas de paralysie flasque aiguë, avec prélèvement et examen virologique d'échantillons de selles. De cette manière, toutes les chaînes restantes de transmission de poliovirus peuvent être décelées et une action peut être entreprise en temps voulu. Par ailleurs, le réseau continue à contribuer au dépistage et à la notification d'autres maladies pouvant présenter une importance pour la santé publique, y compris la grippe pandémique A (H1N1) 2009, la grippe aviaire H5N1, la fièvre jaune, le choléra et la méningite. Le Règlement sanitaire international (2005) jouera un rôle important pendant la période qui suivra l'éradication de la poliomyélite, car une surveillance hautement sensible de la maladie sera indispensable immédiatement après l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage dans le monde pour déceler rapidement la réintroduction ou la réapparition éventuelle de la poliomyélite et y réagir promptement. Compte tenu de cet impératif et dans le but de maintenir la capacité de surveillance de la poliomyélite à long terme, le réseau de surveillance de la paralysie flasque aiguë sera de plus en plus aligné sur le Règlement sanitaire international (2005) après l'éradication de la poliomyélite.

## **URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE DE PORTÉE INTERNATIONALE : PRÉVENTION ET RIPOSTE**

14. Les informations de santé publique continuent à être communiquées par le canal des points focaux nationaux RSI et des points de contact RSI de l'OMS, réseau de communication qui reste toujours d'actualité grâce à des tests réguliers et des initiatives de formation innovantes au niveau régional. Sur les 194 États Parties au Règlement sanitaire international (2005), 181 ont accès au site d'information sur les événements destiné aux points focaux nationaux RSI.

15. L'OMS continue à collaborer étroitement avec les pays pour déceler les risques et les urgences de santé publique et pour y réagir en vertu du Règlement sanitaire international (2005). Entre avril et septembre 2010, 249 événements ont été enregistrés dans le système de gestion des événements, qui a permis de suivre leur évolution. Ces événements présentaient les types de risque suivants : Région africaine : choléra, fièvre de Lassa, rougeole et fièvre jaune ; Région des Amériques : dengue, paludisme, rougeole, rage, fièvre jaune, risques radionucléaires et chimiques ; Région de l'Asie du Sud-Est : choléra, inondations et risques radionucléaires ; Région européenne : fièvre à virus West Nile, charbon, dengue, poliomyélite et risques chimiques ; Région de la Méditerranée orientale : choléra ; Région du Pacifique occidental : dengue et choléra. Le Secrétariat passe actuellement en revue les mécanismes d'échange d'informations prévus par le Règlement sanitaire international (2005) en vue de fournir de meilleurs services aux États Parties.

16. Comme l'a indiqué le Directeur général dans le rapport qu'il a présenté à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé sur l'application du Règlement sanitaire international (2005),<sup>2</sup> les

---

<sup>1</sup> Disponible à l'adresse <http://www.who.int/csr/don/fr/index.html> (consulté le 2 décembre 2010).

<sup>2</sup> Document A63/5.

études sur le fonctionnement de l'annexe 2 du Règlement ont été achevées en mars 2010 et les résultats et analyses ont été présentés au Comité d'examen du RSI à sa première réunion, en avril 2010. Les résultats des études devraient être publiés sous peu dans des revues à comité de lecture.

17. Pendant la période considérée, l'OMS a assuré la surveillance et l'évaluation de flambées liées à des substances chimiques. En outre, l'Organisation a fourni un appui technique aux pays confrontés à des situations d'urgence chimique, au nombre desquelles l'empoisonnement au plomb de quelque 2000 enfants et les risques chimiques résultant d'un tremblement de terre.

18. La liste des pays ou zones où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune a été révisée et les informations ont été communiquées aux États Membres. La liste actualisée sera publiée au début de 2011 dans la prochaine édition de *Voyages internationaux et santé*. Un groupe de travail informel d'experts sur la cartographie du risque de fièvre jaune par pays poursuit sa tâche en examinant des critères et des méthodes pour classer les pays en catégories selon le risque de fièvre jaune. Un autre groupe de travail met au point les critères pour dresser la liste de pays ou zones dans lesquels l'OMS recommandera la désinsectisation des moyens de transport en partance, comme le prévoit l'annexe 5 du Règlement sanitaire international (2005).

## **QUESTIONS JURIDIQUES**

19. L'OMS continue à fournir des avis juridiques sur l'application du Règlement aux pays qui en font la demande. Les avis ont notamment porté sur la mise à jour de la législation nationale nécessaire pour respecter les prescriptions du Règlement. Beaucoup d'avis ont également été donnés dans le contexte des travaux du Comité d'examen du RSI.

## **PROGRÈS DANS L'APPLICATION DU RÈGLEMENT**

20. Les États Parties ont progressé dans l'application du Règlement sanitaire international (2005) avec l'appui des bureaux régionaux de l'OMS ; l'action menée face à la pandémie de grippe A (H1N1) 2009 a montré combien il était utile d'investir dans le renforcement de la capacité nationale. En outre, l'examen du fonctionnement du Règlement, auquel le Comité d'examen du RSI procède actuellement, a fait mieux prendre conscience aux gouvernements de l'importance du Règlement, qui offre un cadre mondial unique pour gérer les risques et les urgences de santé publique de portée internationale. Toutefois, l'application du Règlement dans les pays continue à présenter d'importantes difficultés et il est probable que de nombreux États Parties n'auront pas acquis les principales capacités en matière de surveillance et d'action prévues à l'annexe 1A du Règlement avant la date limite du 15 juin 2012.

## **MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF**

21. Le Conseil exécutif est invité à prendre note du présent rapport.

= = =