Organisation mondiale de la Santé

CONSEIL EXÉCUTIF **EB130/16**
Cent trentième session **24 novembre 2011**
Point 6.7 de l'ordre du jour provisoire

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 pour appuyer la mise en œuvre. Le rapport de cette année insiste sur l'établissement et le renforcement des principales capacités nationales, la gestion des risques préoccupants pour la santé publique et les dispositions à prendre compte tenu de l'approche de la date butoir pour mettre en place lesdites capacités.

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

3. Un cadre de suivi et les outils correspondants ont été mis à la disposition des États Parties pour leur permettre de surveiller l'état de leurs principales capacités nationales,[1] conformément aux dispositions de l'annexe 1 du Règlement, et de définir les domaines nécessitant des mesures. En outre, ce cadre fournit au Secrétariat des données d'origine nationale pouvant être synthétisées pour faire rapport à l'Assemblée de la Santé. Le Secrétariat poursuit ses consultations avec les États Membres et continue à s'inspirer de leur expérience pour peaufiner les outils de suivi.

4. Le processus de suivi suppose l'évaluation de huit types de capacités principales, ainsi que des capacités aux points d'entrée et de quatre grands types de risques pertinents (d'origine zoonotique, lié à la sécurité sanitaire des aliments, chimique et radionucléaire). Un questionnaire d'auto-évaluation envoyé à la mi-février 2011 aux États Parties au Règlement sanitaire international a permis de recueillir 117 réponses, représentant 60 % des 194 États Parties. Le pourcentage de répondants est inférieur à celui de 2010 (128 réponses, ce qui équivaut à 65 % des États Parties) ; on prévoit, toutefois, que d'ici l'établissement de la version définitive du rapport destiné à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, le nombre de réponses communiquées par les États Parties aura sensiblement augmenté.

---

[1] *Règlement sanitaire international (2005). IHR core capacity monitoring framework: checklist and indicators for monitoring progress in the development of IHR core capacities in States Parties.* [Cadre de suivi RSI des principales capacités : liste type et indicateurs pour le suivi du développement des progrès des principales capacités du RSI dans les États Parties.] Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_HSE_IHR_2011.6_fr.pdf, consulté le 2 novembre 2011).

5. Le tableau ci-après montre la notation moyenne des capacités de tous les pays qui ont renvoyé en 2011 un questionnaire dûment rempli. Les résultats, qui sont indiqués à la fois au niveau mondial et ventilés par Région de l'OMS, sont établis en exprimant le nombre de composantes obtenu pour une capacité principale donnée en pourcentage du nombre total de composantes figurant dans cette capacité. Le tableau montre aussi la proportion de pays atteignant plus de 75 %, ce qui indique une avancée significative dans la réalisation des capacités principales.

6. Les données relatives à 2011 ont montré que les États Parties avaient raisonnablement progressé, notamment dans le domaine de la surveillance (moyenne mondiale de 75 %), de l'action (moyenne mondiale de 72 %), des laboratoires (moyenne mondiale de 71 %) et des événements d'origine zoonotique (moyenne mondiale de 78 %). Par ailleurs, la plupart des régions ont déclaré des capacités relativement faibles concernant les ressources humaines (moyenne mondiale de 45 %), les points d'entrée (moyenne mondiale de 45 %) et les événements d'origine chimique (moyenne mondiale de 45 %).

Tableau. Notation des capacités par Région de l'OMS en 2011, établie à partir des réponses communiquées conformément au cadre de suivi des capacités nationales

Capacité/nombre de réponses	Notation moyenne des capacités et proportion de pays ayant obtenu plus de 75 %[a]						
	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental	Total
Nombre de réponses	28	26	6	34	11	12	117[b]
Législation, politique et financement	28 (14)	64 (50)	62 (50)	75 (73)	70 (64)	75 (75)	60 (51)
Coordination et communication assurée par les points focaux nationaux	46 (14)	72 (45)	47 (17)	68 (48)	74 (55)	91 (92)	66 (42)
Surveillance	64 (54)	75 (59)	67 (50)	80 (73)	78 (64)	90 (92)	75 (65)
Action	52 (21)	77 (64)	69 (33)	77 (61)	78 (64)	91 (92)	72 (53)
Préparation	35 (11)	55 (36)	56 (17)	70 (55)	60 (55)	73 (67)	57 (39)
Communication en matière de risques	43 (11)	68 (41)	64 (33)	69 (33)	67 (36)	86 (75)	64 (34)
Ressources humaines	27 (18)	57 (50)	50 (33)	39 (27)	56 (45)	62 (58)	45 (35)
Laboratoires	63 (36)	73 (55)	65 (33)	73 (70)	70 (55)	80 (67)	71 (54)
Points d'entrée	32 (4)	44 (14)	40 (17)	51 (15)	46 (27)	64 (50)	45 (17)
Événements d'origine zoonotique	60 (43)	84 (86)	81 (67)	87 (82)	74 (55)	89 (75)	78 (68)
Risques liés à la sécurité sanitaire des aliments	42 (11)	68 (50)	61 (33)	89 (94)	62 (55)	79 (67)	68 (54)
Événements d'origine chimique	18 (0)	41 (23)	34 (33)	67 (58)	45 (9)	59 (58)	45 (30)
Situations d'urgence radiologique	25 (11)	36 (27)	36 (17)	79 (73)	49 (27)	63 (58)	51 (39)

[a] Entre parenthèses.

[b] Au 2 novembre 2011, 117 pays avaient répondu, à savoir : Afghanistan, Algérie, Allemagne, Andorre, Angola, Antigua et Barbuda, Argentine, Arménie, Australie, Autriche, Azerbaïdjan, Bahreïn, Bangladesh, Barbade, Belgique, Belize, Bénin, Bosnie-Herzégovine, Brésil, Brunéi Darussalam, Burundi, Cambodge, Cameroun, Canada, Chili, Chine, Colombie, Congo, Costa Rica, Croatie, Chypre, Danemark, Dominique, Égypte, El Salvador, Émirats arabes unis, Équateur, Érythrée, Espagne, États-Unis d'Amérique, Éthiopie, Ex-République yougoslave de Macédoine, Finlande, France, Gabon, Gambie, Géorgie, Ghana, Grenade, Guinée, Guinée équatoriale, Guyana, Haïti, Honduras, Hongrie, Iran (République islamique d'), Iraq, Irlande, Islande, Italie, Jamaïque, Japon, Jordanie, Kazakhstan, Kenya, Lesotho, Lettonie, Lituanie, Madagascar, Malaisie, Malawi, Malte, Maroc, Mauritanie, Mexique, Mongolie, Myanmar, Népal, Nouvelle-Zélande, Oman, Ouzbékistan, Panama, Paraguay, Philippines, Pologne, Portugal, République arabe syrienne, République démocratique du Congo, République de Moldova, République démocratique populaire lao, République populaire démocratique de Corée, République tchèque, République-Unie de Tanzanie, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Sainte-Lucie, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Serbie, Seychelles, Sierra Leone, Singapour, Slovaquie, Slovénie, Soudan, Sri Lanka, Suède, Suisse, Suriname, Tchad, Togo, Tonga, Trinité-et-Tobago, Zambie et Zimbabwe. (Les données communiquées par l'Argentine, le Brésil, le Chili, la Colombie et le Paraguay ont été présentées en s'appuyant sur l'outil de notification du MERCOSUR (Marché commun du Sud)).

PARTENARIAT MONDIAL

7. L'OMS continue de resserrer sa coopération avec d'autres organisations internationales et intergouvernementales. Cet élément s'est avéré déterminant lors de la catastrophe nucléaire récemment survenue au Japon : l'Organisation a collaboré directement avec l'AIEA, tout en participant en qualité de membre aux travaux du Comité interorganisations sur les situations d'urgence radiologique et nucléaire – organe de coordination des accords internationaux existants de préparation et de riposte aux situations d'urgence radiologique et nucléaire. Cet événement nucléaire a également encouragé une collaboration d'envergure avec les partenaires internationaux spécialisés dans le secteur des transports, en particulier l'échange d'informations sur les répercussions de cet événement en la matière. On constate aussi des progrès dans le domaine de la collaboration de l'OMS avec d'autres organisations et partenaires pour aborder la question des risques sanitaires encourus au point de contact entre l'être humain, l'animal et l'environnement. Ces initiatives englobent les accords tripartites conclus avec la FAO et l'OIE.

RENFORCEMENT DE LA CAPACITÉ NATIONALE

8. Dans le rapport final du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A (H1N1) 2009,[1] la première recommandation faite à l'OMS et aux États Parties consistait à accélérer la mise en place des principales capacités requises par le RSI. Ayant à l'esprit cet objectif, tous les niveaux de l'Organisation s'emploient à intensifier les activités susceptibles d'aider les États Parties à s'acquitter des exigences applicables à ces capacités principales. L'action se poursuit essentiellement grâce aux stratégies régionales de l'OMS et aux réseaux de systèmes nationaux de surveillance des maladies et d'action.

9. La capacité des laboratoires continue d'être étayée moyennant l'élaboration d'orientations, la mise en place de cadres nationaux régissant les services des laboratoires, la mise en œuvre de systèmes de qualité et le renforcement des ressources humaines. Les réseaux de laboratoires sont invités à faciliter l'échange d'informations, de connaissances et de compétences. Les points saillants sont le perfectionnement d'un outil d'évaluation des laboratoires favorisant l'application du Règlement sanitaire international (2005), ainsi que le développement des programmes régionaux et nationaux d'assurance externe de la qualité et de l'initiative de jumelage des laboratoires. Le Manuel sur le système de gestion de la qualité au laboratoire a également été diffusé dans plusieurs langues.[2] La gestion des risques biologiques de laboratoire a été consolidée par toute une série d'ateliers et d'éléments d'orientation proposés en collaboration avec l'OIE.

10. De nouveaux outils ont été conçus dans le domaine du renforcement des capacités aux points d'entrée, dont un manuel d'inspection des navires et la délivrance de certificats de contrôle sanitaire du navire.[3] La troisième édition du *WHO guide to ship sanitation* [Guide OMS d'hygiène et de salubrité à bord des navires] est parue en 2011.[4] Des visites dans les pays ont eu lieu pour aider les

---

[1] Voir le document A64/10.

[2] *Laboratory quality management system: handbook* [Le système de gestion de la qualité au laboratoire : manuel]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

[3] *Règlement sanitaire international (2005) : handbook for inspection of ships and issuance of ship sanitation certificates* [manuel d'inspection des navires et délivrance de certificats de contrôle sanitaire du navire]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

[4] *WHO guide to ship sanitation, 3e édition.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011.

États Parties à évaluer leur capacité aux points d'entrée. Un exercice portant sur la planification des urgences sanitaires lors des voyages aériens a été organisé en étroite collaboration avec les autorités espagnoles et a réuni les participants des six Régions de l'OMS.

11. Depuis 2009, le cours de l'OMS sur l'application du RSI, lequel aborde bien des aspects de l'application du Règlement, a permis de former des professionnels de santé originaires des six Régions de l'OMS. Le cours actuel compte 38 inscrits. La conception et la mise en œuvre de cours connexes aux niveaux national et sous-régional bénéficient, elles aussi, d'un soutien. Au Cameroun, en République centrafricaine et en République démocratique du Congo, la capacité et la qualité de la surveillance et de l'action sont renforcées pour les maladies évitables par vaccin et à tendance épidémique moyennant une formation et des améliorations d'infrastructure et l'appui aux réseaux et aux systèmes de gestion des données. Dans 27 pays méditerranéens et d'Europe du Sud-Est, l'action se poursuit sans relâche pour mettre sur pied un réseau de laboratoires, promouvoir des modalités communes de préparation et de gestion des risques, renforcer les systèmes d'alerte précoce et coordonner la surveillance et la riposte aux points d'entrée en cas d'urgence sanitaire.

12. 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 2011, des cas de poliomyélite ont été notifiés lors de i) flambées survenues à la suite de l'importation de poliovirus sauvages dans des pays où la maladie était absente jusque-là et/ou ii) lorsque le risque évoluait d'une façon pouvant avoir des répercussions internationales. Les événements liés à la poliomyélite continuent d'être diffusés sur le site Web de l'OMS à la page consacrée aux flambées épidémiques[1] et sur le site d'information sur les événements destiné aux points focaux nationaux RSI. Ces mécanismes continuent d'avertir les pays du risque de propagation internationale du poliovirus sauvage, y compris en Afrique de l'Ouest (par exemple en Côte d'Ivoire), en Afrique centrale (par exemple en Angola, au Congo, en République démocratique du Congo et au Tchad), dans la Corne de l'Afrique (régions frontalières du Kenya et de l'Ouganda) et au Pakistan. Le réseau de surveillance active aux niveaux mondial, régional et national, mis en place par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite permet toujours de signaler les cas de paralysie flasque aiguë, avec prélèvement et examen virologique d'échantillons de selles, facilitant ainsi la détection de toutes les chaînes récentes de transmission de poliovirus afin d'entreprendre une action en temps voulu. Le Règlement sanitaire international (2005) jouera un rôle important pendant la période qui suivra l'éradication de la poliomyélite : une surveillance hautement sensible de la maladie est requise immédiatement après l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage dans le monde afin de pouvoir déceler rapidement la réintroduction ou la réapparition éventuelle de la poliomyélite et y réagir promptement.

13. L'action menée avec les pays dans le but de renforcer la préparation nationale aux situations d'urgence radiologique fait intervenir les membres de deux réseaux mondiaux : le Réseau OMS pour la préparation et l'assistance médicales en cas de situation d'urgence radiologique (REMPAN) et le Réseau mondial de biodosimétrie (BioDoseNet). Les activités visées portent sur l'échange d'informations, la tenue de réunions de coordination, la conduite d'exercices, la cartographie des capacités des réseaux et l'organisation de programmes de formation aux niveaux régional et national.

[1] Voir http://www.who.int/csr/don/en/index.html (consulté le 26 octobre 2011).

URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE DE PORTÉE INTERNATIONALE : PRÉVENTION ET RIPOSTE

14. Les informations sur les événements de santé publique continuent à transiter par les points focaux nationaux RSI et les points de contact RSI de l'OMS, réseau de communications qui reste toujours d'actualité grâce à des tests réguliers au niveau régional. Sur les 194 États Parties au Règlement sanitaire international (2005), 182 ont désormais accès au site d'information sur les événements destiné aux points focaux nationaux RSI. Quatorze États Parties ayant accès au site ne se sont pas encore connectés. Pour donner suite aux résultats d'une enquête de satisfaction menée en ligne auprès des utilisateurs, le Secrétariat s'efforce actuellement d'apporter les améliorations suivantes : i) définir une cohorte d'utilisateurs qui collaboreront avec le Secrétariat afin d'enrichir le site ; ii) augmenter la valeur ajoutée des informations fournies ; et iii) reconfigurer le site en vue d'améliorer l'extraction des données et l'utilité des informations partagées.

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). Sur une période de sept mois comprise entre le 1er février et le 31 août 2011, 242 événements ont été enregistrés dans le Système de gestion des événements. Sur ce nombre, 127 (52,5 % du total) ont été validés comme étant des événements réels nécessitant un suivi, 19 (7,9 %) ont été rejetés après vérification au motif qu'il s'agissait de fausses rumeurs, 41 (16,9 %) correspondaient à des événements réels qui, toutefois, ne répondaient pas à la définition d'une flambée et 2 (0,8 %) étaient invérifiables. La désignation définitive est en instance pour les 53 événements restants (21,9 %). En bref, 77,3 % des événements notifiés ont été soumis à un processus de vérification au cours de la période d'observation.

16. Suite à la situation d'urgence connue par la centrale nucléaire de Fukushima au Japon, l'OMS a collaboré étroitement avec l'AIEA et d'autres partenaires internationaux, avec le concours du Réseau REMPAN. Le Bureau régional du Pacifique occidental et le Centre OMS pour le Développement sanitaire à Kobé (Japon) ont été particulièrement sollicités. Une mission sur le terrain, dépêchée par le Bureau régional du Pacifique occidental, a été déployée au Japon pour recueillir davantage d'informations en provenance des zones touchées par le séisme et le tsunami dans le but de mieux appréhender la situation sanitaire et les besoins locaux. Dans la phase préliminaire de l'intervention, les demandes des pays portaient sur deux domaines : des conseils en matière de déplacements (y compris la sécurité des voyages au Japon ; les mesures de contrôle aux frontières ; le dépistage des passagers et le contrôle des aéronefs, des navires et du fret) ainsi que des conseils techniques concernant les interventions. Des conférences téléphoniques et des visioconférences faisant appel à des experts techniques de REMPAN ont été périodiquement organisées.

17. Le Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN) continue de jouer un rôle crucial dans les activités de suivi, d'évaluation et de riposte en raison du nombre substantiel d'événements qui mettent en jeu la sécurité sanitaire des aliments et risquent d'avoir des conséquences internationales. La flambée d'*Escherichia coli*, de souche entéro-aggrégative, produisant des vérotoxines, que l'Allemagne a détectée en mai 2011, était d'une ampleur et d'une gravité inhabituelles. Plus de 4000 cas ont été notifiés et 51 décès ont été enregistrés. Plus de 900 patients ont présenté un syndrome hémolytique et urémique ; bon nombre d'entre eux auront des séquelles rénales durables et certains devront être dialysés à vie. L'OMS a collaboré étroitement avec ses partenaires européens pour proposer au niveau mondial des informations cohérentes à la fois aux autorités sanitaires et aux autorités de sécurité sanitaire des aliments, exploitant à cet effet les voies de communication d'INFOSAN et des points focaux nationaux RSI.

18. Des informations actualisées sont fournies sur la liste des pays ou zones dans lesquelles il y a un risque de transmission de la fièvre jaune et sur les exigences et recommandations pertinentes en matière de vaccination. Ces données sont publiées dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* de l'OMS et sur le site Web de Voyages internationaux et santé.[1] L'examen des critères et des méthodes pour classer les pays en catégorie selon le risque de fièvre jaune se poursuit ; il en va de même pour l'élaboration d'une base de données permettant l'archivage électronique des rapports inédits sur la répartition géographique de la fièvre jaune.

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 avec le concours direct du Secrétariat sous forme de visites dans les pays. Beaucoup d'avis ont également été donnés tant au sein de l'Organisation qu'à des organes et des partenaires extérieurs.

CONCLUSION

20. Les États Parties continuent de progresser dans l'application du Règlement sanitaire international (2005) avec l'appui des bureaux régionaux de l'OMS. Dans la perspective de la date butoir du milieu d'année 2012 pour mettre en place les capacités principales conformément au Règlement, les pouvoirs publics intensifient leurs activités de mise en œuvre. À cet égard, le Secrétariat a écrit à tous les États Parties pour leur expliquer la teneur des modalités de prorogation des délais, prévues aux termes des articles 5 et 13 du Règlement, et en vertu desquels les États Parties pourront, sur demande, obtenir un délai supplémentaire de deux ans pour s'acquitter des obligations énoncées à l'annexe 1 dudit Règlement. Un certain nombre d'États Parties ont déjà fait part à l'OMS de leur intention de demander ce délai supplémentaire en invoquant un besoin justifié. Le nombre de demandes de ce type devrait augmenter dans des proportions importantes à mesure que la date butoir se rapprochera pour la plupart des pays.[2]

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

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

= = =

[1] Voir http://www.who.int/ihr.

[2] Pour la plupart des États Parties, la date butoir est fixée au 15 juin 2012.