



Révision du Règlement sanitaire international

Rapport du Secrétariat

HISTORIQUE

1. L'ancien Règlement sanitaire international a été adopté par la Quatrième Assemblée mondiale de la Santé en 1951 et constituait alors le premier code international unique destiné à prévenir la propagation internationale de certaines maladies infectieuses et exigeant la notification des cas de ces maladies.¹ Les mesures qu'il prévoyait étaient destinées à assurer le maximum de sécurité contre la propagation des maladies d'un pays à l'autre moyennant le minimum d'entraves au trafic mondial. Ce Règlement a été remplacé en 1969 par un nouveau Règlement sanitaire international qui devait être amendé en 1973 avec l'ajout de clauses supplémentaires relatives au choléra, et révisé en 1981 pour en exclure la variole.

2. La Quarante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a exprimé la nécessité d'une nouvelle révision substantielle compte tenu de la recrudescence des maladies infectieuses et du risque accru de propagation internationale dû en particulier au développement des transports aériens commerciaux. La résolution WHA48.7 priait le Directeur général de prendre les dispositions nécessaires pour préparer la révision et invitait instamment à une large participation et coopération au processus. Une série de consultations d'experts et de groupes de travail se sont réunis entre 1995 et 1997 pour parvenir à un consensus sur l'orientation du processus de révision.

3. Un rapport sur les progrès de la révision a récapitulé les résultats de ces consultations et groupes de travail, et notamment la proposition tendant à remplacer la déclaration de certaines maladies par la déclaration immédiate d'un certain nombre de syndromes cliniques définis présentant une importance internationale.² L'approche a par la suite été expérimentée sur le terrain dans 22 pays choisis dans toutes les Régions de l'OMS. Les résultats communiqués à la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé ont étayé la conclusion selon laquelle la notification de syndromes, bien qu'utile dans le cadre d'un système national, ne se prêtait pas à une utilisation dans un cadre réglementaire.³

¹ Règlement N° 2 de l'OMS adopté en application de l'article 21 de la Constitution.

² Voir document EB101/12.

³ Voir document A54/9.

4. Le rapport faisait observer que le Règlement sanitaire international servait de cadre pour régir les activités OMS d'alerte et action en cas d'épidémie et définissait la marche à suivre pour la révision en tenant compte de trois principaux problèmes recensés au cours des activités dans ce domaine.¹ Cette approche va au-delà de la notification de certaines maladies, même si la déclaration par maladie reste possible lorsque le diagnostic est connu. En adoptant la résolution WHA54.14, l'Assemblée de la Santé a exprimé son soutien aux travaux en cours sur la révision du Règlement sanitaire international dans le cadre d'un système OMS d'alerte et action en cas d'épidémie, ainsi qu'à l'introduction de critères permettant de définir une urgence sanitaire de portée internationale. Elle a invité instamment les Etats Membres à désigner des points focaux pour le Règlement sanitaire international.

5. L'un des principaux obstacles à l'application efficace du Règlement actuel tient à la réticence des pays à déclarer rapidement et franchement les flambées de maladies par crainte de répercussions économiques sous forme de pertes pour le commerce et le tourisme. L'OMS a mis en place un système mondial d'alerte et action en cas d'épidémie et élaboré un cadre opérationnel pour obtenir des renseignements sur les épidémies, vérifier les faits, évaluer les risques, coordonner l'action et gérer l'information, en partenariat avec le réseau mondial d'alerte et action en cas d'épidémie, afin de soutenir l'application du Règlement. L'aide rapide que l'OMS peut désormais apporter à travers ses activités d'alerte et action en cas d'épidémie a, parmi d'autres effets positifs, celui d'inciter de plus en plus les pays à déclarer immédiatement une épidémie et à solliciter le concours de l'OMS pour mobiliser et coordonner l'aide internationale voulue. Par exemple, au cours de la plus importante flambée de fièvre hémorragique à virus Ebola jamais enregistrée, l'OMS a reçu une notification électronique immédiate du pays touché dès que les premiers cas ont été suspectés. Une aide rapide, alliée à d'importants efforts nationaux et à une vigilance quant aux conséquences humanitaires de la maladie, a permis de maintenir les frontières ouvertes pendant toute la durée de l'épidémie.

PROGRES ACCOMPLIS

6. A travers un projet mis en oeuvre en coopération avec l'Institut suédois de Lutte contre les Maladies infectieuses, l'OMS a établi des critères permettant de définir les urgences de santé publique de portée internationale, comme le stipulait la résolution WHA54.14. Ces critères ont été incorporés dans un instrument de notification destiné à aider tous les Etats Membres à repérer les situations d'urgence à déclarer à l'OMS. Cet instrument a été mis à l'essai au niveau interne à l'OMS dans le cadre d'activités d'alerte et action en cas d'épidémie et est actuellement officiellement expérimenté avec les Etats Membres participants.

7. Dans la résolution WHA48.7, l'Assemblée de la Santé s'est déclarée consciente que le renforcement des activités de surveillance épidémiologique et de lutte contre la maladie au niveau national était le principal rempart contre la propagation internationale des maladies transmissibles. Le Règlement révisé contiendra des énoncés décrivant les moyens minimums de base dont ont besoin les Etats Membres dans un certain nombre de domaines pour pouvoir appliquer pleinement le Règlement. Ces capacités de base sont nécessaires pour mettre en oeuvre des systèmes nationaux de surveillance

¹ Ces problèmes sont les suivants : faire en sorte que seuls les risques pour la santé publique (dus généralement à un agent infectieux) qui revêtent un caractère d'urgence sur le plan international soient notifiés en vertu du Règlement ; éviter de provoquer une marginalisation et d'entraver inutilement les voyages et les échanges commerciaux internationaux par suite de notifications erronées provenant de sources autres que les Etats Membres, ce qui peut avoir de graves répercussions économiques pour les pays ; enfin, s'assurer que le système soit suffisamment sensible pour repérer des risques nouveaux ou réémergents pour la santé publique.

de la maladie et d'intervention et s'acquitter de tâches spécifiques dans les aéroports internationaux, les ports et les principaux points de franchissement des frontières.

8. A l'issue de consultations lors d'ateliers et de réunions qui ont eu lieu en 2001 et 2002, des documents définissant ces capacités de base ont été rédigés, communiqués aux Etats Membres pour plus ample examen et commentaire, et sont actuellement mis au point sous forme définitive.

9. Ces capacités de base devraient servir à renforcer les systèmes nationaux de surveillance de la maladie et d'intervention et également permettre de mesurer les progrès. Cet objectif, approuvé au niveau international, permettra également d'orienter clairement l'aide fournie par des organismes autres que l'OMS.

10. Afin de soutenir davantage encore l'application du Règlement révisé, l'OMS est en train d'élaborer des directives applicables à la conception et à la mise en oeuvre de systèmes d'alerte rapide, composante essentielle des systèmes nationaux de surveillance.

11. Le Règlement existant fait explicitement référence au *Guide d'hygiène et de salubrité à bord des navires* et au *Guide d'hygiène et de salubrité dans les transports aériens*. Les éditions actuelles de ces guides remontent respectivement à 1967 et 1977. Ils font actuellement l'objet d'une révision substantielle qui a pour but de vérifier qu'ils remplissent leur rôle et contiennent des informations actualisées et des données solides facilitant l'application du Règlement révisé. La révision de ces deux guides, qui suppose une vaste consultation, est donc en cours et de nouvelles éditions devraient être publiées en 2003.

12. L'efficacité du Règlement en tant qu'instrument international dépend essentiellement de la mesure dans laquelle les pays acceptent le cadre juridique qu'il fournit et sont en mesure de l'appliquer. La consultation des Etats Membres concernant les amendements techniques proposés est donc d'une importance capitale pour assurer le succès de la révision. Une série de réunions avec un certain nombre d'Etats Membres aux niveaux national, sous-régional, régional et interrégional ont été organisées afin de valider les mesures systématiques permanentes contenues dans le Règlement existant et mettre à l'essai les nouvelles propositions.¹ L'Australie, le Burkina Faso, la Chine, les Etats-Unis d'Amérique, la Lettonie et la Turquie ont envoyé des observations écrites.

FIN DU PROCESSUS DE REVISION

13. Le rapport présenté à la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé définissait les principales étapes envisagées pour achever la révision du Règlement sanitaire international. La première version technique provisoire, qui tiendra compte des observations formulées par les Etats Membres participant à la révision, sera achevée avant mai 2003, ce qui marquera la fin de la phase de consultation initiale. Ce projet servira de base à la rédaction d'un texte juridiquement pertinent. Il est d'ailleurs prévu de convoquer un atelier juridique chargé d'examiner des questions telles que le respect du Règlement, les conflits possibles avec d'autres instruments internationaux et le règlement des différends.

¹ On trouvera des informations sur ces ateliers et réunions dans : A crises mondiales, solutions mondiales. Gérer les urgences sanitaires de portée internationale au moyen de la version révisée du Règlement sanitaire international. Document WHO/CDS/CSR/GAR/2002.4, appendice 2, également disponible sur le site : http://www.who.int/emc/IHR/int_regs.html

14. Il va donc maintenant falloir passer, compte tenu des conclusions du processus de révision, du plan technique au plan politique, et cela à travers une série de réunions régionales de consensus organisées en 2003 sous l'égide des Directeurs régionaux.

15. Ce vaste processus de consultation est considéré comme la meilleure méthode pour parvenir à un consensus de l'ensemble des gouvernements sur le Règlement révisé. Le degré de consensus atteint lors des réunions régionales déterminera si des réunions ultérieures doivent encore avoir lieu au niveau mondial. Un groupe de travail à composition non limitée réunissant les Etats Membres intéressés pourra alors être convoqué pour mettre la dernière main au projet de Règlement révisé avant sa présentation à l'Assemblée de la Santé. Il est prévu de soumettre le Règlement révisé à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en 2005.

16. Ce calendrier a été soumis au Conseil exécutif pour examen à sa cent onzième session en janvier 2003.¹ Le Conseil a adopté une résolution sur la question contenant un projet de résolution dont l'adoption est recommandée à l'Assemblée de la Santé.²

MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

17. L'Assemblée de la Santé est invitée à examiner le projet de résolution contenu dans la résolution EB111.R13.

= = =

¹ Document EB111/34.

² Résolution EB111.R13, voir document EB111/2003/REC/1.