



## Application du Règlement sanitaire international (2005)

### Rapport annuel sur l'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. Une version antérieure du présent rapport a été examinée par le Conseil exécutif à sa cent trente-huitième session en janvier 2016.<sup>1</sup> Le document a été largement révisé et étoffé pour refléter les évolutions récentes. Il rend compte des mesures prises par le Secrétariat au titre du Règlement dans le cadre de l'action internationale menée en 2015, et à ce jour en 2016, 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, la grippe aviaire et l'infection à virus Zika, et la microcéphalie et le syndrome de Guillain-Barré qui lui sont associés. Le rapport contient également des informations relatives au 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. Il décrit aussi le remplacement proposé des rapports établis par les pays eux-mêmes sur les principales capacités requises au titre du Règlement sanitaire international par une évaluation plus générale des capacités nationales faisant appel, entre autres, à des évaluations externes.

#### PRINCIPAUX ÉVÉNEMENTS ET URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE EN 2015

2. Entre le 16 octobre 2015 et le 15 mars 2016, 167 événements de santé publique ont été enregistrés dans le système OMS de gestion des événements. Pendant cette période, l'OMS a diffusé sur le site d'information sur les événements destiné aux points focaux nationaux RSI 141 bulletins, dont des bulletins régionaux et des bulletins sur les réunions du Comité d'urgence, faisant le point de la situation concernant 69 événements de santé publique. La plupart de ces rapports actualisés concernaient la maladie à virus Zika, et les cas de MERS ou de grippe aviaire chez l'homme.

---

<sup>1</sup> Document EB138/19 ; voir aussi les procès-verbaux de la cent trente-huitième session du Conseil exécutif, première séance, section 4 et deuxième séance, section 1 (document EB138/2016/REC/2, en anglais seulement).

## 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 neuf fois. La réunion la plus récente a eu lieu par téléconférence le 29 mars 2016. Le Comité a noté que, depuis sa précédente réunion, la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone avaient satisfait aux critères requis pour que l'interruption des chaînes initiales de transmission de la maladie à virus Ebola soit confirmée ; ils avaient désormais achevé la période d'observation de 42 jours et la période supplémentaire de surveillance renforcée de 90 jours après l'obtention à deux reprises d'un test négatif pour leur dernier cas lié à la chaîne initiale de transmission. En Guinée, ces étapes ont été franchies le 27 mars 2016. Elles n'ont pas été remises en cause par la notification de petits groupes de cas associés à la résurgence du virus chez un petit nombre d'individus qui avaient auparavant été déclarés guéris de la maladie. Le Comité a conclu que la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest ne constituait plus une urgence de santé publique de portée internationale et qu'il convenait par conséquent de mettre fin aux recommandations temporaires correspondantes publiées par le Directeur général. Se fondant sur l'avis du Comité d'urgence, et sur sa propre évaluation de la situation, le Directeur général a mis fin à l'urgence de santé publique de portée internationale et aux recommandations temporaires, et a souscrit à l'avis de santé publique rendu par le Comité.<sup>1</sup>

4. 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, des réunions intersessions en octobre 2015, novembre 2015, décembre 2015 et février 2016, et sa seconde et dernière réunion du 21 au 24 mars 2016. Le rapport de la première réunion du Comité d'examen ainsi que les rapports des réunions intersessions peuvent être consultés sur le site Web de l'OMS.<sup>2</sup> Le rapport final du Comité a été transmis à la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé dans le document A69/21.

## Syndrome respiratoire du Moyen-Orient

5. Le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) continue à circuler dans la péninsule arabique, des années après avoir été identifié pour la première fois. En mars 2016, des cas d'infection par le MERS-CoV confirmés en laboratoire 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.

6. Depuis 2013, le Comité d'urgence du RSI concernant le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient s'est réuni à 10 reprises, la dernière fois en septembre 2015.<sup>3</sup> À sa dernière réunion, le Comité a estimé que la situation ne constituait toujours 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. Il reste difficile de veiller à la déclaration des cas asymptomatiques ayant eu un résultat positif au test de dépistage du virus, à l'échange rapide d'informations, à l'application des mesures de lutte anti-infectieuse et à la réalisation de travaux de

---

<sup>1</sup> Voir <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/end-of-ebola-pheic/fr/> (consulté le 22 avril 2016).

<sup>2</sup> Voir <http://www.who.int/ihr/review-committee-2016/fr/> (consulté le 31 mars 2016).

<sup>3</sup> Voir <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ihr-emergency-committee-mers/fr/> (consulté le 22 avril 2016).

recherche adaptés. Le Comité a souligné qu'aucune considération de santé publique ne justifiait de restreindre le commerce ou les voyages pour éviter la propagation du coronavirus 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**

7. 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 huit fois. En février 2016, 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 que le poliovirus continuait à se propager entre l'Afghanistan et le Pakistan, 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.<sup>1</sup>

8. 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.<sup>2</sup>

## **Virus Zika, microcéphalie et syndrome de Guillain-Barré**

9. Le 1<sup>er</sup> février 2016, le Directeur général a convoqué la première réunion du Comité d'urgence sur le virus Zika au titre du Règlement sanitaire international (2005), concernant des groupes de cas de microcéphalie et d'autres troubles neurologiques dans certaines zones affectées par le virus Zika. Sur la base de l'avis du Comité d'urgence, le Directeur général a déclaré que les groupes de cas de microcéphalie et d'autres troubles neurologiques signalés au Brésil, à la suite d'un groupe de cas similaires rapportés en Polynésie française en 2014, constituait une urgence de santé publique de portée internationale, et a publié les recommandations temporaires correspondantes. À sa deuxième réunion (Genève, 8 mars 2016), le Comité d'urgence a examiné les derniers éléments attestant d'un lien de causalité entre l'infection à virus Zika et la microcéphalie et est convenu que, bien que les éléments de preuve sur ce lien soient plus solides qu'en février 2016, de nouveaux travaux de recherche étaient encore nécessaires. Cette conclusion a conduit le Comité à formuler un avis complémentaire que le Directeur général a publié sous forme de recommandations temporaires.<sup>3</sup>

10. Du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 30 mars 2016, la transmission du virus Zika a été établie dans 61 pays et territoires au total. Au 26 mars 2016, le virus continue à se propager activement dans 38 pays et territoires. Six pays ont également signalé des cas d'infection contractée localement en l'absence de tout moustique vecteur connu, probablement par transmission sexuelle. Sur la base d'études

---

<sup>1</sup> Disponible à l'adresse <http://www.who.int/entity/mediacentre/news/statements/2016/8th-IHR-emergency-committee-polio/en/index.html> (consulté le 22 avril 2016).

<sup>2</sup> Voir le document A69/26.

<sup>3</sup> Disponible à l'adresse <http://www.who.int/entity/mediacentre/news/statements/2016/2nd-emergency-committee-zika/fr/index.html> (consulté le 22 avril 2016).

d'observation, de cohorte et d'études cas-témoins, le consensus scientifique quant au lien de cause à effet entre le virus et le nombre croissant de cas de syndrome de Guillain-Barré, de microcéphalie et d'autres troubles neurologiques signalés dans un certain nombre de pays où le virus Zika circule est de plus en plus large. L'OMS a lancé un cadre d'action stratégique englobant les activités de surveillance et de riposte et les travaux de recherche.<sup>1</sup> L'Organisation travaille en étroite collaboration avec les bureaux régionaux et les pays touchés à une riposte intégrée comprenant la surveillance et la lutte antivectorielle, la promotion de mesures individuelles de protection, le soutien aux femmes enceintes vivant ou ayant séjourné dans des pays touchés par le virus Zika, et la gestion des complications supplémentaires liées à l'infection par le virus Zika. Des investissements accrus sont indispensables pour lutter contre la propagation du virus et gérer les complications. À ce jour, l'OMS et ses partenaires ont défini leurs besoins de financement pour la période allant jusqu'à juin 2016.

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

11. La menace d'une pandémie de grippe persiste en raison de l'évolution constante des virus grippaux. Jusqu'à présent en 2016, le profil épidémiologique de l'infection humaine par le virus de la grippe aviaire A(H7N9) semble analogue à celui observé en 2015. Des sous-types des virus de la grippe aviaire A(H5) hautement pathogènes, y compris les sous-types H5N1, H5N2, H5N6, H5N8 et H5N9, continuent à circuler et à se propager chez les oiseaux et causent, ou peuvent causer, des infections sporadiques chez l'homme. L'évaluation virologique et épidémiologique des virus de la grippe A(H5) montre que le risque qui leur est associé est demeuré le même depuis l'évaluation de 2015.

12. Compte tenu de la propagation persistante du virus de la grippe A(H5) en Afrique de l'Ouest, de l'épidémie d'infections dues au virus de la grippe A(H7N9) chez les volailles et du réassortiment constant du virus avec le virus de la grippe A(H9N2), et en raison des infections zoonotiques répétées, les virus de la grippe aviaire constituent, comme le montrent les virus de la grippe A(H5), A(H7N9) et A(H9N2), une menace flagrante.

13. Les virus grippaux A(H1N1) et A(H3N2), qui ont des caractéristiques différentes de celles des virus de la grippe saisonnière qui circulent chez l'homme, sont des virus enzootiques dans les populations porcines de nombreuses régions du monde et sont susceptibles d'infecter l'homme. Un petit nombre d'infections humaines par les virus de la grippe porcine A(H1) ont été constatées à nouveau depuis septembre 2015.

14. Grâce au Système mondial OMS de surveillance de la grippe et de riposte, qui couvre 113 pays, l'OMS surveille de près l'évolution et l'émergence des virus grippaux potentiellement importants pour la santé publique.

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

### **Renforcement des capacités**

15. Depuis 2010, le cadre de suivi des principales capacités requises en vertu du RSI utilise un questionnaire d'autoévaluation complété par les États Parties 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

---

<sup>1</sup> Voir <http://www.who.int/emergencies/zika-virus/strategic-response-framework.pdf> (consulté le 22 avril 2016).

par le Règlement sanitaire international (2005). En 2015, les États Parties ont continué à fournir des informations au Secrétariat.<sup>1</sup> Au 5 avril 2016, 126 des 196 États Parties avaient rempli le questionnaire d'autoévaluation envoyé en avril 2015. L'analyse des informations tirées des rapports annuels sur les principales capacités requises en vertu du RSI que les États Parties ont présentés 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, le niveau réel des capacités est difficile à déterminer dans certains pays et il faudra continuellement renforcer les infrastructures, les procédures et les ressources humaines pour s'assurer que ces capacités demeurent fonctionnelles. Par ailleurs, les capacités de détection des accidents chimiques et radiologiques et de riposte font souvent encore défaut. Le détail des évaluations fournies par les États Membres pour 2015 peut être consulté sur le site Web de l'OMS.<sup>2</sup>

16. 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, 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 ».<sup>3</sup>

17. L'OMS a établi un nouveau cadre de suivi et d'évaluation des principales capacités requises en vertu du RSI. Outre le rapport annuel, ce cadre prévoit des analyses a posteriori, des exercices de simulation et une évaluation (externe) indépendante (voir l'annexe). Le Secrétariat a dans un premier temps axé ses travaux sur la mise au point d'un élément d'évaluation indépendant. En février 2016, l'outil d'évaluation externe conjointe au titre du RSI (2005) a été présenté sous sa forme définitive et, avec la collaboration des partenaires et d'experts, des missions volontaires d'évaluation externe conjointe ont commencé dans les pays. Les résultats des premières expériences sont positifs et les partenaires se sont dits prêts à soutenir cette approche et à tirer parti des évaluations externes conjointes pour élaborer ou améliorer les plans d'action nationaux visant à renforcer la préparation des pays aux situations d'urgence sanitaire. Les trois autres éléments du nouveau cadre de suivi et d'évaluation au titre du RSI sont en cours d'achèvement, conjointement à l'ensemble des guides et outils pertinents. Ils seront disponibles sur le site Web de l'OMS. Il est prévu d'utiliser une nouvelle formule pour la présentation des rapports à l'Assemblée de la Santé en 2017 ; à partir de juin 2016 débutera la collecte des données pour 2016, sous réserve de l'approbation par l'Assemblée de la Santé du nouveau cadre de suivi et d'évaluation au titre du RSI.

18. 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, de vaste portée, ils appellent l'attention entre autres sur la mission centrale et le leadership résolu de l'OMS, et sur le fait que le Règlement sanitaire international

---

<sup>1</sup> Voir IHR Capacity Scores for all reporting States Parties for 2015, disponible à l'adresse <http://www.who.int/gho/ihr> (consulté le 22 avril 2016).

<sup>2</sup> Voir <http://www.who.int/gho/ihr/en/> (consulté le 26 avril 2016).

<sup>3</sup> Voir le paragraphe 43 du document A68/22 Add.1.

(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.<sup>1</sup>

19. 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 rassemblé 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 d'alignement 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. Une réunion de suivi est prévue pour examiner les avancées réalisées et les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la préparation des pays aux situations d'urgence, convenir d'une feuille de route, y compris moyennant une approche multisectorielle, construire les capacités prioritaires pour la préparation aux situations d'urgence sanitaire dans les pays et obtenir de nouveaux engagements de la part des États Membres et des partenaires.

20. Une réunion de haut niveau sur la création d'une alliance pour l'évaluation de la sécurité sanitaire mondiale et de l'application du RSI dans les pays a été organisée par le gouvernement finlandais (Genève, 14 mars 2016). La réunion a rassemblé plus de 20 pays ainsi que des représentants des institutions multilatérales et des donateurs afin de proposer une alliance reposant sur des évaluations externes conjointes des principales capacités au titre du Règlement sanitaire international (2005). Il a été proposé que cette alliance inclue un petit secrétariat au sein de l'OMS et un groupe consultatif qui serait établi pour soutenir le processus d'évaluation dans les pays.

21. Le Ministre français des Affaires sociales et de la Santé et la Commission européenne ont organisé une Conférence de haut niveau sur la sécurité sanitaire internationale (Lyon, France, 22 et 23 mars 2016). L'événement était coorganisé par l'OMS et la Commission européenne, et placé sous le patronage de la présidence néerlandaise du Conseil de l'Union Européenne. Le principal résultat de la Conférence a été l'engagement de renforcer la sécurité sanitaire internationale par l'application du Règlement sanitaire international (2005). En rassemblant de nombreuses institutions, ainsi que des partenaires privés et publics, et les secteurs de la santé humaine et vétérinaire, la Conférence a permis de mieux faire connaître le Règlement sanitaire international et de faire comprendre la nécessité d'accélérer son application. Les participants ont réaffirmé les principes clés du Règlement : une approche multisectorielle, l'évaluation précise des capacités, les aspects fondamentaux du renforcement des systèmes de santé, des ressources humaines et de la coopération interpayes.

---

<sup>1</sup> [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/G/G7-Ges.Minister\\_2015/G7\\_Health\\_Ministers\\_Declaration\\_AMR\\_and\\_EBOLA.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/G/G7-Ges.Minister_2015/G7_Health_Ministers_Declaration_AMR_and_EBOLA.pdf) (consulté le 22 avril 2016).

---

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

22. 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 anti-amaril conférait une protection à vie. En conséquence, la Soixante-Septième Assemblée mondiale 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 anti-amarile et la validité du certificat correspondant, qui étaient de 10 ans auparavant, s'étendaient à la vie entière du sujet vacciné.<sup>1</sup> Cet amendement entrera en vigueur en juillet 2016.

23. Faisant suite à une demande de la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, qui a noté que la vaccination anti-amarile 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 anti-amarile 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 anti-amarile des voyageurs.<sup>2</sup>

## **POSSIBILITÉS ET DIFFICULTÉS DANS L'APPLICATION DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005)**

24. Le Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola a conclu qu'il était impératif de considérer comme prioritaire l'application du Règlement dans tous les pays et de renforcer les capacités du Secrétariat et les partenariats pour soutenir les États Parties.<sup>3</sup> Le Comité a formulé 12 recommandations pour garantir l'application du Règlement sur la base de nouvelles propositions et pour améliorer le respect du Règlement moyennant : l'élaboration d'un plan stratégique mondial ; le financement de l'application du Règlement ; une plus grande prise de conscience à son égard ; l'introduction et la promotion de l'évaluation externe des principales capacités ; l'amélioration du travail du Secrétariat sur l'évaluation des risques et la communication sur ceux-ci ; le respect plus rigoureux des prescriptions concernant les mesures supplémentaires et les recommandations temporaires ; le renforcement des points focaux nationaux RSI ; la priorité accordée aux mesures d'appui aux pays les plus vulnérables ; et la consolidation des principales capacités au titre du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre plus vaste du renforcement des systèmes de santé.

## **Préparation et coordination entre de multiples initiatives pour l'application du Règlement**

25. La crise de la maladie à virus Ebola a conduit la communauté internationale à réévaluer ses priorités mondiales et à apprécier pleinement l'importance du Règlement en tant qu'instrument multilatéral capable de guider les pays, les organisations internationales et les partenaires dans leur

---

<sup>1</sup> Voir le document WHA67/2014/REC/1, résolution WHA67.13 et annexe 5.

<sup>2</sup> Voir la résolution WHA68.4 (2015).

<sup>3</sup> Voir le document A69/21.

préparation aux situations d'urgence de santé publique majeures. Cet intérêt renouvelé pour le Règlement en tant que bien public mondial a donné naissance à de nombreuses nouvelles initiatives visant à évaluer les capacités existantes en santé publique dans le cadre des systèmes de santé et à soutenir leur amélioration et leur renforcement par l'intermédiaire de mesures incitatives et de la collaboration. Il s'agit notamment d'initiatives pour le renforcement des systèmes de santé, des efforts de préparation à la pandémie, y compris le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique, du renforcement des principales capacités au titre du Règlement sanitaire international (2005), de la préparation aux catastrophes naturelles (par exemple l'initiative pour la sécurité des hôpitaux), de l'Initiative One Health, des programmes de préparation aux situations d'urgence pour les secteurs du transport et de la biosécurité, et de l'intégration de la préparation des pays aux situations d'urgence sanitaire et de la préparation aux catastrophes naturelles et aux crises humanitaires. Ces initiatives nécessitent une coordination et représentent des possibilités importantes pour la santé publique mondiale et le Secrétariat.

## **CONCLUSION**

26. 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 a formulé des recommandations pour améliorer le fonctionnement du Règlement. La bonne application du Règlement est plus importante que jamais au vu des problèmes de santé publique dans un monde où les frontières n'offrent aucun rempart contre les maladies ou d'autres menaces pour la santé publique. La sécurité de la santé publique mondiale demeure au premier rang des priorités internationales. Or, le Règlement est indispensable à la fois pour assurer la sécurité de la santé publique 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 les capacités qu'offre le Règlement de protéger les populations et le monde contre les urgences de santé publique telles que l'épidémie de maladie à virus Ebola, un nouveau sous-type de grippe chez l'homme, et les groupes de cas de microcéphalie et de syndrome de Guillain-Barré associés au virus Zika. L'application du Règlement, surtout pour éviter des mesures 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. À cet égard, la réforme de l'action de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire et les recommandations 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, ainsi que l'engagement renouvelé des États Parties et des partenaires pertinents, constituent des éléments essentiels pour l'application efficace du Règlement.

## **MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ**

27. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport.



## ANNEXE

**LE RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005)****Cadre de suivi et d'évaluation****Principes du nouveau cadre de suivi et d'évaluation au titre du RSI**

1. Le nouveau cadre de suivi et d'évaluation au titre du RSI combine une approche qualitative et une approche quantitative dans le cadre d'un processus d'examen objectif des capacités réelles des pays. Il est proposé de mener ce processus de suivi et d'évaluation selon un cycle de quatre ans qui sera ancré dans le cycle national d'examen des systèmes de santé et de planification budgétaire.
2. Le nouveau cadre doit favoriser la responsabilisation et la transparence moyennant la présentation de rapports précis et réguliers sur l'état de l'application du RSI, encourageant ainsi le dialogue, la confiance et la responsabilisation entre les États Parties. Les possibilités d'amélioration recensées suite à l'application de ce cadre devront se refléter dans un plan d'action national assorti de délais et doté de ressources en vue de sa mise en œuvre. Le plan d'action national concernant les principales capacités au titre du RSI et la préparation du pays aux urgences sanitaires doit être intégré au cycle budgétaire national et aligné sur le plan stratégique national, plutôt qu'indépendant de la planification institutionnelle. Ce cycle régulier d'examen doit faciliter les liens avec les autres secteurs pertinents et être gage de cohérence avec les plans stratégiques nationaux existants ; promouvoir les partenariats aux niveaux national et international ; et permettre de collaborer avec les donateurs et les partenaires actuels et potentiels pour compléter l'investissement national dans la sécurité sanitaire.

**Les quatre éléments du nouveau cadre de suivi et d'évaluation au titre du RSI**

3. Le cadre se compose de quatre éléments étroitement liés les uns aux autres, qui sont conçus pour identifier les lacunes et les possibilités d'amélioration. Il est proposé qu'au cours d'une période de quatre ans, les États Parties mènent systématiquement les activités suivantes.

**Rapports annuels**

4. En vertu de l'article 54 du Règlement, les États Parties font rapport chaque année à l'Assemblée de la Santé sur l'application du Règlement. Ces rapports doivent être présentés conformément à la résolution WHA61.2 (2008) sur l'application du Règlement sanitaire international (2005). La présentation annuelle de rapports vise à donner une image instantanée de l'état des principales capacités dans tous les pays. Compte tenu des limites inhérentes à tout outil autogéré, le questionnaire de suivi du RSI actuel devra être complété aussi fréquemment que possible par les trois autres éléments. Une révision du questionnaire est aussi en cours afin de le simplifier et de l'aligner sur l'outil d'évaluation externe conjointe.

## Évaluation externe conjointe

5. L'évaluation externe conjointe vise à évaluer la capacité du pays à prévenir et détecter les événements de santé publique, et à agir rapidement au titre du Règlement. L'évaluation externe a pour objectif d'introduire une évaluation indépendante, par des experts, des capacités d'un pays et de mesurer les progrès accomplis dans l'obtention des capacités requises en vertu du Règlement.
6. L'évaluation externe permet aux pays d'identifier les besoins les plus urgents dans le cadre de leurs plans nationaux ; d'établir des priorités en vue d'améliorer la préparation, la détection et le renforcement des capacités d'action, notamment en fixant des priorités nationales et en allouant des ressources sur la base de conclusions objectives ; et de collaborer avec les donateurs et les partenaires actuels et potentiels, le cas échéant. La transparence est un élément important pour attirer les ressources et les orienter vers les domaines où elles sont le plus nécessaires.
7. Les pays sont encouragés, sur une base volontaire, à mener au moins une évaluation externe conjointe tous les quatre ans.
8. Pour que l'évaluation externe conjointe soit réalisée de manière standardisée dans tous les États Parties, un outil d'évaluation externe conjointe a été mis au point par le Secrétariat en collaboration avec des experts, les États Parties et les partenaires. L'outil est conçu de façon à évaluer 19 domaines techniques.

## Examen a posteriori et/ou exercice(s) de simulation

### *Examen a posteriori*

9. Il est impératif de compléter les rapports annuels en procédant à l'examen de l'expérience concrète d'un événement de santé publique qui peut offrir la possibilité de tirer des enseignements et d'identifier des possibilités d'amélioration. L'événement/les événements de santé publique qui feront l'objet d'un examen a posteriori doivent être choisis par les États Parties, bien que le Secrétariat puisse donner sur demande un avis technique. Les informations qui sont obtenues par l'intermédiaire de l'examen a posteriori seront dans un premier temps qualitatives et fonctionnelles, et seront utilisées pour identifier tout domaine à améliorer au moyen d'un plan d'action national. Cet examen peut être un autoexamen (par les responsables de l'application du RSI au niveau national) ou un examen conjoint (par les responsables de l'application du RSI au niveau national et des partenaires extérieurs nationaux ou internationaux en partenariat avec un groupe de pairs venant d'un autre pays ou avec le Secrétariat).

### *Exercice(s) de simulation*

10. Lorsqu'il n'y a pas d'événement de santé publique adapté à examiner, les exercices de simulation peuvent être une solution de remplacement pour tester le fonctionnement réel des principales capacités au titre du RSI. Des exercices (nationaux, régionaux ou locaux) pourraient aussi être spécialement conçus lorsqu'il est nécessaire de tester l'efficacité de qualités fonctionnelles spécifiques ou d'un domaine technique.
11. Les pays sont encouragés à mener un examen a posteriori ou à effectuer des exercices de simulation au moins une fois tous les quatre ans.

**Rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès réalisés dans l'application du Règlement**

12. Conformément aux principes de transparence et de responsabilité mutuelle sur lesquels repose le Règlement, il est proposé que le rapport pertinent présenté à l'Assemblée de la Santé par le Secrétariat fournisse un résumé de l'évaluation menée dans chaque pays sur la base du nouveau cadre de suivi et d'évaluation au titre du RSI. Le Secrétariat créera, sur le site Web de l'OMS, des pages par l'intermédiaire desquelles il sera possible d'accéder, avec l'accord du pays concerné, aux informations contenues dans le rapport annuel et/ou aux informations relatives aux éventuels missions d'évaluation externe conjointe, examens a posteriori et/ou exercices de simulation qui auront été menés.

= = =