



Application du Règlement sanitaire international (2005)

Rapport 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

Rapport du Directeur général

Le Directeur général a l'honneur de transmettre à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé le rapport du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (RSI) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte (voir l'annexe).

ANNEXE

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
REMERCIEMENTS	3
PRÉFACE	6
RÉSUMÉ D'ORIENTATION.....	8
INTRODUCTION ET GÉNÉRALITÉS.....	13
MÉTHODES DE TRAVAIL	17
ÉVALUATION	18
RECOMMANDATIONS	57
Appendices	78

REMERCIEMENTS

Le Comité d'examen a reçu des contributions précieuses d'États Parties, d'institutions spécialisées des Nations Unies, d'organisations gouvernementales et non gouvernementales et de personnes privées. Il tient à remercier en particulier les personnes suivantes qui lui ont accordé des entretiens :

Dr David Nabarro, Président du Groupe consultatif sur la réforme de l'action de l'OMS lors de flambées et de situations d'urgence ayant des conséquences sanitaires et humanitaires et Envoyé spécial du Secrétaire général des Nations Unies pour la lutte contre Ebola ; Mme Catherine Fiankan-Bokonga, correspondante à Genève pour des médias africains ; Dr Mustafa Sidiki Kaloko, Commissaire de l'Union africaine chargé des affaires sociales ; Dr Scott Dowell, Directeur, Surveillance et épidémiologie, Fondation Bill & Melinda Gates ; Dr Steve Landry, Directeur adjoint, Partenariats multilatéraux, Fondation Bill & Melinda Gates ; Dr Elizabeth Wilkinson, Chef des services de santé, British Airways ; Mme Sophie Van Zaelen, Administratrice Santé, sécurité et environnement, Brussels Airlines ; Dr Kashef Ijaz, Directeur adjoint principal de la Division de la protection sanitaire mondiale, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) à Atlanta ; M. Dennis Brodie, Président de DRBC Consulting ; Professeur Ilona Kickbusch, Directrice du Programme sanitaire mondial, Graduate Institute of International and Development Studies et membre du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola ; Dr Denis Coulombier, Chef de l'Unité Surveillance and Response Support, European Centre for Disease Prevention and Control ; Professeur Larry Gostin, Directeur du O'Neill Institute for National and Global Health Law, Georgetown University ; Dr Seth Berkley, Administrateur principal de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination ; Dr Mark Dybul, Directeur exécutif du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; Dr Päivi Sillanauke, Présidente du Programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale et Secrétaire permanent, Ministère de la santé, Finlande ; Dr Outi Kuivasniemi, point focal du Programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale, Ministère de la santé, Finlande ; Dr Ray Arthur, Président du Comité directeur du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie ; Dr Keita Sakoba, Coordonnateur national de la lutte contre Ebola, Ministère de la santé, Guinée ; Professeur Robert Steffen, Vice-Président du Comité d'urgence du RSI concernant Ebola et Professeur à l'Institut d'épidémiologie, de biostatistique et de prévention du centre collaborateur de l'OMS pour la santé des voyageurs de l'Université de Zürich ; Professeur Chris Baggeley, Président du Comité d'urgence du RSI concernant le MERS-CoV et Chief Medical Officer, Department of Health, Australie ; Dr Alain Poirier, Expert associé à l'Institut national de la santé publique du Québec, Canada ; Dr Claude Thibeault, Conseiller médical à l'Association internationale du transport aérien ; Dr Michiel Vreedenburgh, Chef, Aviation Safety Implementation à l'Organisation de l'aviation civile internationale ; Dr Martin Schuepp, Coordonnateur des opérations pour l'Afrique de l'Ouest à la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ; Dr Zaher Osman, Médecin et Dr Esperanza Martinez, Head of the Health Unit in the Assistance Division, Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ; M. Brendan Shaw, Sous-Directeur général de la Fédération internationale de l'industrie du médicament ; Dr Julie Hall, Directrice de la santé et des soins, Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ; Dr Teresa Zakaria, Chef d'unité et Kolitha Wickramage, Médecin-administratrice pour les opérations d'urgence sanitaire à l'Organisation internationale pour les migrations ; Dr Craig Stark, Directeur médical régional dans les services gouvernementaux (Asie-Pacifique, Moyen-Orient et Afrique) à International SOS ; Dr Abdullah Al Asiri, Ministre adjoint assistant de la santé chargé de la médecine préventive et point focal national RSI au Ministère de la santé, Royaume d'Arabie saoudite ; M. Thomas K. Nagbe, Directeur, Lutte contre la maladie, Ministère de la santé, Libéria ; Dr Peter Piot, Président du groupe d'experts indépendants sur la riposte mondiale à Ebola et Director and Professor of Global Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine ; Mme Rosa Crestani, Coordonnatrice des urgences, Médecins sans frontières ; M. Pallava Bagla, Science Editor, New Delhi Television ; Paul Spiegel,

Directeur adjoint, Division de la gestion et de l'appui aux programmes, Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés ; Dr Theresa Tam, Sous-Administratrice en chef de la santé publique et Sous-Ministre adjointe, Prévention et contrôle des maladies infectieuses, Agence de la santé publique du Canada ; Professeur Lothar Wieler, Président et Dr Lars Schaade, Vice-Président et Chef, Centre pour les menaces biologiques et les agents pathogènes particuliers, Institut Robert Koch ; Mme Stephanie Nebehay, Senior Correspondent of Reuters ; Dr David Haymann, Head and Senior Fellow of the Centre on Global Health Security at The Royal Institute of International Affairs (Chatham House) ; Douglas Webb, Chef d'équipe, Santé et financements innovants, Programme des Nations Unies pour le développement ; Mme Ingrid Nordström-Ho, Head of the Policy and Planning Unit, Section de la coordination civilomilitaire du Bureau de la coordination des affaires humanitaires ; M. Thomas Peter, Chef du Secrétariat du Global Disaster Alert and Coordination System au Bureau de la coordination des affaires humanitaires ; M. John Ging, Directeur de la Division des opérations au Bureau de la coordination des affaires humanitaires ; M. Ramesh Rajasingham, Directeur du secrétariat du Groupe de haut niveau du Secrétaire général sur la riposte mondiale aux crises sanitaires ; Dr Arlene King, Professeur auxiliaire à l'École Dalla Lana de santé publique de l'Université de Toronto ; Dr Laurie Garrett, Science journalist and Senior Fellow at the United States Council on Foreign Relations ; Dr Tim Evans, Senior Director for the Health, Nutrition and Population Global Practice, Banque mondiale ; M. Sharif Georges, Head of the Quality Assurance Unit/Aviation Service, Programme alimentaire mondial ; Gretchen H. Stanton, Conseillère principale, Division de l'agriculture et des produits de base, Organisation mondiale du commerce ; Rudolf Adlung, Économiste hors classe à la retraite de l'Organisation mondiale du commerce ; et Dr Robert Glasser, Représentant spécial du Secrétaire général de l'ONU pour la réduction des risques de catastrophe.

Les personnes suivantes ont répondu aux questions posées dans le cadre de la consultation électronique ouverte :

Missions auprès de l'Organisation des Nations Unies : Argentine, Cambodge, Colombie, Danemark, Fédération de Russie, France, Laos, Lettonie, Malaisie, Maurice, Mexique, Mongolie, Monténégro, Ouganda, Pakistan, Pays-Bas, Pérou, République islamique d'Iran, Singapour, Sri Lanka, Venezuela et Vietnam ; organisations intergouvernementales : Banque asiatique de développement, Australian Medical Association ; et organisations non gouvernementales : Management Sciences for Health: Save the Children, International Medical Corps et The African Field Epidemiology Network.

Les membres suivants du personnel du Secrétariat de l'OMS au Siège et dans les Régions ont apporté leur concours au Comité :

Sylvain Aldighieri, Ala Alwan, Roberta Andraghetti, Bruce Aylward, Philippe Barboza, Mohamed Belhocine, Ties Boerma, Sylvie Briand, Gian Luca Burci, Stella Chungong, Patrick Drury, Daniel Epstein, Florence Fuchs, Keiji Fukuda, Erika Garcia, Alex Gasasira, Gregory Härtl, Thomas Hofmann, Anne Huvos, Hamid Jafari, Edward Kelley, Daniel Kertesz, Marie-Paule Kieny, Florimond Tshioko Kweteminga, Ailan Li, Daniel Menucci, Rebecca Matshidiso Moeti, Ezzeddine Mohsni, Roderico Ofrin, Bardan Rana, Guenael Rodier, Ibrahima Soce-Fall et Zabulon Yoti.

Le Comité d'examen tient à remercier le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, le Dr Anarfi Asamoah-Baah, Directeur général adjoint, le Dr Ian Smith, Directeur exécutif et le Dr Isabelle Nuttall, Directeur pour leur soutien actif aux travaux du Comité d'examen.

Le Comité tient à remercier également les membres suivants du Secrétariat de l'OMS qui lui ont apporté leur concours : Fernando Gonzalez-Martin, Dominique Metais, Jakob Quirin, Bruce Plotkin, Cecilia Rose-Oduyemi et Steve Solomon. Le Comité d'examen voudrait remercier tout spécialement

les membres de son propre secrétariat. Le secrétariat du Comité d'examen du Règlement sanitaire international était dirigé par Rudiger Krech et Guenael Rodier, assistés des personnes suivantes : Marie-Isabelle Asencio, Mary Chamberland, Nathalie Chambonniere, Carmen Dolea, Silvia Ferazzi, Priya Joi, Gilles Poumerol, Magdalena Rabini, Veronica Riemer, Alexandra Rosado-Miguel, Veronica Sawin et Franziska Schuster.

PRÉFACE

Le Règlement sanitaire international (2005) (RSI) était en cours d'élaboration en 2003 lorsque le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) a brusquement fait prendre conscience au monde que la mondialisation accroît le risque de propagation internationale rapide des menaces pour la santé publique. L'adoption du RSI en 2005 par les États Parties a constitué un grand pas en avant vers l'amélioration de la solidarité mondiale au service de la protection de la santé publique.

La pandémie de grippe A(H1N1) de 2009, survenue alors que de nombreux pays commençaient seulement à appliquer le RSI, a été la première mise à l'épreuve véritable du RSI révisé. Ce travail initial de mise en œuvre a aidé les pays et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à se préparer à la pandémie et à organiser la riposte. Dans son rapport de 2011, le Comité d'examen du RSI insistait toutefois sur l'urgence d'une application plus active du RSI pour que les pays aient la possibilité de détecter rapidement les risques pour la santé publique, de communiquer ces informations aux autres États Parties et à l'OMS, et d'utiliser les lignes directrices de l'OMS et des autres acteurs principaux des secteurs de la santé et de l'action humanitaire pour déterminer la riposte appropriée.

Si l'on excepte le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) et la poliomyélite, événements importants qui ont bénéficié d'une action coordonnée en vertu du RSI, l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest a été la deuxième mise à l'épreuve importante du RSI révisé. Le Comité d'examen a soigneusement cherché à déterminer si les failles dans la riposte mondiale pouvaient être imputées à des lacunes propres au RSI ou à une mauvaise application du Règlement. Le Comité est arrivé à la conclusion que le texte du RSI est solide et qu'il faut qu'il soit appliqué et non modifié. Le Comité estime que la crise d'Ebola a confirmé de façon éloquente l'évaluation antérieure selon laquelle « le monde était mal préparé à une urgence menaçant durablement la santé publique à l'échelle mondiale. »¹

Des recommandations ont déjà été faites pour améliorer l'application du RSI. Le présent Comité d'examen s'est attaché à formuler un nouvel ensemble de recommandations qui soit suffisamment pragmatique pour améliorer l'application du RSI. Ces recommandations associent l'évidence – comme la nécessité de disposer de ressources et de moyens financiers suffisants pour remplir les obligations énoncées dans le RSI – et l'innovation, comme un mécanisme facilitant les alertes précoces, pour améliorer la prise des décisions et le déclenchement des ripostes.

Si nous voulons réellement préparer le monde et le doter des moyens nécessaires pour agir rapidement et efficacement à l'avenir, alors nous devons donner la priorité à l'application du RSI, mettre fin aux inégalités qui ont caractérisé les ripostes mondiales à ce jour, et renforcer le rôle du Secrétariat de l'OMS dans la coordination et l'appui pour l'application du RSI.

Les menaces mondiales pour la santé publique, qu'elles proviennent d'agents pathogènes connus ou de nouvelles maladies émergentes, sont un danger réel et potentiellement imminent. La seule consolation est que le choc de la catastrophe d'Ebola a poussé le monde à analyser les failles et à mieux se préparer à la prochaine menace pour la santé mondiale. Une crise est à la fois une épreuve et une opportunité.

¹ Application du Règlement sanitaire international (2005). Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A(H1N1) 2009. Rapport du Directeur général. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (A64/10) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-fr.pdf?ua=1).

Le Comité d'examen est d'avis qu'une grande part de ce qui doit être fait doit être fait rapidement. La dynamique créée par Ebola, qui incite à mieux se préparer à la prochaine menace mondiale pour la santé, fera probablement long feu. Ebola a été cause d'un trop grand nombre de vies perdues. Par égard pour ces personnes, le monde se doit de faire tout son possible pour empêcher qu'un tel désastre évitable se reproduise.

Didier Houssin (Président),
Karen Tan (Vice-Présidente), Helen Rees (Rapporteur)
Salah Al Awaidy, Preben Aavitsland, Hanan Balkhy, Marion Bullock DuCasse, Rupa Chanda,
Supamit Chunsuttiwat, Thomas Cottier, Andrew Forsyth, John Lavery, Louis Lillywhite,
Brian McCloskey, Babacar Ndoeye, Samba Sow

Comité d'examen du RSI

Mars 2016
Genève (Suisse)

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. L'épidémie de virus Ebola qui a débuté en Afrique de l'Ouest en décembre 2013 est la plus importante flambée épidémique jamais observée pour cette maladie, avec comme conséquences des niveaux élevés de morbidité et de mortalité et des retombées économiques considérables pour les pays les plus gravement touchés. La maladie à virus Ebola est responsable du décès de plus de 11 000 personnes en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone, et elle a touché sept autres pays et mis à très rude épreuve les capacités de riposte nationales et internationales. Mobilisant de nombreuses organisations civiles et humanitaires, l'urgence a conduit au déploiement de personnels militaires de plusieurs pays et de la première mission sanitaire d'urgence des Nations Unies jamais créée – la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (MINUAUCE). Le virus Ebola a brutalement révélé que nous étions toujours mal préparés à faire face à une urgence de santé publique majeure.

2. La riposte mondiale à Ebola, dont les failles ont été le reflet de celles qui avaient été observées en 2009 dans la lutte menée contre la pandémie de grippe A(H1N1), a fait ressortir les insuffisances des mécanismes opérationnels et du cadre stratégique du Règlement sanitaire international (2005) (RSI), dont la fonction est d'améliorer la solidarité mondiale pour protéger la santé publique. Le RSI, qui est entré en vigueur en juin 2007 après l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), est un instrument juridique international qui vise à prévenir la propagation internationale des maladies et à organiser la riposte tout en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce. Le Règlement est juridiquement contraignant pour les États Parties¹ et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Aux termes du Règlement, les États Parties ont l'obligation explicite d'évaluer, de renforcer et de maintenir des capacités principales en matière de surveillance, d'évaluation des risques, de notification et d'action, et un rôle de leadership à l'échelle mondiale est assigné à l'OMS. Le premier examen du fonctionnement du RSI, publié en mai 2011, indiquait que si l'approche proposée par le RSI pour faire face à des urgences de santé mondiales était valable, de sérieuses lacunes subsistaient dans la préparation à l'échelle mondiale. La gravité et la durée de la pandémie d'Ebola ont entravé, plus que jamais auparavant, le fonctionnement du RSI, et il faut maintenant trouver des moyens réalistes et pratiques pour renforcer son application.

3. En mai 2015, la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a prié le Directeur général de l'OMS de constituer un comité d'examen pour examiner le rôle du RSI dans l'épidémie de maladie à virus Ebola et dans la riposte, avec les objectifs suivants :

- évaluer l'efficacité du RSI (2005) concernant la prévention, la préparation et la riposte à l'épidémie de maladie à virus Ebola, en se penchant plus particulièrement sur la notification et les incitations à notifier, les recommandations temporaires, les mesures supplémentaires, la déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale, les principales capacités nationales, le contexte et les liens avec le Cadre d'action d'urgence et les autres responsabilités humanitaires de l'Organisation;
- évaluer le degré d'application des recommandations faites par le précédent comité d'examen en 2011 et son incidence sur l'actuelle épidémie de maladie à virus Ebola ; et
- recommander des mesures assorties de délais pour améliorer le fonctionnement, la transparence, l'efficacité du RSI (2005), y compris la riposte de l'OMS, et renforcer la préparation et la riposte à des situations d'urgence futures ayant des conséquences sanitaires.

¹ States Parties are those countries that are bound by the IHR in accordance with the WHO Constitution and the IHR. There are currently 196 States Parties, which includes all 194 Member States of the WHO.

Observations et conclusions

4. Le Comité d'examen a eu des entretiens avec un large éventail de personnes ayant les qualifications appropriées et une expérience de la riposte à la maladie à virus Ebola, du spectre plus large des questions liées à l'application et au fonctionnement du RSI, et des relations entre les organisations associées à la riposte aux situations d'urgence. Les éléments d'information ainsi recueillis, étayés par l'analyse des documents et des rapports pertinents, ont servi de base aux délibérations du Comité et à l'évolution des principaux thèmes qui ont déterminé les recommandations du Comité.

Le Comité d'examen a distingué les principaux thèmes suivants :

- les dysfonctionnements de la riposte à Ebola n'étaient pas dus à des lacunes intrinsèques du RSI mais au défaut d'application du RSI ;
- la pleine application du RSI doit être l'objectif urgent de tous les pays car c'est le moyen commun d'améliorer la préparation de la santé publique à l'échelle internationale et d'améliorer la sécurité de la population mondiale ;
- la pleine application du RSI nécessitera toutefois une augmentation sensible des moyens financiers qui, malgré l'urgence de cette tâche, ne pourra pas être réalisée en un court laps de temps compte tenu des améliorations systémiques nécessaires dans de nombreux États Parties ;
- les partenariats – avec les communautés, entre les pays, dans les Régions, avec les organisations de développement et d'aide, et avec l'OMS – sont essentiels pour l'application du RSI et l'amélioration de la préparation de l'action de santé publique et de la riposte ;
- l'application du RSI ne doit pas être considérée comme la finalité d'un processus, mais comme un cycle d'amélioration continue de la préparation de l'action de santé publique, dans lequel l'acquisition et le maintien des principales capacités requises en vertu du RSI sont intégrées dans le renforcement des systèmes de santé essentiels.

5. Le RSI reste un instrument juridique international important et précieux sur lequel pourra s'appuyer toute riposte future à une menace pour la santé publique. Le Comité a conclu qu'il n'était pas nécessaire de modifier le texte du RSI. La priorité absolue doit être donnée à l'amélioration de l'application du RSI, et le Comité d'examen s'est principalement attaché à élaborer des recommandations innovantes et réalistes à cet effet.

6. Les pays doivent reconnaître le RSI et en faire une priorité, et mettre en place toutes les principales capacités requises, notamment les capacités de surveillance, de détection et de riposte efficaces, conformément à leurs engagements. Le Comité d'examen a noté que de nombreux pays n'avaient pas encore atteint les cibles liées aux principales capacités requises ; il sera nécessaire d'accroître les moyens financiers et la collaboration entre les pays et les organisations de développement. Le renforcement des principales capacités requises en vertu du RSI dans un grand nombre des pays les plus pauvres en ressources, notamment ceux qui ont été durement touchés par l'épidémie d'Ebola, devra aller de pair avec le renforcement général du système de santé. Le respect par les États Parties de leurs obligations en vertu du RSI pendant l'urgence due à la maladie à virus Ebola, notamment la notification en temps opportun et l'échange d'informations, a été extrêmement faible. La capacité d'action de la communauté mondiale face à des menaces importantes pour la santé dépendra de notre aptitude à renforcer cette composante essentielle du RSI.

7. Le Comité d'examen a conclu qu'il était indispensable de donner la priorité à l'application du RSI dans tous les pays et de concevoir et de mettre en œuvre un plan d'amélioration stratégique mondial général. Ce plan devra être doté de ressources suffisantes et trouver le bon équilibre entre l'urgence d'améliorer l'application et la situation effective de nombreux pays qui auront besoin d'un appui technique et financier pour y parvenir. Le Comité pense que ce plan apportera des améliorations sensibles dans l'application du RSI au cours des trois premières années, mais que le renforcement nécessaire des systèmes de santé pourra prendre 10 ans.

8. Le Comité a recommandé l'intégration d'un cycle d'évaluation, d'action et de réévaluation comme un élément essentiel du plan d'amélioration stratégique. Le Comité estime que l'OMS a un rôle essentiel à jouer en facilitant la mise en œuvre de ce cycle ; une évaluation externe indépendante, utilisant le cadre OMS de suivi et d'évaluation du RSI, ajoutera une valeur constructive considérable au processus.

9. Le Comité d'examen, notant le rôle essentiel qui incombe à l'OMS de diriger, coordonner et assurer les activités de mise en œuvre aux niveaux local, régional et mondial, en collaboration étroite avec les pays et les autres parties prenantes, a recommandé que soit renforcée la capacité de l'OMS à remplir ce rôle.

10. Le Comité reconnaît que le RSI doit être un instrument équitable, et apparaître comme tel, dans tous les pays et que tous les pays doivent s'engager sur un pied d'égalité à pleinement remplir leurs obligations, notamment à ne pas appliquer des mesures, au-delà de celles recommandées par l'OMS, qui portent préjudice aux pays qui notifient des événements de santé publique.

11. Le RSI est le moyen commun d'assurer la protection de la population mondiale contre les menaces qui pèsent sur la santé publique, mais ces avantages collectifs nécessiteront un engagement collectif en faveur de l'application.

Recommandations

12. Nos recommandations se répartissent en deux groupes : i) une stratégie destinée à assurer l'application du RSI fondée sur de nouvelles propositions (recommandations de 1 à 6) ; et ii) l'amélioration de la mise en œuvre du RSI moyennant le renforcement des approches existantes de l'application du RSI (recommandations de 7 à 12). Les recommandations-titres suivantes sont assorties de recommandations détaillées à l'OMS, aux États Parties et aux autres acteurs concernés.

1. Appliquer, et non modifier, le RSI

Il n'y a aucune nécessité, au stade actuel, d'entreprendre la modification du RSI, et aucun avantage à en retirer.

2. Élaborer un plan stratégique mondial pour améliorer la préparation et l'action de santé publique

Le Secrétariat de l'OMS devra diriger l'élaboration d'un plan stratégique mondial destiné à améliorer la préparation du secteur de la santé publique, de concert avec les États Parties et les autres parties prenantes, en vue d'assurer l'application du RSI, notamment l'acquisition et le suivi des principales capacités. Le plan stratégique mondial devra être utilisé pour l'élaboration des plans nationaux et des bureaux régionaux.

3. Financer l'application du RSI, notamment pour soutenir le plan stratégique mondial

L'OMS, les États Parties et les partenaires internationaux du développement devront s'engager d'urgence à apporter un appui financier aux niveaux national, régional et international pour assurer le succès de la mise en œuvre du plan stratégique mondial.

4. Faire mieux connaître le RSI et réaffirmer le rôle directeur de l'OMS au sein du système des Nations Unies dans l'application du RSI

La sensibilisation au RSI et sa reconnaissance au sein du système des Nations Unies seront améliorées dès lors qu'un responsable sera spécialement désigné. Le rôle essentiel de l'OMS dans la direction et la gestion de l'application du RSI doit être réaffirmé.

5. Mettre en place et promouvoir une évaluation externe des principales capacités

L'autoévaluation, complétée par une évaluation externe des principales capacités requises en vertu du RSI, devient la meilleure pratique reconnue pour le suivi et le renforcement de l'application du RSI.

6. Améliorer l'évaluation des risques et la communication sur les risques par l'OMS

L'OMS établit un comité consultatif permanent, dont la principale fonction serait d'examiner régulièrement les activités d'évaluation des risques et de communication sur les risques de l'OMS ; elle instaure un niveau d'alerte intermédiaire en établissant une nouvelle catégorie de risques nécessitant un suivi particulier, dénommé alerte de santé publique internationale ; et elle élabore une stratégie de communication actualisée.

7. Améliorer le respect des obligations liées aux mesures supplémentaires et aux recommandations temporaires

Les États Parties doivent s'assurer que les mesures qu'ils appliquent dans le cadre de l'action de santé publique sont conformes au RSI. À cet effet, l'OMS doit améliorer la transparence concernant les mesures supplémentaires adoptées par les États Parties, et la publicité relative aux recommandations temporaires, et établir des partenariats avec les organisations internationales du secteur des voyages et du commerce, et nouer le dialogue avec d'autres acteurs privés pertinents.

8. Renforcer les points focaux nationaux RSI

Les points focaux nationaux RSI devraient être des centres dotés d'un effectif suffisant de personnel expérimenté, compétent et à un niveau de responsabilité élevé, disposant des ressources nécessaires (administratives, logistiques et financières) pour s'acquitter de toutes les fonctions de coordination et de communication qui leur incombent – et de toute autre fonction qui peut leur être assignée par l'État Partie.

9. Soutenir en priorité les pays les plus vulnérables

L'OMS doit apporter en priorité un appui pour l'acquisition des principales capacités et la détection des risques pour la santé publique aux pays qui sont extrêmement pauvres en ressources, qui sont en proie à un conflit ou qui sont considérés comme fragiles.

10. Encourager l'acquisition des principales capacités requises en vertu du RSI dans le cadre du renforcement des systèmes de santé

L'OMS et les États Parties devraient s'assurer que tous les programmes destinés à renforcer les systèmes de santé portent spécialement sur l'acquisition des principales capacités requises par le RSI.

11. Améliorer l'échange rapide d'informations et de données scientifiques et de santé publique

L'OMS prône l'ouverture en matière d'échange d'informations sur les risques pour la santé publique, et elle étend les directives relatives aux normes mondiales pour l'échange de données aux échantillons biologiques et aux données sur les séquences génétiques pendant les urgences de santé publique.

L'OMS et les États Parties devraient veiller à ce que l'échange d'échantillons et de données sur les séquences et le partage des avantages s'équilibrent équitablement.

12. Renforcer les capacités de l'OMS et les partenariats pour appliquer le RSI et riposter aux urgences sanitaires

La capacité de l'OMS à appliquer le RSI est renforcée par la réforme du Secrétariat et la consolidation des partenariats, et l'augmentation sensible de l'appui financier des États Parties et des autres acteurs principaux.

1. INTRODUCTION ET GÉNÉRALITÉS

1.1 BREF HISTORIQUE DU RSI

1. La protection de la santé et du bien-être des populations pose un formidable défi. La communauté mondiale doit régulièrement faire face à l'émergence ou la réémergence de menaces liées à des maladies infectieuses ; à l'augmentation et à la propagation d'une résistance alarmante aux antimicrobiens auxquelles s'ajoute la lenteur de la mise au point de médicaments et de vaccins efficaces ; à des conflits civils provoquant l'effondrement des infrastructures essentielles et à des migrations transfrontalières sur une grande échelle ; au potentiel de propagation rapide des maladies favorisé par un réseau commercial et de voyages internationaux très étendu ; aux changements météorologiques et climatiques ; au déclenchement de catastrophes naturelles aux retombées sanitaires importantes ; et à l'émission délibérée ou accidentelle d'agents biologiques et de rayonnements.

2. Le concept de la sécurité sanitaire mondiale assurée par la coopération internationale n'est pas nouveau, comme en témoignent les mesures prises pour prévenir la propagation internationale de la peste noire il y a plusieurs siècles. C'est de ce concept fondamental que sont nés l'OMS et le RSI (2005).¹ Les conférences sanitaires internationales, d'abord organisées dans le dernier quart du XIX^e siècle, ont abouti à des accords visant à réduire la propagation internationale du choléra, de la peste et de la fièvre jaune au moyen de mesures de quarantaine, tout en limitant au maximum les effets sur le commerce international.^{2,3} Avant la création de l'OMS en 1948, des organismes tels que le Bureau sanitaire international (précurseur de l'Organisation panaméricaine de la Santé [OPS]) et l'Organisation d'hygiène de la société des Nations, ont établi d'autres fonctions de santé publique essentielles comme la surveillance et la déclaration de certaines maladies.⁴ Le Règlement sanitaire international, adopté en 1951 par la Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, et le RSI (1969) sont les précurseurs directs du RSI (2005).

3. L'extraordinaire propagation du SRAS en 2003 et ses effets sur la santé, les transports et l'économie ont été un moteur puissant incitant les États Parties⁵ à accélérer la révision du RSI (2005) et à l'adopter comme cadre pour la gestion des menaces pesant sur la santé publique. Cette stratégie, fruit de 10 années d'élaboration et de négociations complexes, est l'un des deux seuls instruments juridiques contraignants pour tous les États Parties et l'OMS. La portée du Règlement révisé s'étend, au-delà des maladies infectieuses, à un large éventail de risques pour la santé publique (d'origine biologique, chimique ou radionucléaire).

¹ Règlement sanitaire international (2005). Deuxième édition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<http://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/fr/>).

² Clift C. The role of the World Health Organization in the international system. Working Group on Governance : Paper 1. In : *Centre on Global Health Security Working Group Papers*. London, Chatham House, February 2013 (https://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/public/Research/Global%20Health/0213_who.pdf).

³ Plotkin BJ, Hardiman M, Gonzalez-Martin F, Rodier G. Infectious disease surveillance and the International Health Regulations. In : M'ikanatha NM, Lynfield R, Van Beneden CA, de Valk H, eds. *Infectious Disease Surveillance*, 2008 (<http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9780470692097>).

⁴ *Ibid.*

⁵ Les États Parties sont les pays qui sont liés par le RSI conformément à la Constitution de l'OMS et au RSI. Il y a actuellement 196 États Parties, dont les 194 États Membres de l'OMS.

4. Le RSI (2005) a deux objectifs généraux (article 2) : premièrement, renforcer la préparation et les capacités des pays pour qu'ils puissent détecter de façon anticipée, évaluer, signaler et endiguer à un stade précoce les menaces pesant sur la santé publique et, deuxièmement, établir des obligations et des mécanismes pour « une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques pour la santé publique que présente la propagation internationale des maladies, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux ». La responsabilité de l'application du RSI incombe conjointement aux 196 États Parties et à l'OMS.

5. Depuis l'entrée en vigueur du RSI en juin 2007, de nombreux événements de santé publique ont mis à l'épreuve ses mécanismes opérationnels et son cadre stratégique général.¹ Dans l'ensemble, le Règlement a effectivement permis la détection précoce d'événements de santé publique de portée internationale et l'organisation d'une riposte efficace. Des progrès mesurables concernant l'application du RSI ont été faits avec l'établissement d'un réseau de points focaux nationaux RSI fonctionnant 7 jours sur 7, 24 heures sur 24 ; la transparence accrue de la notification des événements par les États Parties ; l'utilisation plus systématique des systèmes d'alerte précoce en cas de menace pesant sur la santé publique ; l'amélioration de la communication et de la collaboration entre les secteurs de la santé animale et de la santé humaine ; la coordination des efforts collectifs des pays et des partenaires pour renforcer les principales capacités ; et l'amélioration de la coordination régionale et mondiale.

6. La pandémie de grippe A(H1N1) 2009 a été la première mise à l'épreuve majeure du RSI révisé. En mai 2010, l'Assemblée mondiale de la Santé a déterminé qu'un premier examen du fonctionnement du RSI aurait lieu et qu'il porterait également sur la riposte internationale à la grippe pandémique A(H1N1) 2009. L'examen a conclu que si le RSI avait contribué à ce que l'ensemble du monde soit mieux préparé aux urgences de santé publique, les principales capacités nationales et locales requises par le RSI n'étaient pas encore pleinement opérationnelles, ce qui, compte tenu des autres carences graves dans la préparation internationale, faisait que le monde était « ... mal préparé pour faire face à une grave pandémie de grippe ou à toute autre urgence de santé publique mondiale prolongée et constituant une menace ». ² L'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest a été la deuxième mise à l'épreuve majeure du RSI révisé. Sa gravité et sa durée ont posé un défi sans précédent pour le RSI. Elle a brutalement illustré à quel point la communauté mondiale restait mal préparée et vulnérable.

1.2 LA MALADIE À VIRUS EBOLA, TEST MAJEUR DE LA PRÉPARATION ET DE LA RIPOSTE

7. L'épidémie de maladie à virus Ebola qui a débuté en décembre 2013 en Afrique de l'Ouest a été d'une intensité et d'une durée jamais observées pour cette maladie. Au 13 mars 2016, 28 603 cas de maladie à virus Ebola étaient confirmés, probables ou suspects en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone ; 11 301 personnes étaient décédées dans ces trois pays.³ Un petit nombre de cas et de décès ont été enregistrés dans sept autres pays. Pendant l'épidémie de maladie à virus Ebola, l'accès réduit aux services de soins de santé dans les pays les plus touchés a également contribué à l'augmentation sensible des décès

¹ Application du Règlement sanitaire international (2005). Faire face aux urgences de santé publique. Rapport du Directeur général. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (A68/22) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_22-fr.pdf).

² Application du Règlement sanitaire international (2005). Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A(H1N1) 2009. Rapport du Directeur général. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (A64/10) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-fr.pdf?ua=1).

³ Rapport de situation sur la flambée de maladie à virus Ebola – 16 mars 2016. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-16-march-2016>).

dus à d'autres maladies ; selon une analyse, plus de 10 000 décès supplémentaires ont été imputés au paludisme, au VIH/sida et à la tuberculose.¹ À ces pertes de vies se sont ajoutées des retombées économiques importantes dans les trois pays les plus touchés ; le Groupe de la Banque mondiale a estimé à US \$2,2 milliards la perte de produit intérieur brut (PIB) pour ces pays.²

8. Cet événement sans précédent a mis à très rude épreuve les capacités nationales et mondiales, et révélé d'importantes faiblesses dans la détection et le diagnostic des maladies, la riposte clinique et la lutte contre l'infection. Ce grave déficit de capacités à l'échelle mondiale a contribué à accélérer la mise en place du Programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale³ en février 2014 et à l'établissement de la Commission pour un cadre d'action mondial contre les risques sanitaires futurs ;⁴ qui ont tous les deux pour fonction de promouvoir l'application du RSI.

9. La riposte à l'épidémie a en définitive associé toute une gamme d'acteurs civils/humanitaires internationaux et nationaux ainsi que des personnels militaires de plusieurs pays.⁵ La première mission sanitaire d'urgence des Nations Unies jamais créée – la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (MINUAUCE) – a été constituée à la suite de l'adoption de résolutions par l'Assemblée générale des Nations Unies et le Conseil de sécurité. La MINUAUCE a été opérationnelle entre le 19 septembre 2014 et le 31 juillet 2015.

10. Plusieurs évaluations indépendantes des insuffisances de la riposte à Ebola et des propositions visant à renforcer la préparation et la riposte ont été réalisées.^{6,7,8,9,10} L'importance et l'urgence d'une stratégie mondiale – dont le RSI est l'élément central – pour se préparer et riposter aux événements et aux urgences de santé publique, et pour renforcer les systèmes de santé et les capacités, sont apparues comme une conclusion régulière et fondamentale de ces examens.

¹ Parpia AS, Ndeffo-Mbah ML, Wenzel NS, Galvani AP. Effects of response to 2014–2015 Ebola outbreak on deaths from malaria, HIV/AIDS, and tuberculosis, West Africa. *Emerg Infect Dis.* 2016;22 :433-1. doi : <http://dx.doi.org/10.3201/eid2203.150977>.

² World Bank Group Ebola Response Fact Sheet. Washington DC : The World Bank, February 2016 (<http://www.worldbank.org/en/topic/health/brief/world-bank-group-ebola-fact-sheet>).

³ Heymann DL, Chen L, Takemi K, Fidler DP, Tappero JW, Thomas MJ, et al. Global health security : the wider lessons from the west Africa Ebola virus disease epidemic. *The Lancet.* 2015;385 :1884-1901. doi : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60858-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60858-3).

⁴ Dzau VJ, Rodin J. Creating a Global Health Risk Framework. *N Engl J Med.* 2015;373 :991-993.

⁵ University of Sydney. Saving Lives : The civil-military response to the 2014 Ebola outbreak in West Africa. Interim Report. Sydney : University of Sydney, 2015 (<http://sydney.edu.au/mbi/PDFs/saving-lives.pdf>).

⁶ Rapport du Groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola. Genève, Organisation mondiale de la Santé, juillet 2015 (<http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/report-by-panel.pdf>).

⁷ Moon S, Sridhar D, Pate MA, Jha AK, Clinton C, Delaunay S, et al. Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. The report of the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola. *The Lancet.* 2015;386 :2204-21. doi : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00946-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00946-0).

⁸ Gostin LO, DeBartolo MC, Friedman EA. The International Health Regulations 10 years on : the governing framework for global health security. *The Lancet.* 2015;386 : 2222-6. doi : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00948-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00948-4).

⁹ Protecting Humanity from Future Health Crises. Report of the High-level Panel on the Global Response to Health Crises. 25 January 2016 (http://www.un.org/News/dh/infocus/HLP/2016-02-05_Final_Report_Global_Response_to_Health_Crises.pdf).

¹⁰ Commission on a Global Health Risk Framework for the Future. The neglected dimension of global security : a framework to counter infectious disease crises. Washington, DC. National Academy of Medicine, January 2016 (<http://nam.edu/wp-content/uploads/2016/01/Neglected-Dimension-of-Global-Security.pdf>).

1.3 MANDAT ET RAPPORT DU PRÉSENT COMITÉ

11. La décision WHA68(10) de la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé présente le mandat du Comité d'examen comme suit :¹

1. « A prié le Directeur général de constituer un comité d'examen en vertu du Règlement sanitaire international (2005) pour examiner le rôle du Règlement dans l'épidémie de maladie à virus Ebola et dans la riposte, avec les objectifs suivants :

a) évaluer l'efficacité du Règlement sanitaire international (2005) concernant la prévention, la préparation et la riposte à l'épidémie de maladie à virus Ebola, en se penchant plus particulièrement sur la notification et les incitations à notifier, les recommandations temporaires, les mesures supplémentaires, la déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale, les principales capacités nationales, le contexte et les liens avec le Cadre d'action d'urgence² et les autres responsabilités humanitaires de l'Organisation ;

b) évaluer le degré d'application des recommandations faites par le précédent Comité en 2011³ et son incidence sur l'actuelle épidémie de maladie à virus Ebola ;

c) recommander des mesures assorties de délais pour améliorer le fonctionnement, la transparence et l'efficacité du Règlement sanitaire international (2005), y compris la riposte de l'OMS, et renforcer la préparation et la riposte à des situations d'urgence futures ayant des conséquences sanitaires ;

2. A prié le Directeur général de convoquer le Comité d'examen du Règlement sanitaire international (2005) comme le prévoit ledit Règlement en août 2015, et de faire rapport sur l'avancement de ses travaux à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016. »

12. Le présent rapport présente les conclusions et les recommandations du Comité d'examen pour améliorer l'application du RSI et mieux assurer notre préparation et notre riposte collectives aux menaces futures pour la santé mondiale.⁴

¹ Décision WHA68(10). Épidémie de maladie à virus Ebola 2014 et suite donnée à la session extraordinaire du Conseil exécutif sur Ebola. Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (A68/DIV./3 ; paragraphes 3-5).

² Résolution WHA65.20. Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.

³ Application du Règlement sanitaire international (2005). Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A(H1N1) 2009. Rapport du Directeur général. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (A64/10) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-fr.pdf?ua=1).

⁴ Les noms et affiliations des membres du Comité d'examen sont présentés à l'appendice I.

2. MÉTHODES DE TRAVAIL

13. Le Comité d'examen s'est réuni en août, en octobre, en novembre et en décembre 2015, et en février et en mars 2016 au Siège de l'OMS à Genève. Plus d'une douzaine de téléconférences et une visite de membres du Comité au Bureau régional de l'Afrique ont complété ces réunions. Une partie de chacune de ces réunions était ouverte aux États Parties, à l'Organisation des Nations Unies et à ses institutions spécialisées et à d'autres organisations intergouvernementales pertinentes et organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS. Les séances de délibération tenues pendant chaque réunion étaient réservées aux membres du Comité et au Secrétariat OMS du Comité d'examen du RSI.

14. Le détail des méthodes de travail du Comité d'examen est présenté à l'appendice II et succinctement résumé comme suit. Le Comité a commencé par une analyse systématique du RSI, faisant ressortir les domaines considérés comme ne fonctionnant pas efficacement et les éventuelles raisons à cela. Comme précisé dans son mandat, le Comité a évalué l'efficacité du RSI en ce qui concerne l'épidémie de maladie à virus Ebola et l'état d'avancement de la mise en œuvre des recommandations formulées par le précédent Comité d'examen en 2011. Le Comité a décidé d'examiner l'état d'avancement de la mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen de 2014 sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI,¹ ces recommandations s'appuyant sur les recommandations de 2011. Le Comité a également examiné les recommandations que lui avaient adressées le Groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola² et le Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires des Nations Unies.³

15. Le Comité a utilisé les contributions de près de 90 informateurs, obtenues sous la forme d'entretiens ou par écrit ; il a examiné des documents et des rapports essentiels, notamment les conclusions d'autres évaluations indépendantes de la riposte internationale à l'épidémie de maladie à virus Ebola publiées en 2015 et 2016 ; il a analysé les initiatives en cours pour protéger la santé publique mondiale ; et il a sollicité des informations auprès du Secrétariat de l'OMS et d'autres entités du Siège, et auprès des bureaux régionaux et des bureaux de pays de l'OMS. Le Comité d'examen a activement cherché à obtenir des contributions des États Parties et des représentants de l'Organisation des Nations Unies et de ses institutions spécialisées, et d'autres organisations intergouvernementales pertinentes et d'ONG en relations officielles avec l'OMS au moyen d'entretiens ou d'un processus de consultation électronique ouvert.

16. Le Conseil exécutif a été informé de l'état d'avancement des travaux du Comité d'examen en janvier 2016. Le projet de recommandations du Comité d'examen a été présenté aux États Parties lors d'une séance ouverte en mars 2016.

¹ Application du Règlement sanitaire international (2005). Rapport du 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. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (A68/22 Add.1) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_22Add1-fr.pdf).

² Rapport du Groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola. Genève, Organisation mondiale de la Santé, juillet 2015 (<http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/report-by-panel.pdf>).

³ Protéger l'humanité contre les crises futures. Rapport du Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires, 25 janvier 2016 (http://www.un.org/News/dh/infocus/HLP/2016-02-05_Final_Report_Global_Response_to_Health_Crises.pdf).

3. ÉVALUATION

17. Le présent chapitre traite des deux premiers objectifs du mandat du Comité d'examen : évaluer l'efficacité du RSI en ce qui concerne l'épidémie de maladie à virus Ebola et évaluer le degré d'application des recommandations du Comité d'examen du RSI 2011 et son incidence sur l'épidémie de maladie à virus Ebola.

18. Le premier objectif, évaluer le fonctionnement du RSI, est étudié du point de vue des États Parties (section 3.1) et du Secrétariat de l'OMS (section 3.2). Suit un examen des progrès de l'application des recommandations du Comité d'examen du RSI 2011 (section 3.3) ; une analyse de l'état du Comité d'examen du RSI 2014 est également incluse dans la présente section. Le chapitre s'achève par une évaluation succincte des conclusions du Comité (section 3.4) et plante le décor pour les recommandations qui suivent au chapitre 4.

3.1 L'EFFICACITÉ DE L'APPLICATION DU RSI LORS DE L'ÉPIDÉMIE DE MALADIE À VIRUS EBOLA : LE RÔLE DES ÉTATS PARTIES

3.1.1 Préparation des pays : principales capacités requises en vertu du RSI

19. Aux termes du RSI, tous les États Parties ont l'obligation d'acquérir et de maintenir des capacités essentielles pour la surveillance, l'évaluation des risques, la notification et la riposte aux risques et aux urgences de santé publique. Ces capacités doivent être opérationnelles aux niveaux national et infranational ainsi qu'aux points d'entrée et de sortie désignés (Figure 1).

20. Le Règlement précise que tous les États Parties doivent avoir mis en place les capacités essentielles au plus tard en juin 2012 ; à cette date, cependant, seulement 42 (21%) des 193¹ États Parties ont déclaré avoir acquis les principales capacités requises à titre minimum.

21. Les États ont été autorisés à demander un délai supplémentaire de deux ans par rapport au délai initial, jusqu'en juin 2014, et, dans des circonstances exceptionnelles, que le délai soit encore prolongé de deux ans, jusqu'en juin 2016. Bien que le nombre des pays ayant mis en place les principales capacités requises à titre minimum soit passé à 65 au 18 novembre 2015, de nombreux pays sont à l'évidence encore loin du but. Sur les 193 États Parties, 84 (43%) ont demandé et obtenu un délai supplémentaire de deux ans par rapport au délai fixé pour l'application (68 États Parties ont présenté un plan d'application) ; et 44 (22%) n'ont pas communiqué leurs intentions à l'OMS.

¹ Les trois autres États devenus Parties au RSI après juin 2007, ayant des délais différents à respecter pour la mise en place de leurs principales capacités, n'entrent pas en ligne de compte dans ces analyses.

Encadré 1. Composantes du cadre OMS de suivi du RSI, 2015

Capacités principales

- Législation, politiques et financement nationaux
- Coordination et communication au niveau du point focal national
- Surveillance
- Action
- Préparation
- Communication sur les risques
- Ressources humaines
- Moyens de laboratoire

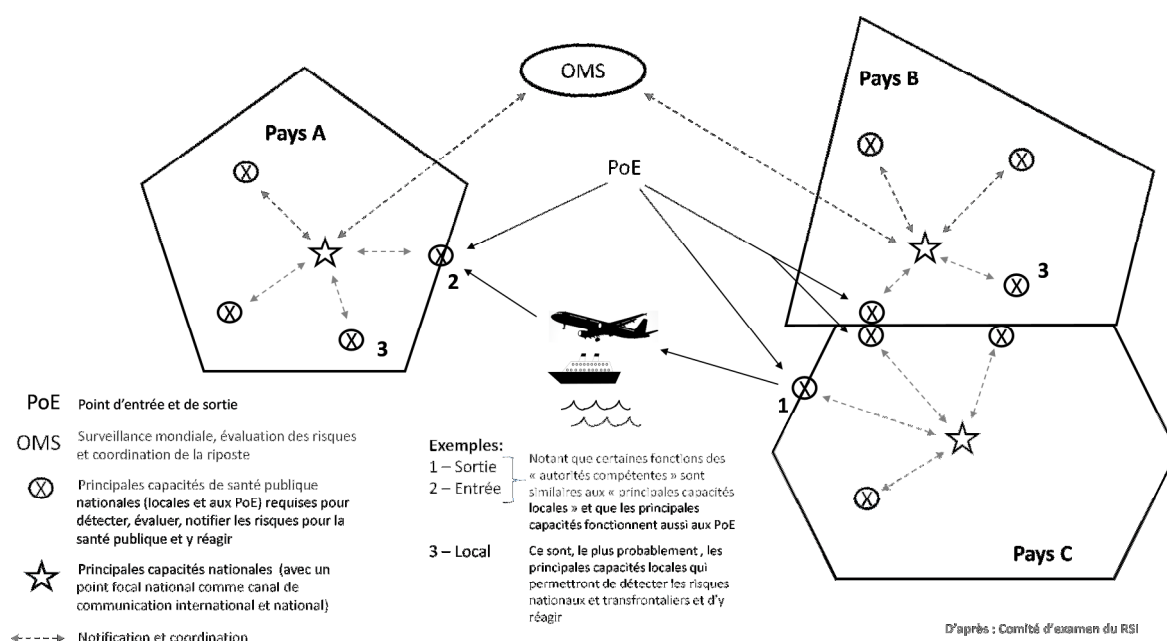
Points d'entrée

Risques relevant du RSI

- Événements d'origine zoonotique
- Risques liés à la sécurité sanitaire des aliments
- Événements d'origine chimique

Situations d'urgence radiologique

Figure 1. Endiguement de la propagation des maladies au moyen des principales capacités aux niveaux local et national et aux points d'entrée et de sortie, en vertu du RSI (2005)



Légende de la Figure 1 : Le RSI (1969) portait principalement sur les mesures sanitaires visant certaines maladies aux points d'entrée. Le RSI (2005) repose sur un concept élargi du risque pour la santé publique et charge les États Parties d'établir et de maintenir certaines fonctions de santé publique essentielles aux points d'entrée et aux points de sortie. Les principales capacités requises pour la surveillance, l'évaluation des risques, la notification, et l'action doivent être opérationnelles au niveau local dans les pays, au niveau national et aux points d'entrée et de sortie. Les capacités locales (mesures de riposte, par exemple) sont coordonnées au niveau national où les autorités maintiennent une communication officielle avec l'OMS (et les autres États Parties) par l'intermédiaire des points focaux nationaux. Ces différentes strates de capacités de santé publique s'emploient conjointement à prévenir ou réduire la propagation nationale et internationale des maladies.

22. De nombreux observateurs ont interprété les taux élevés de non-conformité comme un dysfonctionnement de l'État ou de l'OMS, dû à un défaut de volonté politique ou institutionnelle. Pour de nombreux pays, cependant, la non-conformité résulte souvent d'une grave pénurie de ressources financières, humaines et logistiques et d'une méconnaissance du RSI et d'un manque de sensibilisation à cet instrument.

23. C'est là un point crucial pour comprendre comment améliorer la mise en place des principales capacités : la principale raison pour laquelle l'épidémie de maladie à virus Ebola n'a pu être maîtrisée ne réside pas seulement dans la non-application du RSI mais tient à tout un éventail d'autres facteurs, notamment le manque de systèmes de soins de santé adéquats, la pénurie de personnel de soins de santé qualifié, l'insuffisance des infrastructures des transports et de la communication, les faibles niveaux d'instruction, et le déficit de communication avec la communauté. Une pénurie financière extrême peut empêcher un pays ne serait-ce que de dispenser les soins de santé primaires essentiels, rendant par conséquent hautement improbable sa capacité à investir dans un système d'alerte en cas de flambée épidémique.

24. Les conflits, les migrations et la mobilité des populations complexifient encore l'application du RSI. Les capacités locales et nationales pour la surveillance, l'alerte et la riposte peuvent être faibles ou absentes dans les zones géographiques où l'autorité échappe en partie au gouvernement. Pour les populations mobiles ou les réfugiés, notamment, l'interruption des infrastructures et des services de santé publique essentiels renforcent les risques d'épidémies de maladies infectieuses. Ces obstacles à la mise en place des principales capacités requièrent une attention spéciale.

25. L'acquisition des principales capacités essentielles par un plus grand nombre de pays nécessitera l'élaboration d'un plan de financement plus réaliste pour des pays aux capacités sociopolitiques et économiques différentes, donnant la priorité au renforcement des principales capacités, et augmentant au maximum les possibilités d'intégrer les capacités requises par le RSI dans d'autres programmes, le renforcement du système de santé, par exemple.

3.1.1.1 Évaluation indépendante des principales capacités

26. Les États Parties ont l'obligation de présenter un rapport annuel sur l'acquisition et le maintien des principales capacités requises. Cette obligation répond à plusieurs objectifs : encourager les États à progresser sur la voie de la conformité car ils seront tenus de faire état, en toute transparence, de leurs progrès, ou de l'absence de progrès, sur la voie de la conformité ; rassurer les autres États quant à la mise en place des capacités appropriées ; permettre de dresser un tableau exact des zones où des menaces pour la santé publique pourraient surgir sans être vues, ou trop tard, ou dans lesquelles elles seraient difficiles à maîtriser ; et aider à planifier dans le détail la riposte mondiale à une urgence de santé publique.

27. Après l'entrée en vigueur du RSI en 2007, l'OMS a élaboré un cadre de suivi.¹ Il se présente sous la forme d'un questionnaire incluant une liste d'indicateurs que les États Parties utilisent pour évaluer leurs progrès sur la voie de la mise en place des capacités requises ; la liste des composantes

¹ Hardiman MC. World Health Organization perspective on implementation of International Health Regulations. *Emerg Infect Dis.* 2012;18 :1041-6. doi : <http://dx.doi.org/10.3201/eid1807.120395>.

du questionnaire de suivi pour 2015 est présentée dans l'Encadré 1.¹ Les notes relatives aux capacités pour chaque pays, classées par Région de l'OMS, sont présentées à chaque Assemblée mondiale de la Santé.

28. L'autoévaluation des principales capacités est l'approche qui a été adoptée dans les premières années suivant l'entrée en vigueur du RSI ; de nombreux pays en étaient aux premiers stades de l'acquisition et du renforcement des capacités et le Règlement était nouveau et n'avait pas encore été mis à l'épreuve. L'utilisation exclusive de cette approche n'est cependant plus appropriée ; elle ne donne pas toujours des informations fiables et exactes et risque d'entamer la confiance des États Parties dans les capacités d'autres États.

29. Le Comité d'examen du RSI sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place des capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI notait en novembre 2014 « ... il est indispensable de disposer de meilleures informations sur la solidité des principales capacités des États Parties » et il a recommandé que soit renforcé le système des autoévaluations annuelles et qu'elles soient complétées par des évaluations extérieures.² Les entretiens qu'a eus le Comité d'examen avec les informateurs, les interventions des États Parties et d'autres entités, et tous les examens de la riposte internationale à la pandémie de maladie à virus Ebola ont clairement montré que la dépendance excessive à l'égard de l'autoévaluation avait conduit à l'établissement de rapports incomplets et sujets à caution sur l'acquisition des principales capacités.

30. L'expérience du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale donne à penser que les évaluations indépendantes sont une option viable. Ce Bureau a effectué fin 2014 des évaluations indépendantes dans tous ses États Parties (à l'exception d'Oman et des Émirats arabes unis) pour évaluer la préparation et la riposte nationales à l'épidémie de maladie à virus Ebola.³ Ces évaluations ont révélé que de nombreux pays, qui avaient précédemment déclaré à l'OMS qu'ils avaient acquis les principales capacités requises en vertu du RSI, étaient en fait loin d'être prêts à faire face à une urgence sanitaire comme l'épidémie de maladie à virus Ebola. Les évaluations indépendantes ont surtout fait apparaître un important fossé entre l'évaluation de son propre fonctionnement par un pays et la réalité. Les principaux domaines en cause étaient notamment les systèmes de commandement lors d'une situation d'urgence, les programmes nationaux de prévention et d'élimination de l'infection, les systèmes de surveillance capables de détecter les menaces en temps réel et la capacité de notifier ces risques aux entités appropriées, les capacités en matière de diagnostic pour identifier rapidement les agents pathogènes émergents, et le potentiel de communication sur les risques.

31. Malgré ces conclusions défavorables, les pays se sont félicités de cette amélioration du niveau de surveillance, notamment parce que le Bureau régional a suivi les évaluations au moyen d'un plan d'appui financier et technique de 90 jours pour combler les lacunes nécessitant une action urgente. À la suite de ces évaluations, et avec un solide appui des pays, le Bureau régional a adopté en

¹ Règlement sanitaire international (2005). Cadre de suivi de la mise en place des principales capacités : questionnaire relatif au suivi des progrès réalisés dans la mise en place des principales capacités dans les États Parties. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (WHO/HSE/GCR/2015.8) (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/163737/1/WHO_HSE_GCR_2015.8_fre.pdf?ua=1).

² Application du Règlement sanitaire international (2005). Rapport du 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. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (A68/22 Add.1) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_22Add1-fr.pdf).

³ WHO. Implementation of the IHR 2005 in the Region with focus on Ebola virus disease. EMHJ. 2015;21 :773-5. (<http://www.emro.who.int/emhj-volume-21-2015/volume-21-issue-10/implementation-of-the-ih-2005-in-the-region-with-focus-on-ebola-virus-disease.html>).

octobre 2015 une résolution visant à établir une commission d'évaluation régionale indépendante composée d'experts des États Parties et de l'OMS chargée d'évaluer la mise en œuvre et de conseiller les pays sur certaines questions.¹ Les Bureaux régionaux de l'OMS pour le Pacifique occidental et pour l'Asie du Sud-Est ont entrepris une évaluation indépendante plus limitée des progrès accomplis au titre de la stratégie birégionale de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique, qui fournit un cadre encourageant la conformité avec le RSI.²

32. Le Secrétariat de l'OMS a élaboré un nouveau cadre pour le suivi, l'évaluation et la notification de l'acquisition des principales capacités après 2016, ainsi que l'a recommandé 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.³ Le cadre inclut quatre composantes : un outil d'autoévaluation ; un examen après les événements ; des exercices de simulation ; et une évaluation indépendante extérieure pour laquelle le Secrétariat a conçu un outil d'évaluation extérieure commun du RSI. Les six Comités régionaux de l'OMS ont examiné et appuyé le nouveau cadre, qui sera présenté à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016.⁴

33. Le Comité d'examen note que cette nouvelle approche représente un changement de paradigme, l'acquisition des principales capacités en tant que but à atteindre au plus tard en 2016 faisant place au maintien et au renforcement des capacités en tant que processus continu d'amélioration de la qualité. Cela ne signifie pas que les principales capacités requises par le RSI, une fois acquises, seront maintenues indéfiniment. Sous l'effet d'un conflit, d'une catastrophe naturelle ou d'une révision des priorités concernant les ressources, par exemple, un État précédemment respectueux de ses obligations pourra se retrouver dans l'incapacité de s'acquitter de ses obligations.

3.1.1.2 Points focaux nationaux RSI

34. Les points focaux nationaux jouent un rôle crucial dans l'application du RSI car ils sont les points de contact désignés entre l'OMS et les États Parties (article 4). L'OMS a établi une plateforme en ligne sécurisée – le site d'information sur les événements – pour communiquer avec les points focaux nationaux RSI. L'OMS et les points focaux nationaux utilisent le site d'information sur les événements pour diffuser des informations et donner l'alerte en cas d'événement sanitaire pouvant avoir des incidences internationales.

35. Si le RSI définit le rôle, les fonctions, les responsabilités et les obligations opérationnelles des points focaux nationaux, l'État Partie définit la structure, l'organisation et la localisation exactes de ses points focaux nationaux. L'approche des États à cet effet est extrêmement variable. Le point focal national a souvent été conçu à tort comme une personne et non comme une fonction du gouvernement

¹ Comité régional de la Méditerranée orientale Résolution EM/RC62/R.3. Évaluation et suivi de l'application du Règlement sanitaire international (2005). Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2015 (http://applications.emro.who.int/docs/RC62_Resolutions_2015_R3_16576_FR.pdf?ua=1).

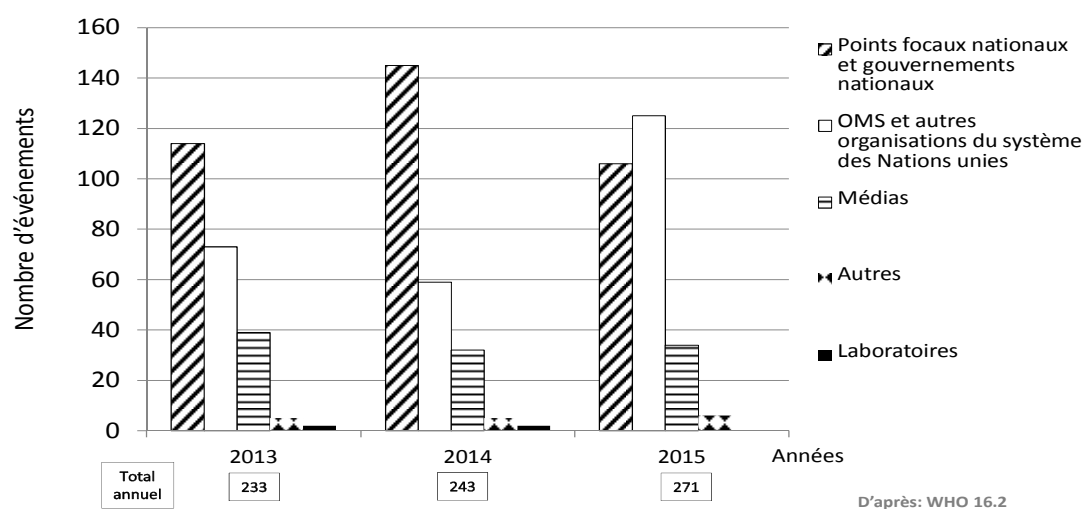
² Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique : 2010. Genève, Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental et Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, 2010 (http://www.wpro.who.int/emerging_diseases/documents/docs/ASPED_2010.pdf?ua=1).

³ Mise en place, suivi et évaluation des principales capacités fonctionnelles requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005) : Note de synthèse. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://www.who.int/ihr/publications/concept_note_201507/fr/).

⁴ Application du Règlement sanitaire international (2005). Rapport du Directeur général (EB138/19). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_19-fr.pdf).

d'un État Partie. Sur 196 points focaux nationaux, 194 sont situés dans des structures à vocation sanitaire ; 83% sont hébergés par le ministère de la santé ou l'équivalent ; et 15% sont des centres ou des instituts nationaux. S'il est opportun que l'application du RSI incombe aux personnels de santé publique, la localisation du point focal national peut souvent entraîner l'absence de collaboration intersectorielle, notamment avec d'autres secteurs clés comme l'alimentation et l'agriculture, et une méconnaissance du RSI dans les secteurs autres que celui de la santé.

Figure 2. Événements enregistrés dans le système OMS de gestion des crises par source d'information initiale, 2013-2015



36. Les informateurs des États Parties et des bureaux régionaux et du Siège de l'OMS ont invariablement déclaré que de nombreux points focaux nationaux n'avaient pas l'autorité, la capacité, la formation ni les ressources voulues pour s'acquitter efficacement de leur mandat tel qu'énoncé à l'article 4. Si des dispositions législatives à l'appui des activités liées au RSI ne sont pas explicitement requises par la justice de l'État Partie, elles peuvent faciliter son travail, notamment celui des points focaux nationaux.¹ L'expérience pendant la pandémie de grippe A(H1N1) de 2009 et pendant l'épidémie de maladie à virus Ebola a montré que les États devaient situer les points focaux nationaux à un niveau leur garantissant les capacités techniques et politiques requises pour appliquer le RSI, notamment l'accès aux autres secteurs et à l'appareil politique, en cas de besoin, au plus haut niveau. Le manque d'autorité politique et gouvernementale peut retarder l'échange d'informations, la notification et les autres communications, principales fonctions des points focaux nationaux en vertu du RSI.

¹ Règlement sanitaire international (2005). Toolkit for implementation in national legislation. The National IHR Focal Point. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (WHO/HSE/IHR/2009.4) (http://www.who.int/ihr/NFP_Toolkit.pdf).

37. Tout en reconnaissant la valeur de leur rôle, les Comités d'examen du RSI 2011¹ et 2014² ont tous deux estimé que le manque de ressources et d'autorité des points focaux nationaux entravait sérieusement l'application du RSI. L'établissement de relations opérationnelles entre les points focaux nationaux et les points focaux pour la sécurité nationale ou pour la réduction des risques de catastrophe aura des effets positifs.

38. Si de nombreuses améliorations restent nécessaires concernant la position des points focaux nationaux, ils restent un élément du Règlement qui fonctionne bien. Ils sont une source importante d'alertes précoces concernant des événements saisies dans l'outil interne de gestion de l'information de l'OMS sur le Web – le système OMS de gestion des crises – (Figure 2) et ils jouent un rôle crucial dans la riposte de l'OMS à une épidémie.

3.1.1.3 Renforcement des principales capacités requises en vertu du RSI par l'établissement de priorités et les maillages avec d'autres cadres

39. Pour la plupart des pays, le renforcement des principales capacités requises en vertu du RSI pose un problème en termes de moyens financiers et de ressources humaines. La plupart des États Parties n'ayant pas encore acquis les principales capacités requises à titre minimum, il est évident que des priorités doivent être fixées concernant le renforcement des principales capacités. Ce point n'est pas spécifiquement couvert par le RSI, les pays étant censés définir leurs propres priorités.

40. La stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique a conçu une approche pratique de l'établissement des priorités liées au renforcement des principales capacités, tout en continuant de prêter attention à l'ensemble des capacités de santé publique. Les pays sont encouragés à accorder la priorité à huit domaines : i) surveillance, évaluation des risques et riposte ; ii) zoonoses et collaboration avec le secteur de la santé animale ; iii) moyens de laboratoire ; iv) lutte contre l'infection ; v) communication sur les risques ; vi) planification et préparation régionales ; vii) capacités générales lors d'urgences de santé publique ; et viii) suivi et évaluation aux fins du renforcement en cours des capacités et pour l'établissement des priorités correspondantes et pour faciliter l'accès à des appuis financiers et techniques.³

41. En dépit de sa position centrale, le RSI n'a jamais été envisagé comme le seul cadre permettant de faciliter le renforcement des capacités. La démarche s'inspirant du principe « Un monde, une santé », par exemple, souligne que la santé humaine est inextricablement liée à la santé animale et à l'environnement aux niveaux local, national et mondial. La prévention et l'élimination des zoonoses sont du ressort conjoint des autorités de la santé publique humaine et des autorités de la santé publique vétérinaire. L'OMS, en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé animale (OIE) et la Banque mondiale, a conçu un cadre pour la gouvernance sanitaire internationale à l'interface entre

¹ Implementation of the International Health Regulations (2005). Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to Pandemic (H1N1) 2009. Report by the Director-General. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (A64/10) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-en.pdf?ua=1).

² Implementation of the International Health Regulations (2005). Report of the Review Committee on Second Extensions for Establishing National Public Health Capacities and on IHR Implementation. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (A68/22 Add.1) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_22Add1-en.pdf).

³ Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique : 2010. Genève, Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental et Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, 2010 (http://www.wpro.who.int/emerging_diseases/documents/docs/ASPED_2010.pdf?ua=1).

l'être humain et l'animal.¹ D'autres plans et cadres, tels les plans de préparation aux pandémies, le cadre de préparation en cas de grippe pandémique,² et les plans nationaux de riposte aux situations d'urgence constituent des approches synergiques du renforcement dans les pays de la prévention, de l'action et des moyens de lutte en cas de menaces pour la santé publique. L'endiguement rapide de la maladie à virus Ebola au Nigéria, par exemple, a été imputé en partie aux investissements pour l'éradication de la poliomyélite dans les infrastructures, les opérations, les effectifs et les éléments fondamentaux de la santé publique.³ Ces capacités peuvent néanmoins être menacées en cas de retrait du financement de programmes ciblés comme pour l'éradication de la poliomyélite.

3.1.1.4 Optimiser le renforcement des principales capacités requises par le RSI dans le cadre du renforcement du système de santé

42. La faiblesse des systèmes de santé a contribué à la non-détection puis à la libre propagation du virus Ebola à la suite des conflits au Libéria, en Sierra Leone et en Guinée. De nombreux autres pays ne disposent pas de suffisamment de centres cliniques opérationnels et de personnels qualifiés, de programmes solides de lutte contre l'infection, et de systèmes de surveillance et de notification épidémiologiques et de laboratoires. Dans ces mêmes contextes, les infrastructures de base, comme l'eau courante sans risque sanitaire, une alimentation électrique fiable et les routes, font aussi souvent défaut.⁴ Vu les taux élevés de transmission du virus Ebola dans les centres de soins de santé, le Comité a noté qu'il était nécessaire de relever les normes pour la prévention et l'élimination des infections dans les services médicaux pour réduire la propagation des infections dans les établissements de soins de santé. Des lignes directrices relatives à la gestion des unités d'isolement et des installations de quarantaine sont également nécessaires pour prévenir la propagation accidentelle des maladies.

43. Le RSI reste essentiellement silencieux au sujet des services et des systèmes de santé lors d'événements de santé publique, or, sans eux, une riposte efficace n'est guère possible. Le renforcement des principales capacités requises par le RSI est intrinsèquement lié au renforcement des systèmes de santé. C'est l'un des thèmes principaux qui a émergé de la réunion de haut niveau des partenaires et des parties prenantes sur le renforcement de la sécurité sanitaire après l'épidémie d'Ebola, organisée en juillet 2015 au Cap par l'OMS et le Gouvernement sud-africain.⁵ Le renforcement des systèmes de santé, notamment l'établissement de services de traitement sûrs et essentiels (en particulier les soins de santé primaires), le développement des personnels, les systèmes d'information sanitaires et le renforcement des capacités de gestion et de gouvernance, est souvent le moyen le plus efficace de promouvoir les principales capacités requises par le RSI.

¹ WHO-OIE Operational Framework for good governance at the human-animal interface : Bridging WHO and OIE tools for the assessment of national capacities. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Rome, Organisation mondiale de la santé animale, 2014 (http://www.oie.int/fileadmin/Home/fr/Media_Center/docs/pdf/WHO_OIE_Operational_Framework_Final2.pdf)

² Pandemic influenza preparedness Framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44796/1/9789241503082_eng.pdf).

³ Centers for Disease Control and Prevention. Ebola virus disease outbreak – Nigeria, July–September 2014. MMWR. 2014 ; 63 :867-72.

⁴ Session extraordinaire du Conseil exécutif sur l'épidémie d'Ebola. Mise en place de systèmes de santé résilients dans les pays touchés par la maladie à virus Ebola. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (EB136/INF./5) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS3/EBSS3_INF2-fr.pdf).

⁵ Application du Règlement sanitaire international (2005). Rapport du Directeur général (EB138/19). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (EB138/19) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_19-fr.pdf).

44. Une attention accrue sera probablement portée aux principales capacités requises en vertu du RSI dans le cadre du renforcement des systèmes de santé dans le contexte des progrès plus généraux accomplis sur la voie de la réalisation des objectifs de développement durable. La couverture sanitaire universelle et les systèmes de santé intégrés sous-tendent tous les objectifs de développement durable.¹ L'une des cibles de l'objectif de développement durable 3 relatif à la santé – Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge – est en lien direct avec la nécessité de renforcer les principales capacités requises par le RSI, à savoir « Renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux. »² La manière d'y parvenir dans les zones en proie à un conflit que ne maîtrisent pas les États Parties reste toutefois à définir.

45. Les partenaires internationaux du développement peuvent considérer les principales capacités requises en vertu du RSI comme un autre programme « vertical », faiblement lié au renforcement des systèmes de santé. L'application du RSI, peut cependant être un moyen concret de renforcer les systèmes de santé, et des systèmes de santé renforcés soutiendront à leur tour l'application du RSI. L'association des partenaires internationaux du développement aux examens annuels des progrès réalisés par les États Parties sur la voie de l'application du RSI pourra aider à encourager cette idée.

3.1.1.5 Faire participer les communautés au-delà du secteur de la santé

46. La société civile peut être représentée par des acteurs clés de la communauté comme les responsables communautaires, les groupes traditionnels et les chefs religieux. Les informateurs ont souligné que le dialogue avec les ONG et les principaux responsables communautaires était d'une importance capitale pour la détection précoce des événements de santé publique et l'organisation de la riposte. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, par exemple, repose sur des approches informelles et non traditionnelles pour les capacités de surveillance et de riposte aux épidémies dans les zones touchées par un conflit ou dotées d'un système de santé faibles. Les pharmaciens communautaires, les guérisseurs traditionnels et les ecclésiastiques jouent un rôle important dans la détection et la notification des cas dans ces situations. La conclusion d'accords officiels pour améliorer la coopération entre l'OMS et les organisations intergouvernementales et d'autres organisations humanitaires pourrait faciliter la reconnaissance et la notification rapides des événements de santé publique, notamment dans les zones échappant essentiellement à l'autorité de l'État, et où les ONG ou les organisations intergouvernementales sont une source de données essentielle. Les agents communautaires et les volontaires doivent cependant être convenablement formés et recevoir les outils et l'appui appropriés pour aider à mettre en œuvre les activités nécessaires pour la préparation et la riposte, comme la surveillance.

47. Pendant la riposte à l'épidémie d'Ebola, la difficulté à faire participer les communautés a suscité de la méfiance à l'égard des cliniciens et des agents de santé publique, une résistance vis-à-vis des mesures de prévention et de lutte comme l'isolement des patients et les pratiques d'inhumation sûres, et la stigmatisation des patients. Médecins sans frontières (MSF) et d'autres organisations ont établi des partenariats efficaces avec les communautés locales pour éduquer le public et rechercher les

¹ La santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Rapport du Secrétariat. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (EB138/14) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_14-fr.pdf).

² *Ibid.*

contacts.¹ Les anthropologues ont également joué un rôle crucial en élaborant une riposte à l'épidémie d'Ebola socialement et culturellement adaptée ; il conviendra de réfléchir sérieusement à l'utilisation des anthropologues pour les ripostes futures.

48. De nombreux informateurs ont souligné l'importance de la participation des organisations de la société civile à la planification de la préparation aux pandémies et à d'autres événements de santé publique aigus. En plus de leurs activités sur le terrain, les organisations de la société civile sont des observateurs essentiels de la façon dont l'OMS et les autres se préparent aux urgences de santé publique et y font face.

3.1.1.6 Financer la mise en place des principales capacités requises par le RSI

49. En plus des faiblesses liées à l'autoévaluation des principales capacités, le Comité d'examen et les informateurs des États Parties, tous les niveaux de l'OMS et les ONG ont désigné le manque de financement prévisible et durable comme l'autre obstacle principal à l'application du RSI.

50. Peu de données sont cependant disponibles pour estimer le coût de la mise en place des principales capacités requises par le RSI dans les pays. Une étude a évalué l'investissement non renouvelable et les dépenses de fonctionnement nécessaires pour mettre en place sur des bases entièrement nouvelles et maintenir ensuite les principales capacités requises par le RSI pour un pays d'Asie du Sud-Est non spécifique de 60 millions d'habitants à US \$79,3 millions et US \$151,3-203,5 millions par an, respectivement.² Ces coûts estimatifs étaient supérieurs au coût de la mise en place et du maintien de services de santé essentiels adéquats. Dans une autre étude, la Banque mondiale a estimé que les « moyens financiers nécessaires pour mettre le système de lutte contre les principales zoonoses des pays en développement en conformité avec les normes de l'OIE et de l'OMS »³ se situaient entre US \$1,9 et US \$3,4 milliards par an pour 60 pays à revenu faible et 79 pays à revenu intermédiaire ;⁴ ces coûts constituaient la principale composante de l'estimation de la Commission on a Global Health Risk Framework for the Future selon laquelle il faudrait US \$4,5 milliards par an pour améliorer la riposte à une pandémie future.⁵

51. Le Groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola a recommandé que soit établi un plan hiérarchisé et chiffré pour la mise en place des principales capacités dans tous les États, le financement devant être effectué en partenariat avec la Banque mondiale. Dans certains pays, ces coûts peuvent être couverts par un financement national, dès lors qu'existe la volonté politique nécessaire. De solides données par pays concernant le retour sur investissement seront nécessaires pour convaincre certains gouvernements de l'opportunité d'investir des ressources nationales dans l'application du RSI.

¹ Gostin LO, Friedman EA. A retrospective and prospective analysis of the west African Ebola virus disease epidemic : robust national health systems at the foundation and an empowered WHO at the apex. Lancet. 2015;385 :1902-1909. doi : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60644-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60644-4).

² Katz R, Hate V, Kornblat S, Fischer JE. Costing framework for International Health Regulations (2005). Emerg Infect Dis 2012;18 :1121-7. Doi : 10.3201/eid1807.120191.

³ Tâches particulières pour la prévention et la lutte dans le secteur de la santé humaine nécessitant un financement : systèmes de surveillance et d'alerte précoce ; services de diagnostic de laboratoire ; investigation et riposte rapide ; et programmes de vaccination et d'hygiène, ainsi que d'autres activités générales non précisées.

⁴ People, pathogens and our planet : volume 2 – the economies of One Health, Washington, DC, World Bank, 2012.

⁵ Commission on a Global Health Risk Framework for the Future. The neglected dimension of global security : a framework to counter infectious disease crises. Washington, DC. National Academy of Medicine, January 2016 (<http://nam.edu/wp-content/uploads/2016/01/Neglected-Dimension-of-Global-Security.pdf>).

52. Si les pays doivent prendre en main le financement des principales capacités, un grand nombre d'entre eux auront cependant besoin d'une certaine forme d'aide extérieure. Les sources possibles d'assistance financière aux pays incluent les États Parties, la Banque mondiale, les banques de développement régionales, les partenaires/organismes/organisations de développement, les organisations philanthropiques, et le secteur privé. La mobilisation de sources de financement existantes ou nouvelles pourra être possible.^{1,2}

53. Le Comité d'examen est encouragé par les actions récentes, comme l'établissement du mécanisme de financement d'urgence en cas de pandémie de la Banque mondiale,³ la réunion du Cap en juillet 2015⁴ et la réunion du G7 en octobre 2015 à Berlin,⁵ destinées à aider à recueillir un appui financier indispensable pour renforcer les systèmes de santé et les principales capacités requises en vertu du RSI. Le partenariat en expansion du Programme mondial de sécurité sanitaire qui compte près de 50 pays a par ailleurs mobilisé d'importantes ressources financières et techniques pour aider les pays. L'OMS pourrait servir d'intermédiaire et réunir les bailleurs de fonds qui financent le développement et les pays pauvres en ressources afin d'encourager une coopération bilatérale entre les États.

54. Des enseignements sur le financement des besoins des pays peuvent être tirés de l'expérience des initiatives sanitaires mondiales comme l'Alliance Gavi et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Ces initiatives appliquent le financement fondé sur les résultats, c'est-à-dire un financement dépendant d'indicateurs essentiels, et le cofinancement associant ressources nationales et ressources extérieures.

3.1.2. Notification et échange de données

55. La détection précoce des événements de santé publique, rapidement suivie par une évaluation des risques et la communication d'informations exactes, est cruciale pendant une urgence de santé publique majeure.

L'épidémie d'Ebola : détection précoce, évaluation des risques et notification à l'OMS

56. Les informations dont l'OMS a besoin pour s'acquitter de ses fonctions de surveillance mondiale et d'évaluation des risques lui sont transmises par diverses sources officielles ou non.

¹ Protecting Humanity from Future Health Crises. Report of the High-level Panel on the Global Response to Health Crises. 25 January 2016. (http://www.un.org/News/dh/infocus/HLP/2016-02-05_Final_Report_Global_Response_to_Health_Crises.pdf).

² National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Global health risk framework : Pandemic financing : Workshop summary. Washington, DC : The National Academies Press ; 2016 (doi : 10.17226/21855, consulté le 31 mars 2016).

³ Pandemic Emergency Facility : Frequently asked questions. Washington, DC, World Bank, 2016 (<http://www.worldbank.org/en/topic/pandemics/brief/pandemic-emergency-facility-frequently-asked-questions>).

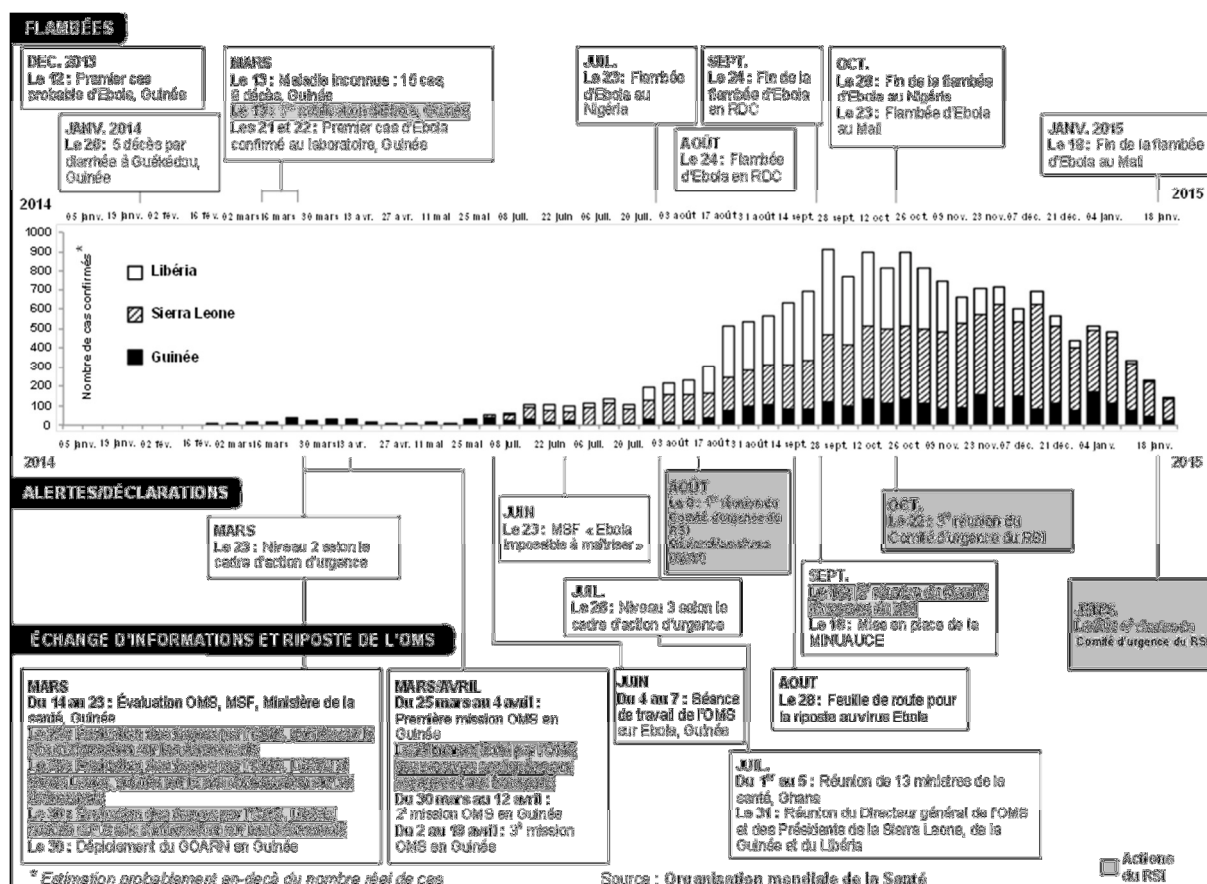
⁴ Application du Règlement sanitaire international (2005). Rapport du Directeur général (EB138/19). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (EB138/19) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_19-fr.pdf).

⁵ Declaration of the G7 Health Ministers. In : *G7 Germany, Berlin, 8-9 October 2015*. (http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/G/G7-Ges.Minister_2015/G7_Health_Ministers_Declaration_AMR_and_EBOLA.pdf).

57. En vertu du RSI, les États Parties ont l'obligation de notifier à l'OMS tous les événements susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale. Ces notifications doivent être faites dans les 24 heures suivant l'évaluation effectuée par le pays ; ce délai obligatoire est problématique dans la mesure où l'évaluation peut prendre plusieurs jours selon les informations et les ressources techniques disponibles et les capacités de l'État Partie, notamment la force et le rang du point focal national. L'inquiétude liée aux éventuelles conséquences économiques et politiques négatives joue aussi souvent un rôle. Selon les circonstances de l'événement, la « notification » (article 6) peut apparaître comme une étape importante pour les États Parties. Compte tenu de cela, le RSI apporte une solution en prévoyant des « consultations » (article 8) et en autorisant l'OMS à procéder au suivi de questions portées à son attention par d'autres sources, qui peuvent être informelles (article 9).

58. Le Comité d'examen a passé en revue les événements liés à la détection initiale et à la notification de la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, ainsi que l'évaluation ultérieure des risques et les activités de riposte (Figure 3). L'OMS a précédemment décrit l'évolution de l'épidémie à ses débuts, qui est brièvement résumée comme suit.¹

Figure 3. Calendrier des événements liés à l'épidémie d'Ebola enregistrés dans le système OMS de gestion des crises, janvier 2014-janvier 2015



¹ Une année d'épidémie d'Ebola : un virus mortel, tenace et impitoyable. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (<http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/introduction/fr/>).

59. Les investigations rétrospectives ont déterminé que le cas indicateur de l'épidémie d'Ebola s'était déclaré dans un village rural éloigné en Guinée fin décembre 2013. À la mi-janvier plusieurs contacts de la famille du cas sont tombés malades et sont morts. Le 24 janvier, le chef du poste de santé local a informé les responsables sanitaires du district que cinq décès associés à une diarrhée, des vomissements et une déshydratation sévères étaient survenus. Une équipe de MSF s'est rendue sur place le 27 janvier. Les échantillons prélevés chez les patients présentaient des bactéries étayant une orientation diagnostique incriminant le choléra. À la suite de la visite de l'équipe, plusieurs autres décès sont survenus, mais ils n'ont pas été déclarés et n'ont fait l'objet d'aucune investigation. Les cas ont continué à se propager, jusqu'à la capitale, Conakry, sans être détectés par les systèmes de surveillance locaux et nationaux.

60. Le premier rapport officiel enregistré dans le système de gestion des crises sur cet événement d'étiologie indéterminée a été communiqué par le bureau de pays de l'OMS en Guinée le 13 mars 2014. Le processus de vérification habituel a été déclenché, et une investigation associant des membres du personnel du Ministère de la santé, du Bureau régional et de MSF a été effectuée du 14 au 23 mars. Le 21 mars, l'Institut Pasteur de Lyon, France, centre collaborateur de l'OMS, a identifié un filovirus comme agent responsable, ultérieurement confirmé comme le virus Ebola Zaïre le 22 mars. Les autorités nationales ont alerté l'OMS le même jour, alors que 49 cas au total, dont 29 décès (taux de létalité : 59%) avaient été déclarés. Le 23 mars, l'OMS a mis en ligne une évaluation préliminaire du risque sur le site Web sécurisé d'information sur les événements de l'OMS, et annoncé publiquement sur son site l'évolution rapide de l'épidémie. Le 25 mars, les investigations portant sur des cas suspects au Libéria et en Sierra Leone ont confirmé la présence du virus Ebola au Libéria le 30 mars ; l'OMS a mis en ligne des mises à jour quotidiennes des évaluations des risques dans le système d'information sur les événements. Le rôle de l'OMS dans l'évaluation des risques pendant l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest est examiné dans la section 3.2.

61. Les faiblesses concernant les principales capacités requises par le RSI, aux niveaux national et infranational, ont incontestablement été un facteur essentiel dans la libre propagation de la maladie à virus Ebola. Les notifications tardives ont aussi probablement joué un rôle. Le groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola a conclu « qu'il existe des facteurs qui dissuadent clairement les pays de notifier rapidement et de manière transparente les flambées épidémiques car, ce faisant, ils risquent souvent d'être pénalisés par d'autres pays. Lors de la crise d'Ebola, ce phénomène a constitué un écueil important. »¹ Le groupe d'experts a recommandé que le Comité d'examen envisage des mesures visant à encourager les pays à notifier à l'OMS les risques pour la santé publique, qui pourront prendre la forme de dispositifs financiers innovants tels qu'une assurance qui permettrait d'atténuer des effets économiques néfastes.

62. Les pays doivent être encouragés à détecter, à évaluer et à notifier officiellement les événements sans délai. Une notification rapide pourrait, par exemple, être associée à une assistance technique ou financière accrue, ou à une aide pour accéder aux médicaments, fournitures, matériel et produits de diagnostic essentiels. L'établissement d'un régime d'assurance en cas d'épidémie, tel qu'envisagé dans le PEF (Pandemic Emergency Facility) de la Banque mondiale, pourrait inciter les pays à notifier les événements. Le versement de ces fonds devrait toutefois intervenir rapidement et un ajustement éventuel du montant des primes d'assurance en fonction du niveau de préparation d'un pays pourrait être envisagé. Si un régime d'assurance mondial peut encourager la notification, il peut aussi dissuader certains pays d'investir dans le renforcement des principales capacités requises par le RSI (voir également l'appendice III).

¹ Rapport du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola. Genève, Organisation mondiale de la Santé, juillet 2015. (<http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/report-by-panel.pdf>).

Échange de données et d'échantillons dans le contexte d'une urgence de santé publique

63. L'article 6 du RSI donne l'obligation aux États Parties de continuer de communiquer « des informations de santé publique ... suffisamment détaillées » sur l'événement notifié, « y compris la définition des cas, les résultats de laboratoire, le nombre des cas et des décès, les facteurs influant sur la propagation de la maladie et les mesures sanitaires utilisées ... » Il est important de souligner que les données et les échantillons appartiennent au pays qui les a produits. La recherche concertée doit être encouragée dans le contexte des urgences de santé publique. Cela n'a hélas pas toujours été le cas pendant l'épidémie de maladie à virus Ebola ni lors d'autres événements très médiatisés comme la pandémie de 2009 du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) ; pire encore, il est arrivé que les spécialistes scientifiques des pays touchés n'aient pas eu les crédits nécessaires pour accéder aux données et aux échantillons.¹ La limitation de la diffusion des données et des échantillons risque toutefois de faire manquer des occasions d'enrichir les analyses et d'élaborer des produits de diagnostic, des médicaments et des vaccins efficaces.

64. En mai 2015, l'OMS a organisé un sommet sur la recherche-développement pour la maladie à virus Ebola qui a également porté sur l'échange de données et l'accès aux premières informations épidémiologiques et aux résultats des essais cliniques.² Une consultation OMS s'est ensuite tenue en septembre 2015 sur l'« élaboration de normes mondiales pour l'échange de données et de résultats pendant les urgences de santé publique ». Cette réunion a permis de recenser un certain nombre de questions pouvant inhiber l'échange de données et de résultats.³ Pour l'ensemble des participants, l'option implicite était que les « données doivent être partagées (politique d'acceptation tacite) pour assurer que le savoir généré se transforme en bien public mondial ».⁴ Les représentants des grandes revues biomédicales présents à la réunion ont publié une déclaration de consensus affirmant leur position selon laquelle : i) les revues ne doivent pas retarder l'accès aux informations utiles lors d'urgences de santé publique ; et ii) la publication préalable des principales conclusions pertinentes pour la santé publique n'aura pas d'effet négatif sur la publication ultérieure des revues. Pour accélérer et élargir la diffusion de l'information le Bulletin de l'OMS a posté une page ouverte sur l'infection à virus Zika où paraissent des articles s'inscrivant dans le contexte des urgences de santé publique de portée internationale, qui peuvent être utilisés sans restriction.⁵

65. Les enseignements tirés de la riposte de la recherche-développement (R&D) à l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest ont contribué à l'élaboration en cours d'un avant-projet sur l'état de préparation de la recherche-développement dans le contexte des menaces pour la santé publique liées à des agents pathogènes infectieux.⁶ L'Assemblée mondiale de la Santé a demandé

¹ Heymann DL, Liu J, Lillywhite L. Partnerships, not parachutists, for Zika research. NEJM, 2016, doi : 10.1056/NEJMp1602278.

² WHO Ebola Research and Development Summit. Meeting report. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (WHO/EVD/Meet/HIS/15.3) (http://www.who.int/medicines/ebola-treatment/WHO_EVD_Meet_HIS_15.3_report/en/).

³ Developing global norms for sharing data and results during public health emergencies. Statement arising from a WHO Consultation held on 1-2 September 2015. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://www.who.int/medicines/ebola-treatment/blueprint_phe_data-share-results/en/).

⁴ Developing Global Norms for Sharing Data and Results during Public Health Emergencies. WHO Consultation 1-2 September 2015 : Summary and Key Conclusions. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://www.who.int/medicines/ebola-treatment/data-sharing_phe/en/#).

⁵ *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*. Zika Open (http://www.who.int/bulletin/online_first/zika_open/en/).

⁶ An R&D blueprint for action to prevent epidemics. Accelerating R&D and saving lives. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://www.who.int/csr/research-and-development/r_d_blueprint_brochure2015.pdf).

en 2015 à l'OMS d'élaborer un cadre pour améliorer l'état de «préparation de la recherche-développement» pour les maladies à tendance épidémique pour lesquelles les solutions préventives ou curatives sont inexistantes, ou insuffisantes. L'avant-projet portera aussi sur la manière d'établir un environnement pour la recherche-développement qui puisse être mis en œuvre plus efficacement pendant une flambée épidémique. L'avant-projet existant traite plus particulièrement de la recherche liée à la mise au point de vaccins et de produits thérapeutiques ; il passe largement sous silence les recherches nécessaires pendant une épidémie pour améliorer la connaissance de l'épidémiologie et de la transmission des agents pathogènes. L'OMS, en consultation avec un éventail de partenaires et d'experts, recherche activement des modèles financiers nouveaux et innovants pour la préparation et la riposte de la recherche-développement.¹ La Commission on a Global Health Risk Framework for the Future a recommandé de fixer comme objectif une augmentation des dépenses de US \$1 milliard par an pendant 15 ans.²

66. Le Comité d'examen a noté que l'échange de substances biologiques et d'échantillons prélevés à des fins de diagnostic, notamment des données correspondantes sur les séquences génétiques, est devenu beaucoup plus important que prévu lors de l'adoption du RSI en 2005. L'accès aux données relatives aux séquences génétiques est souvent essentiel pour la riposte aux urgences de santé publique car il peut faciliter la mise au point de tests diagnostiques, de vaccins et de médicaments efficaces.

67. Il existe plusieurs initiatives et instruments internationaux portant sur l'échange d'agents pathogènes et de données sur les séquences génétiques de ces agents pathogènes. Des éléments de l'accord sur le Cadre PIP³ et le Protocole de Nagoya⁴ intéressent le RSI (Encadré 2), notamment l'échange sans délai des agents pathogènes, des données sur les séquences génétiques et d'autres informations lors d'urgences de santé publique de portée internationale et l'accès par les pays qui en ont besoin aux avantages découlant de leur utilisation. Le Comité d'examen a noté qu'à la demande des États Membres pendant la session de 2016 du Conseil exécutif, le Secrétariat de l'OMS a entrepris de rédiger un document sur les incidences du Protocole de Nagoya sur la santé publique, qui sera présenté au Conseil exécutif en 2017. L'expansion possible du Cadre PIP à des agents infectieux autres que les virus grippaux nécessite plus ample réflexion. Toute amélioration de l'accès aux matériels et aux données, et de leur échange doit reposer sur le partage des avantages.

¹ Outcome document : Financing of R&D Preparedness and Response to Epidemic Emergencies, October 29-30, 2015, Oslo, Norway. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (<http://www.who.int/medicines/ebola-treatment/Outcome.pdf?ua=1>).

² Commission on a Global Health Risk Framework for the Future. The neglected dimension of global security : a framework to counter infectious disease crises. Washington, DC. National Academy of Medicine, January 2016 (<http://nam.edu/wp-content/uploads/2016/01/Neglected-Dimension-of-Global-Security.pdf>).

³ Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44796/1/9789241503082_fre.pdf).

⁴ Protocole de Nagoya sur l'accès aux ressources génétiques et le partage juste et équitable des avantages découlant de leur utilisation relatif à la Convention sur la diversité biologique : Texte et annexe. Montréal, Secrétariat de la Convention sur la diversité biologique, 2011 (<https://www.cbd.int/abs/doc/protocol/nagoya-protocol-fr.pdf>).

**Encadré 2. Instruments internationaux relatifs à l'échange d'agents pathogènes
et de données sur les séquences génétiques**

Cadre de préparation en cas de grippe pandémique (PIP)

- Adopté en 2011 par la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé
- Établit un lien entre l'échange des virus grippaux pouvant donner lieu à une pandémie et le partage des avantages pour les pays qui en ont besoin ; l'accès aux antiviraux et aux vaccins antipandémie et une aide pour renforcer les capacités dans les domaines étroitement liés aux principales capacités requises en vertu du RSI, par exemple
- Les données sur les séquences génétiques sont couvertes par le Cadre
- L'examen 2016 du Cadre PIP inclura les données sur les séquences génétiques et leur utilisation en vertu du Cadre ainsi que les liens avec le Protocole de Nagoya et avec le RSI

Protocole de Nagoya

- Accord supplémentaire de 2010 relatif à la Convention sur la diversité biologique 1992
- S'applique aux ressources génétiques couvertes par la Convention sur la diversité biologique, et aux avantages découlant de leur utilisation
- Ne contraint pas les pays à échanger des agents pathogènes
- Note dans le préambule que les Parties « tiennent compte du RSI (2005) et de l'importance d'assurer l'accès aux pathogènes humains aux fins de préparation et d'intervention pour la santé publique ».

3.1.3 Recommandations temporaires de l'OMS, mesures supplémentaires et restrictions

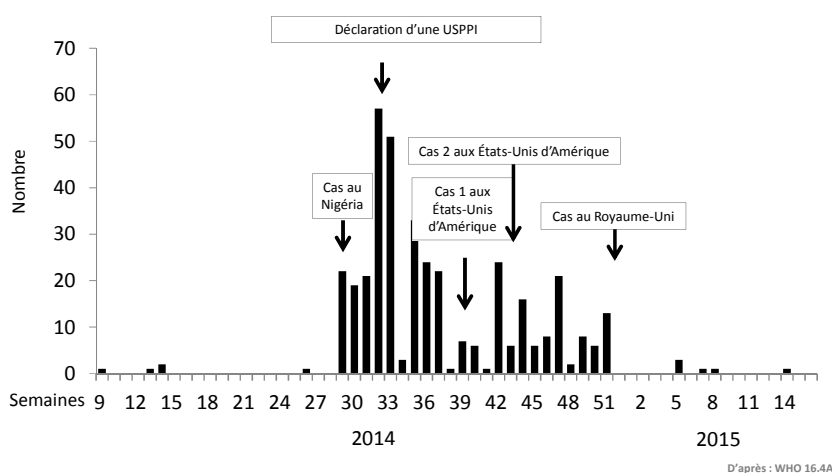
68. Les recommandations temporaires sont des avis non contraignants émis par l'OMS aux fins d'une application limitée dans le temps et en fonction du risque, pour faire face à une urgence de santé publique de portée internationale. Elles visent à prévenir ou à réduire la propagation internationale des maladies en créant le minimum d'entraves au trafic. Aux termes du RSI (article 43), les États Parties peuvent appliquer des mesures supplémentaires au trafic international, pour autant que ces mesures ne soient pas « plus restrictives ni plus intrusives que les autres mesures raisonnablement applicables » et elles doivent être fondées sur des principes scientifiques et des éléments scientifiques. Si un pays applique des mesures sanitaires supplémentaires qui « entravent de manière importante le trafic international, » l'État Partie est tenu d'informer l'OMS dans les 48 heures qui suivent leur mise en œuvre et de présenter à l'OMS les raisons de santé publique et les informations scientifiques pertinentes qui justifient l'application de ces mesures. L'OMS peut demander à un pays de réexaminer l'opportunité d'appliquer les mesures supplémentaires, et les États Parties qui appliquent les mesures supplémentaires doivent les réexaminer dans un délai de trois mois. Dans la pratique, très peu de pays informent l'OMS de l'application de mesures supplémentaires et peu d'entre eux justifient ou réexaminent l'opportunité de l'application de ces mesures, y compris lorsqu'ils y sont invités.¹ Cela témoigne d'un mépris inacceptable pour leurs obligations en vertu du RSI. Ces mesures peuvent aggraver les conséquences sociales et économiques des épidémies de maladies.

¹ RSI et Ebola. Session extraordinaire du Conseil exécutif sur Ebola. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (EB136/INF./7) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS3/EBSS3_INF4-fr.pdf).

69. À chacune de ses réunions depuis août 2014, le Comité d'urgence du RSI sur la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest a informé le Directeur général qu'il ne devrait y avoir aucune interdiction générale concernant le commerce et les voyages internationaux. Le Directeur général a approuvé l'avis du Comité sur ce point ainsi que sur d'autres questions liées à Ebola et en a fait des recommandations temporaires.

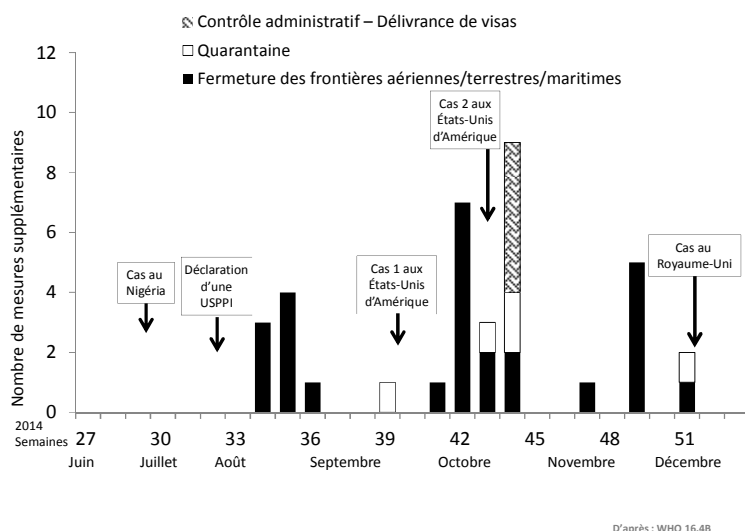
70. L'OMS suit systématiquement les déclarations relatives à l'application de mesures supplémentaires lors d'événements et d'urgences de santé publique majeurs et analyse minutieusement les rapports concernant les mesures non conformes aux recommandations de l'OMS. Malgré la recommandation de l'OMS selon laquelle aucune interdiction ne devrait porter sur le commerce et les voyages internationaux, de nombreux pays non touchés ont néanmoins imposé des mesures et des restrictions aux voyageurs. Au 1^{er} avril 2015, on comptait 570 rapports ou rumeurs relatifs à l'application de telles mesures, impliquant 69 pays ;¹ une nette augmentation a été associée à la déclaration, le 8 août 2014 d'une urgence de santé publique de portée internationale (Figure 4.A).

Figure 4.A Suivi par l'OMS des mesures relatives aux voyages et aux transports en rapport avec la maladie à virus Ebola, mars 2014-mars 2015



¹ Épidémie de virus à Ebola 2014 : situation et difficultés actuelles ; comment enrayer l'épidémie ; préparation dans les pays et les Régions non touchés. Rapport du Secrétariat. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (A68/24) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_24-fr.pdf).

Figure 4.B Suivi par l'OMS des mesures sanitaires supplémentaires en rapport avec la maladie à virus Ebola entravant les voyages et les transports, mars 2014-mars 2015



71. L'OMS a établi que plus de 470 de ces rumeurs concernant des mesures supplémentaires, y compris les contrôles de température, les questionnaires, l'autosurveillance, les méthodes de dépistage et d'autres mesures spéciales, ne nécessitaient aucun suivi ; ces mesures n'ont pas été jugées de nature à entraver les voyages et les transports. Conformément à la recommandation du Comité d'urgence du RSI pour les trois pays les plus touchés, les contrôles à la sortie sont une méthode de santé publique appropriée pour aider à réduire la propagation des maladies. Le Comité d'examen a toutefois noté que de nombreux États privilégiaient les contrôles à l'entrée pour protéger leur population contre la transmission transfrontières, signe probable d'une volonté politique d'apparaître comme « agissant ». Dans certains pays pauvres en ressources privés des principales capacités de surveillance et de détection requises et dotés de systèmes de santé faibles, les contrôles à l'entrée étaient le seul moyen d'aborder la lutte contre la maladie.

72. Sur les 100 rumeurs relatives à des mesures supplémentaires qui nécessitaient un suivi, 41 ont été jugées de nature à entraver les voyages et les transports, notamment la quarantaine obligatoire des voyageurs, le refus de délivrer des visas d'entrée, l'annulation des vols et la fermeture des frontières aériennes, terrestres et maritimes. La plupart des pays qui ont adopté de telles mesures étaient des pays d'Afrique et d'Amérique centrale ; ces mesures ont été appliquées en majorité en octobre 2014 (Figure 4B). Malgré les demandes envoyées par l'OMS pour vérifier l'application des mesures supplémentaires perçues comme excessives, 40% seulement des États Parties ont répondu. Le placement en quarantaine (« mesure sanitaire ») a été rare, contrairement à la suspension des vols et de la délivrance de visas. Aux demandes de justification de l'OMS, les États Parties ont indiqué que les mesures n'étaient pas liées à la santé et ne relevaient donc pas du RSI. Des explications s'imposent.

73. La plupart des mesures sanitaires supplémentaires imposées aux ports et aux navires ne relevaient pas de décisions nationales mais de décisions prises ponctuellement pour certains ports ou navires. Certains pays ont par exemple imposé trois mois de quarantaine à tout navire ayant fait escale dans un port d'Afrique de l'Ouest.

74. Le Comité d'urgence du RSI pour Ebola a conseillé au Directeur général de demander la levée des mesures excessives et noté leur impact négatif, par exemple « entraver le recrutement des personnels internationaux et leur retour », et leurs effets nocifs car elles « pénalisent les populations locales en accentuant la stigmatisation et l'isolement, et en perturbant les activités de subsistance et de l'économie ». ¹ Bien que des améliorations aient été observées, au 18 décembre 2015, 34 pays continuaient d'appliquer des mesures disproportionnées. ²

75. Les transports ont surtout été perturbés par les annulations de vols de ligne à destination et en partance des pays affectés. Le Secrétariat a déclaré que neuf compagnies aériennes avaient interrompu leur service pendant une certaine période lors du pic de l'épidémie et toutes n'ont pas rétabli les vols. Le Comité a examiné cette question plus en détail et a eu des entretiens avec les représentants des compagnies aériennes qui avaient ou non suspendu les vols à destination de l'Afrique de l'Ouest, des entreprises commerciales qui assurent des services de santé à l'étranger, et d'organisations et organismes professionnels concernés. Ces entretiens ont fait ressortir plusieurs questions. Premièrement, l'absence de canal de communication centralisé clairement défini et efficace entre les entités du domaine des voyages et des transports et les autorités de santé publique est responsable des informations/lignes directrices incohérentes, inappropriées et tardives qui ont circulé. Deuxièmement, des pays non affectés ont instauré de nombreuses restrictions ou exigences variables comme des exigences particulières à l'entrée des passagers et la lecture de notices à bord. Un informateur a indiqué que 20 exigences différentes avaient été instaurées sur une période de deux semaines, la plupart n'étant pas conformes aux lignes directrices de l'OMS. Les restrictions liées à un voyage récent dans les pays touchés ont posé de plus en plus de difficultés aux prestataires commerciaux et de services d'ambulance aérienne pour l'établissement des tableaux d'opérations et les listes d'équipages. Troisièmement, les compagnies aériennes étaient incapables de garantir des soins médicaux dans le pays ou moyennant une évacuation sanitaire aérienne pour les membres des équipages et le personnel au sol présentant des problèmes de santé habituels ou graves. Quatrièmement, certains pays avaient besoin d'une autorisation pour survoler leur territoire ou n'étaient pas autorisés à atterrir pour faire le plein de carburant ou faire une escale, même en l'absence de passagers infectés ou ayant été exposés à bord ; cela a rendu très difficile l'évacuation des personnes présentant des maladies autres qu'Ebola, un paludisme, une gastroentérite, une appendicite, par exemple. Cinquièmement, dans certains cas, des personnes qui semblaient être malades ou fébriles lors des contrôles à la sortie ont été isolées dans des conditions contraires à l'hygiène ou avec des patients porteurs du virus Ebola.

76. Les informateurs ont proposé l'établissement d'un groupe spécial permanent en remplacement de l'approche actuelle consistant à établir un groupe spécial des voyages et des transports pour chaque événement particulier, comme ce fut le cas pour l'épidémie d'Ebola. ³ Le groupe spécial devrait être chargé d'étudier les raisons non conformes au RSI avancées pour interrompre les voyages pendant l'épidémie d'Ebola et de formuler des recommandations pour permettre le maintien des opérations des aéronefs et des navires commerciaux lors de futures flambées épidémiques. Ce groupe pourra être réactivé en cas de besoin, avec l'autorité nécessaire pour faciliter l'application des mesures de riposte

¹ Déclaration sur la quatrième réunion du Comité d'urgence concernant la flambée de maladie à virus Ebola 2014 en Afrique de l'Ouest. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 21 janvier 2015 (<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ebola-4th-ihf-meeting/fr/>).

² OMS. Déclaration de l'OMS à l'issue de la huitième réunion du Comité d'urgence du RSI concernant la flambée de maladie à virus Ebola 2014 en Afrique de l'Ouest. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 18 décembre 2015 (<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ihf-ebola-8th-meeting/fr/>).

³ Déclaration du Groupe spécial des voyages et des transports en rapport avec la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 7 novembre 2014 (<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/ebola-travel/fr/>).

et accélérer la communication des messages. Il a aussi été proposé que soient officialisées les relations informelles actuelles entre l'OMS et l'Organisation de l'Aviation civile internationale (OACI), et qu'elles soient étendues à l'équivalent maritime, l'Organisation maritime internationale (OMI). Les informateurs ont noté la nécessité de protéger et de réglementer les mouvements transfrontières des patients.

3.1.4 Amener les États Parties à mieux se conformer au RSI

77. Le Comité d'examen s'est interrogé sur les mesures qui permettraient d'améliorer sensiblement l'application du RSI. Des sanctions seraient inappropriées et de peu d'utilité, mais il existe plusieurs autres moyens d'accroître au maximum le respect des obligations énoncées dans le RSI.

78. L'OMS, à titre d'incitation, pourrait par exemple apporter un appui technique ou financier ou faciliter l'obtention d'un tel appui. L'incitation des pays au respect de leurs obligations au moyen de mesures de collaboration et de soutien est une caractéristique que le RSI partage avec un grand nombre d'autres instruments et de traités multilatéraux. Des sources de financements innovants dans le contexte de l'OMS pourraient améliorer l'application du RSI. Plusieurs États Parties et la Fédération internationale de l'industrie du médicament, par exemple, se sont déclarés favorables au Cadre de préparation en cas de grippe pandémique, en vertu duquel les fabricants de vaccins antigrippaux, de produits de diagnostic et de produits pharmaceutiques qui utilisent le système mondial OMS de surveillance de la grippe et de riposte – réseau de laboratoires de santé publique coordonné par l'OMS – versent une contribution annuelle en espèces à l'OMS. L'OMS utilise ces fonds pour renforcer la préparation aux épidémies de grippe et les capacités de riposte dans les pays qui ont besoin de cet appui. Les fabricants acceptent également de fournir des avantages comme des vaccins contre la grippe pandémique, des antiviraux et d'autres produits ou technologies en rapport avec la pandémie lors d'une pandémie.

79. Des sources de financements innovants à l'appui des pays pourraient aussi être mises en place en dehors du contexte de l'OMS. Le groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola a recommandé que le Comité d'examen examine l'idée d'une « assurance qui permettrait d'atténuer des effets économiques néfastes ». La Banque mondiale travaille notamment avec l'OMS à la conception du dispositif d'urgence en cas de pandémie qui permettrait de riposter rapidement aux futures épidémies moyennant l'acheminement de fonds dans les pays en crise. Il s'agit d'émettre des « obligations-pandémie » pour les investisseurs dont on estime qu'ils ne pourraient honorer leurs engagements en cas d'épidémie, assurant ainsi la disponibilité de ressources pour agir avant que l'épidémie ne prenne les proportions d'une pandémie. Il convient de noter que l'un des trois instruments de financement de la Banque mondiale, le « programme pour les résultats », met l'accent sur les changements comportementaux et institutionnels dans les pays.¹

80. Une autre approche repose sur la notion selon laquelle le souci des « États pour leur réputation est en fait le principal moteur qui les pousse à maintenir un niveau élevé de conformité avec les traités ». ² De nombreux instruments multilatéraux ont des règles génératrices de transparence similaires à celles du RSI. Ces règles facilitent le respect des obligations car le risque d'être publiquement désigné comme coupable de non-conformité est très dissuasif. La transparence favorise aussi l'application du RSI de façon plus positive ; elle donne aux pays et à l'OMS la possibilité de

¹ Program-for-results financing : an overview. Washington, DC, World Bank, 2015 (http://siteresources.worldbank.org/PROJECTS/Resources/40940-1244163232994/6180403-1340125811295/PforR_Overview_update2015.pdf).

² Downs GW, Jones MA. Reputation, compliance and international law. JLS. 2002 ;31(supplement) :S95-114.

nouer un dialogue constructif sur l'application du RSI et de tirer des enseignements de l'expérience d'autres pays. Les dispositions du RSI qui encouragent la transparence incluent le rapport annuel à l'Assemblée mondiale de la Santé sur l'application du RSI (article 54.1) et la notification des événements et la communication d'autres rapports par les pays (articles 6-11). L'article 43(3) donne l'obligation aux pays de communiquer, et au Secrétariat d'échanger avec les autres pays, certaines informations qu'ils reçoivent sur les « mesures supplémentaires » appliquées par des pays qui entravent de manière importante le trafic international. Cet échange est indépendant du consentement du pays d'où émane l'information et, conformément à la recommandation du Comité d'examen du RSI sur un deuxième délai supplémentaire, le Secrétariat a récemment commencé à procéder à cet échange par l'intermédiaire de son site d'information sur les événements.

81. En règle générale, l'autorité dont jouit le Secrétariat de l'OMS qui lui permet de diffuser les informations reçues d'un État à d'autres États Parties a été principalement conditionnée à ce jour par le consentement de l'État Partie qui a communiqué l'information. Le Secrétariat, dans un nombre limité de circonstances, peut mettre les informations et « d'autres rapports » reçus d'États Parties à la disposition d'autres pays, voire du public, sans le consentement de l'État Partie concerné (articles 10.4 et 11). Compte tenu de la sensibilité des États Parties en la matière, le Secrétariat a jusqu'ici appliqué ces dispositions avec précaution. Selon certains témoignages, des décisions préjudiciables prises par des acteurs non étatiques, comme des entités commerciales, auraient pu être atténuées ou évitées si l'OMS avait pu les devancer en diffusant des informations. Une transparence accrue en ce qui concerne le respect du RSI est absolument indispensable.

82. Diverses options existent pour dissuader davantage les pays de manquer aux obligations découlant du RSI. Sur la base des systèmes de notification précités, par exemple, un rôle accru pourrait être confié au Secrétariat de l'OMS dans l'évaluation de la conformité des pays avec le RSI et la publication de ces informations, ou du moins leur mise à la disposition d'autres pays. Telle est la démarche adoptée récemment par le Bureau régional de la Méditerranée orientale (voir la section 3.1.1). Le système d'évaluation de l'OIE concernant le « Code sanitaire pour les animaux terrestres » (normes relatives à la qualité des services vétérinaires) confère un rôle puissant au Secrétariat de l'OIE. Un pays Membre peut demander à l'OIE d'évaluer ses services vétérinaires et il est habilité à demander une évaluation des services d'un autre pays Membre avec lequel il a des relations commerciales. Les évaluations des services vétérinaires sont effectuées par des experts approuvés par l'Assemblée mondiale des délégués de l'OIE. Les rapports d'évaluation sont établis en consultation avec les services vétérinaires du pays. Avec l'accord du pays, les rapports d'évaluation peuvent être mis à la disposition des partenaires internationaux du développement, et mis en ligne sur le site Web de l'OIE.^{1,2}

83. Le groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola a recommandé que le Comité d'examen envisage des mesures visant à dissuader les pays de prendre des mesures qui perturbent le trafic et le commerce au-delà de celles recommandées par l'OMS. Le Comité a noté à cet égard que, bien que l'article 56 permette le règlement des différends ayant surgi entre deux États Parties ou plus concernant l'interprétation ou l'application du RSI, les États n'ont jamais utilisé cet article, probablement parce que les deux États devraient accepter de se soumettre aux procédures de règlement des différends.

¹ Processus PVS de l'OIE pour des Services vétérinaires efficaces. Missions d'évaluation PVS. État d'avancement au 1^{er} décembre 2015. Paris, Organisation mondiale de la Santé animale, 2015 (<http://www.oie.int/support-to-oie-members/pvs-evaluations/status-of-missions/>).

² Rapports d'évaluation PVS de l'OIE. Paris, Organisation mondiale de la Santé animale (<http://www.oie.int/support-to-oie-members/pvs-evaluations/oie-pvs-evaluation-reports/>).

84. L'OMS devrait envisager d'utiliser l'article 16 pour éviter l'application de mesures supplémentaires inutiles. Le Comité a par ailleurs étudié la possibilité d'utiliser les règles de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) comme un mécanisme permettant aux États Parties touchés par un événement lié à des maladies infectieuses ou non infectieuses d'exercer un recours lorsque des restrictions injustes concernant des marchandises ou des services leur sont imposées par d'autres États. Les règles de l'OMC, contrairement à l'article 56, ne sont pas assujetties au consentement des Parties au différend et elles s'accompagnent de sanctions commerciales efficaces en cas de non-respect. La clé permettant de relier les deux systèmes – OMC et RSI – pourrait résider dans la mise au point de recommandations permanentes au titre de l'article 16 du RSI.¹ Ces recommandations permanentes pourraient par exemple couvrir les flambées épidémiques de maladies d'origine alimentaire. Elles pourraient sans doute être reconnues comme des normes en vertu des règles de l'OMC et d'autres accords réglementant le commerce international. Le Secrétariat de l'OMS et l'OMC devraient activement s'employer à établir ce lien.

3.2 L'EFFICACITÉ DE L'APPLICATION DU RSI LORS DE L'ÉPIDÉMIE D'EBOLA : LE RÔLE DE L'OMS

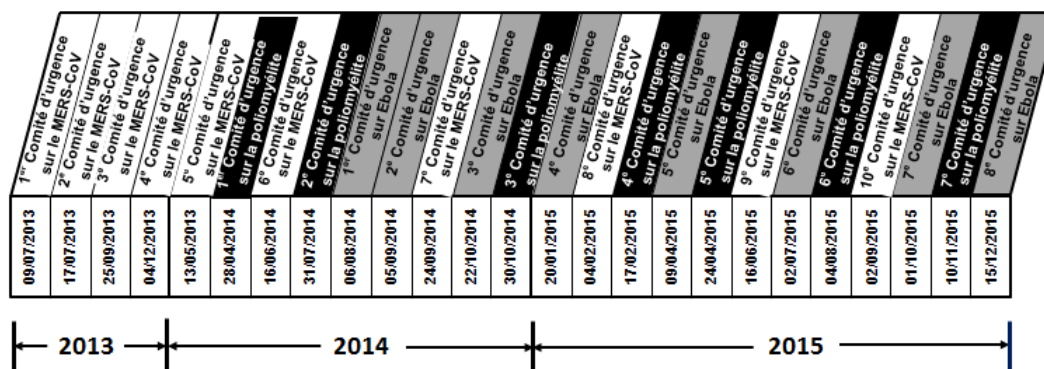
85. L'application du RSI relève de la responsabilité commune des États Parties et de l'OMS. D'autres entités, comme les ONG, les organismes internationaux et nationaux, et les réseaux régionaux et internationaux, jouent un rôle clé dans l'accélération de la mise en place des principales capacités et l'amélioration de la riposte aux événements de santé publique.²

86. Il incombe à l'OMS d'aider les pays à acquérir, renforcer et maintenir leurs principales capacités (Encadré 3). Aux termes du RSI, l'OMS est l'autorité directrice et coordonnatrice à l'échelle mondiale pendant les événements de santé internationaux, y compris les urgences de santé publique de portée internationale. Ce rôle directeur est soutenu par les activités de surveillance, de vérification et d'évaluation des risques du Secrétariat de l'OMS.

¹ Les recommandations permanentes sont les avis non contraignants émis par l'OMS concernant l'application systématique ou périodique de mesures sanitaires appropriées face à certains risques persistants pour la santé publique afin de prévenir ou de réduire la propagation internationale des maladies en créant le minimum d'entraves au trafic international.

² Accelerating Implementation of the International Health Regulations (2005). A Summary Report. Key points and recommendations from the IHR stakeholders meetings on mapping of unmet needs. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2013_5/en/).

Figure 5. Réunions des comités d'urgence sur le MERS-CoV, la poliomyélite et Ebola, 2013-2015



Source : WHO 16.5

87. Pendant les premiers stades de l'épidémie d'Ebola, l'insuffisance du leadership aux niveaux national et international a pu favoriser, du moins en partie, la trajectoire de l'épidémie.

88. Des faiblesses dans l'infrastructure du Secrétariat de l'OMS, imputables à un manque de financement systémique, à la pénurie de ressources humaines qualifiées, à l'absence de capacité de déploiement rapide, à la fragilité des maillages et aux priorités mal définies ont aussi été mises à jour à tous les niveaux. Ces faiblesses ont été accentuées par le fait que l'épidémie d'Ebola s'est déclarée alors que les capacités de riposte internationales étaient déjà monopolisées par d'autres flambées épidémiques importantes, notamment le MERS, la poliomyélite, et les infections par les virus de la grippe aviaire A(H5N1) et (H7N9). La convocation d'un comité d'urgence mobilise d'importantes ressources humaines du Secrétariat et, en 2014 et 2015, un petit nombre de personnes ont dû organiser simultanément plusieurs comités d'urgence pour trois risques pour la santé publique (Figure 5).

3.2.1 Évaluation des risques et gestion des risques : le rôle de l'OMS

89. Aux termes du RSI, le Secrétariat de l'OMS et les États Parties ont des responsabilités complémentaires en matière d'évaluation des risques, de gestion des risques et de communication sur les risques.

90. Les États Parties sont responsables de la détection des événements et de leur évaluation par rapport aux critères relatifs à la notification (ou à l'établissement d'autres rapports) à l'OMS. Les États mènent ces activités aux niveaux local et national dans le cadre des activités systématiques d'information en santé publique. L'OMS peut partager une partie de ses logiciels avec les États Parties pour les aider à s'acquitter de leurs propres fonctions d'information en santé publique. Cela encouragera le renforcement des capacités d'évaluation des risques dans les pays et l'interopérabilité entre les États Parties et le Secrétariat de l'OMS. Les États Parties sont également chargés de gérer les événements qui se produisent sur leur territoire ; cela peut recouvrir toute une gamme d'actions, notamment approfondir les investigations, décider d'agir et appliquer des mesures de riposte et élaborer des messages de communication sur les risques pour informer le public et les autres acteurs concernés au sujet de l'événement, de la manière dont il pourrait les affecter, des précautions qu'ils doivent prendre et de l'action en cours. L'OMS peut fournir des avis techniques et une aide opérationnelle aux États Parties selon les besoins pour aider à soutenir les activités de gestion des risques.

Encadré 3. Principales obligations de l'OMS en vertu du RSI (2005)*

- Surveiller la santé publique à l'échelle mondiale et évaluer les événements de santé publique importants, et communiquer des informations de santé publique aux pays
- Déterminer, le cas échéant, si un événement particulier constitue une USPPI, compte tenu de l'avis d'experts extérieurs
- Si une USPPI est déclarée, élaborer et recommander les mesures sanitaires cruciales (compte tenu de l'avis d'experts extérieurs)
- Proposer une aide technique aux pays dans leur riposte aux risques pour la santé publique et à des USPPI
- Aider les pays à évaluer leurs structures et leurs ressources nationales existantes en matière de santé publique, et à acquérir et renforcer les principales capacités de santé publique requises pour la surveillance et l'action, et aux points d'entrée désignés
- Surveiller l'application du RSI (2005) et actualiser les lignes directrices afin qu'elles restent scientifiquement valables et adaptées à l'évolution des besoins

* D'après : Organisation mondiale de la Santé. Questions fréquentes sur le Règlement sanitaire international (2005) ; voir <http://www.who.int/ihr/about/FAQ2009.pdf?ua=1&ua=1>.

91. À l'échelle mondiale, l'OMS surveille de manière systématique des centaines d'événements liés à des maladies infectieuses et non infectieuses, à la suite d'une notification officielle d'États Parties par l'intermédiaire des points focaux nationaux ou, officieusement, sur la base d'informations provenant des médias, d'agrégateurs de nouvelles comme ProMed, ou d'autres sources. Les événements sans importance ou sans fondement sont triés et écartés ; pour les autres, l'OMS procède à une évaluation du risque.¹ Pour les événements les plus importants, le Secrétariat de l'OMS convoque un comité d'urgence qui indique s'il s'agit ou non d'une urgence de santé publique de portée internationale. Lorsqu'une USPPI est déclarée, le Directeur général coordonne la gestion globale de la riposte mondiale en publiant des recommandations temporaires et en mettant en œuvre d'autres activités opérationnelles et de coordination.

92. L'OMS utilise deux outils Web pour gérer les informations relatives aux événements de santé publique. Le système de gestion des crises est utilisé aux trois niveaux de l'Organisation, comme plateforme unique d'information sur un événement donné à l'appui de l'évaluation des risques et de la gestion des risques. L'OMS a établi le site sécurisé d'information sur les événements, dont l'accès est réservé aux points focaux nationaux, pour faciliter l'échange d'informations entre l'OMS et les États Parties.

93. Comme noté précédemment (voir la section 3.1.2), l'OMS a effectué et publié trois évaluations des risques concernant l'épidémie d'Ebola sur le site d'information sur les événements à la fin du mois de mars. Ces évaluations ont été associées à l'identification initiale du virus Ebola en Guinée et à sa détection rapide ultérieure en Sierra Leone et au Libéria.

94. Lors de flambées épidémiques internationales, l'OMS coordonne son action avec le Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN). Le GOARN regroupe de plus de 200 établissements et réseaux partenaires dotés d'un éventail de savoir-faire techniques et logistiques divers pouvant être déployés pour l'identification, l'évaluation et la riposte rapides aux flambées épidémiques de portée internationale.² Plus de 1000 experts ont été déployés pendant la riposte à Ebola. Les informations disponibles au moyen du réseau GOARN peuvent aider l'OMS à évaluer les risques.

¹ Voir <http://www.who.int/csr/alertresponse/fr/>.

² Voir http://www.who.int/ihr/alert_and_response/outbreak-network/fr/.

Critères requis pour la convocation d'un comité d'urgence et la déclaration d'une USPPI

95. Aux termes du RSI, lors d'un événement sanitaire majeur, le Directeur général peut convoquer un comité d'experts – un comité d'urgence – qui donne son avis sur la question de savoir si un événement constitue une USPPI.¹ Conformément aux articles 47 et 48 du RSI, l'OMS établit une liste d'experts du RSI ; le Directeur général choisit les membres du Comité d'urgence à partir de la liste d'experts du RSI et, s'il y a lieu, d'autres tableaux et comités consultatifs d'experts de l'Organisation. La sélection des membres repose principalement sur leurs aptitudes techniques et leur expérience dans les domaines de compétence pertinents. Le Directeur général, en choisissant les membres du Comité d'urgence du RSI, veille à ce que soit respecté le principe de la plus large représentation géographique possible, et qu'ils reflètent une diversité de savoirs, d'expériences pratiques et d'approches. Les informateurs ont fait observer que le Comité d'urgence devrait inclure les représentants des gouvernements des pays touchés, des forces armées, des ONG, du secteur privé et des secteurs pertinents autres que celui de la santé.

96. Nous avons constaté qu'au-delà des dispositions mêmes du RSI, l'OMS ne dispose pas d'autres critères opérationnels pour convoquer un Comité d'urgence et déclarer une USPPI. En résumé, l'OMS évalue si un événement de santé publique est :

- 1) extraordinaire, et :
 - s'il est grave (s'il s'accompagne d'un taux de létalité élevé, s'il présente un potentiel épidémique ou s'il existe plusieurs voies de transmission) ;
 - s'il est inhabituel ou inattendu (source inconnue, symptômes inhabituels ou l'événement même est inhabituel, par exemple) ;
 - s'il présente un risque de propagation internationale ;
 - s'il risque, réellement ou non, d'entraver le trafic et le commerce ;
- 2) susceptible de nécessiter une riposte coordonnée à l'échelle internationale.

En procédant à ces évaluations, l'OMS utilise des principes scientifiques et examine :

- les éléments de preuve disponibles (y compris les informations manquantes et l'incertitude) ;
- les informations fournies par les États Parties touchés ;
- les avis du Comité d'urgence ;
- d'autres questions précisées à l'annexe 2, ou en rapport avec cette annexe – notamment les facteurs concomitants comme la densité/mobilité de la population, le tourisme, les catastrophes naturelles, un conflit armé, les capacités de santé publique des pays touchés.

97. Sur les milliers d'événements notifiés à l'OMS depuis l'entrée en vigueur du RSI en 2007, cinq événements seulement ont conduit le Directeur général à convoquer un Comité d'urgence, dont quatre ont conduit à la déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale : poliomyélite, H1N1, Ebola et Zika.

¹ IHR procedures concerning public health emergencies of international concern (PHEIC). Genève, Organisation mondiale de la Santé (<http://www.who.int/ihr/procedures/pheic/en/>).

98. La déclaration d'une USPPI confère un grand pouvoir politique, et ce pour plusieurs raisons. Premièrement, elle investit le Secrétariat de l'OMS du mandat de communiquer des informations essentielles sur l'événement et d'adresser au monde des recommandations temporaires. Deuxièmement, la déclaration d'une USPPI est un outil important pour assurer le leadership et la coordination, mais les implications de la déclaration doivent être claires pour tous les acteurs concernés.

Déclaration d'une USPPI pour l'épidémie d'Ebola

99. Après les premières notifications officielles d'Ebola en mars 2014, près de cinq mois se sont écoulés avant que le Comité d'urgence soit convoqué et qu'une USPPI soit déclarée (Figure 3). Ce délai peut être révélateur de problèmes concernant la surveillance et l'échange d'informations, d'une trop grande confiance dans l'expérience des précédentes flambées épidémiques de maladie à virus Ebola, dont la plupart, malgré des taux de létalité élevés, s'étaient résolues spontanément, et de l'inquiétude quant aux implications pour les trois pays les plus touchés.

100. Le Comité d'examen a observé que plusieurs mesures avaient alors été prises, à savoir : la communication régulière des évaluations des risques actualisées aux points focaux nationaux au moyen du système de gestion des crises ; le début (mars 2014) puis l'accélération du déploiement du GOARN (juin 2014) ; et le relèvement de l'urgence au niveau 3,¹ comme défini dans le Cadre d'action d'urgence de l'OMS (juillet 2014) (Encadré 4).

101. Le groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola affirmait dans son rapport que la déclaration d'une USPPI était intervenue trop tard pour Ebola. Le rapport donne un aperçu concis et franc des nombreuses questions complexes qui ont joué un rôle, notamment la mauvaise communication entre les personnels de rang supérieur au sein de l'OMS, la crainte de heurter les États Parties et les critiques précédemment adressées à l'OMS pour avoir déclaré une USPPI pour l'épidémie de grippe A(H1N1).²

102. Dans sa réponse au rapport du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola, l'OMS a déclaré « Toute détermination de l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) au titre du RSI a lieu sur la base des critères définis dans le RSI. La déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale au cours de la flambée d'Ebola a reposé sur l'application des critères du RSI et a eu lieu suite à la propagation internationale de la maladie à partir de la zone épidémiologique constituée par les trois pays touchés (Guinée, Libéria, Sierra Leone) vers le Nigéria, sachant que l'OMS avait auparavant déclaré la flambée comme constituant une urgence de niveau 3 (niveau le plus élevé) selon le Cadre d'action d'urgence de l'OMS ».³

¹ Le Cadre d'action d'urgence de l'OMS inclut un processus interne de classification. Un événement de niveau 3 est défini comme : un événement qui se produit en un ou plusieurs points dans un pays et qui a de graves conséquences pour la santé publique et nécessite une action importante du bureau de pays de l'OMS et/ou une riposte de grande envergure de l'OMS à l'échelle internationale. L'aide de l'Organisation et/ou extérieure requise par le bureau de pays de l'OMS est d'une ampleur considérable. Une équipe d'appui d'urgence, relevant du bureau régional, coordonne l'appui au bureau de pays de l'OMS (voir <http://www.who.int/hac/about/erf/fr/>).

² Rapport du Groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola. Genève, Organisation mondiale de la Santé, juillet 2015 (<http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/report-by-panel.pdf>).

³ Réponse du Secrétariat de l'OMS au rapport du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola. Genève, Organisation mondiale de la Santé, août 2015 (<http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/who-response-to-ebola-report.pdf>).

103. D'un point de vue international, en juillet 2014, la propagation du virus Ebola à l'extérieur de la « zone épidémiologique constituée par les trois pays touchés » pouvait être considérée comme un point de transition vers un événement de portée internationale. Du point de vue des États Parties, cependant, la propagation du virus de la Guinée à la Sierra Leone puis au Libéria à la fin mars 2014, en faisait une urgence de portée internationale.

Encadré 4. Les principaux événements qui ont ponctué la riposte de l'OMS à la flambée d'Ebola, 2014*

13 mars	Premier rapport officiel du bureau de pays de l'OMS en Guinée mis en ligne dans le système de gestion des crises
23 mars	Premier rapport sur la flambée d'Ebola en Guinée publié sur le site Web d'information sur les événements de l'OMS, décrivant les mesures prises par le Ministère guinéen de la santé et l'OMS pour endiguer la flambée
25 mars-4 avril	Première mission de l'OMS en Guinée
28 mars	L'OMS commence à surveiller les mesures relatives aux voyages et aux transports et à contacter les pays qui appliquent des mesures supplémentaires
30 mars	Déploiement du réseau GOARN de l'OMS en Guinée
30 mars-12 avril	Deuxième mission de l'OMS en Guinée
2-18 avril	Troisième mission de l'OMS en Guinée
8 avril	Conférence de presse de l'OMS annonçant au monde qu'il s'agit de « l'une des flambées d'Ebola les plus difficiles que nous ayons connues »
16 avril	Réunion de l'Union africaine et de l'OMS en Angola. Le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique déclare « l'épidémie continue de se déployer mais nous avons l'espoir qu'elle sera endiguée et bientôt maîtrisée. »
19 mai	Le Ministre guinéen de la santé informe l'OMS des résultats de la riposte à d'Ebola. Il déclare que les investigations de terrain ont donné « des résultats encourageants » et que cinq des six foyers de transmission intense étaient peu à peu maîtrisés
4-7 juin	Séance de travail de l'OMS sur Ebola, Guinée
Début juin	L'OMS instaure une surveillance transfrontalière dans la zone géographique « à haut risque » où convergent les frontières des trois pays
23 juin	Réunion de haut niveau à Conakry en présence du Président guinéen, du Représentant spécial du Directeur régional pour l'Afrique, du Représentant de l'OMS en Guinée, de l'Ambassadeur des États-Unis d'Amérique en Guinée et des CDC
23 juillet	Premier cas confirmé d'introduction d'Ebola dans un pays (Nigéria) par le passager d'un vol international porteur du virus
25 juillet	Le Directeur général demande la convocation d'un comité d'urgence
26 juillet	Le Directeur général déclare Ebola urgence de niveau 3 conformément au Cadre d'action d'urgence
31 juillet	Le Directeur général rencontre les Présidents de la Guinée, de la Sierra Leone et du Libéria
6 août	Convocation du Comité d'urgence pour Ebola
8 août	Déclaration d'une USPPi

* Extrait en partie de <http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/who-response/fr/>.

Mise en place nécessaire d'un niveau d'alerte intermédiaire

104. Le Comité a noté que l'aspect binaire d'une USPPI, un événement étant déclaré urgence de santé publique ou non, peut être problématique. La période précédant la déclaration, au cours de laquelle l'OMS intensifie ses évaluations des risques et se prépare à convoquer un comité d'urgence, peut s'apparenter à un exercice d'équilibre, les États Parties et les autres acteurs concernés ne sachant que faire en l'absence de lignes directrices de l'OMS, ou donnant des directives qui risquent de ne pas être conformes aux avis de l'OMS. Il convient toutefois de noter que l'OMS fournit des informations et des conseils sur l'évaluation des risques aux États dans ses communications avec les points focaux nationaux par l'intermédiaire du site d'information sur les événements avant de déclarer une USPPI.

105. La déclaration d'une USPPI est le seul mécanisme permettant de mobiliser les ressources financières et humaines considérables qui sont nécessaires pour riposter à une urgence mondiale, qu'il s'agisse du personnel à déployer, de l'accès aux produits de diagnostic et aux médicaments ou de la recherche-développement nécessaire pour un vaccin.

106. Le groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola a recommandé que le présent Comité envisage la mise en place d'un niveau d'alerte intermédiaire qui avertirait la communauté internationale au sens large et « faciliterait la préparation, les actions préventives et l'allocation des ressources, ce qui pourrait permettre d'éviter que la situation ne dégénère. »¹ Le Comité d'examen a convenu avec le groupe d'experts de la nécessité de mettre en place un mécanisme d'alerte précoce pour prévenir la communauté internationale de l'existence d'événements qui se situent entre les événements constituant des risques « normaux » pour la santé publique et ceux qui débouchent sur la déclaration d'une USPPI. Le Comité a également reconnu qu'une alerte précoce de ce type devait être accompagnée d'une déclaration claire des raisons pour lesquelles elle est donnée et des mesures qui doivent suivre.

107. Notant que des milliers d'événements se produisent chaque année, et que cinq comités d'urgence seulement ont été convoqués depuis l'entrée en vigueur du RSI, le Comité d'examen s'est demandé si, en abaissant le seuil des critères requis pour convoquer plus tôt des comités d'urgence pour des événements particuliers, l'OMS ne pourrait pas avertir plus rapidement la communauté internationale en cas de menaces. Cela risque toutefois de susciter un sentiment de lassitude et d'amoindrir l'impact du processus des comités d'urgence, et les ressources et les coûts associés seraient disproportionnés par rapport aux avantages qui en découleraient.

108. De l'avis du Comité, l'établissement d'un comité consultatif permanent permettrait d'indiquer à l'OMS quand un niveau intermédiaire est nécessaire. La mise en place d'un tel comité est en accord avec le mandat qui incombe à l'OMS de donner des avis d'experts en matière de santé publique, et elle est conforme au RSI.

109. Le Comité a également estimé que la signification d'une déclaration d'urgence de santé publique de portée internationale n'était pas comprise par toute la communauté internationale. Aussi est-il crucial que l'OMS communique clairement avec tous les acteurs concernés au sujet des actions qui doivent être déclenchées lorsqu'un comité d'urgence est convoqué, et lorsqu'une USPPI est déclarée. Il est également indispensable de communiquer clairement les différences et les relations qui existent entre les alertes issues du mécanisme du RSI, celles qui émanent du Cadre d'action d'urgence

¹ Rapport du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola. Genève, Organisation mondiale de la Santé, juillet 2015 (<http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/report-by-panel.pdf>).

de l'OMS et celles qui ont été données dans le secteur de l'action humanitaire par le Comité permanent interorganisations. Ce point a été systématiquement souligné par les informateurs. Ainsi que l'a recommandé le groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola, la coordination et l'harmonisation du système d'alerte devront être améliorées. Il est important, par ailleurs, que l'OMS réagisse plus fermement en cas de diffusion d'informations erronées ou inexacts et qu'elle mette au point une stratégie de communication appropriée.

3.2.2 Coopération avec les acteurs humanitaires et les autres acteurs concernés

3.2.2.1 Acteurs humanitaires

110. Pendant l'épidémie d'Ebola, des ONG comme MSF ont été continuellement présentes en Afrique de l'Ouest, assurant la prestation de toute une gamme de services de santé de première ligne. Elles ont contribué dans une très large mesure à l'obtention des résultats sanitaires avant et pendant les premiers stades de l'épidémie, et à la sensibilisation de la communauté internationale au sens large, qui a incité les partenaires internationaux tels que l'OMS à agir. C'est notamment en raison de l'action de sensibilisation des ONG que, fin mars 2014, le réseau GOARN et les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) avaient des équipes sur le terrain pour appuyer la riposte, secondées par les capacités de laboratoire nationales.

111. Les liens qu'entretient l'OMS avec les acteurs clés de l'action humanitaire, en théorie, sont solides ; l'Organisation a pour mandat de diriger le groupe de responsabilité sectorielle Santé¹ composé de 48 organisations sanitaires humanitaires internationales pour harmoniser l'activité des différents acteurs qui opèrent au sein du Comité permanent interorganisations, mécanisme chargé de la coordination interorganisations de l'aide humanitaire.

112. Le Cadre d'action d'urgence décrit les rôles et les responsabilités de l'OMS lors de situations d'urgence dues à un large éventail de dangers.² Le Cadre d'action d'urgence énonce clairement les engagements de base de l'OMS dans l'action d'urgence, et les mesures qu'elle doit prendre concernant l'évaluation des risques et la communication sur les risques. Le RSI est étroitement lié au Cadre d'action d'urgence – le Cadre d'action d'urgence applique en fait dans la pratique le cadre juridique du RSI ; le Cadre d'action d'urgence repose sur le RSI car les principales capacités requises garantissent la capacité des pays à appliquer le Cadre d'action d'urgence.

113. Dans la pratique, cependant, le Comité d'examen a été informé par des acteurs du secteur de l'action humanitaire que si les lignes directrices énoncées dans le Cadre d'action d'urgence et dans le RSI sont claires, leur application sur le terrain laissait souvent à désirer, et les priorités politiques ou les problèmes posés par les hiérarchies concurrentes entre le personnel local et le personnel du Siège, ont pu prendre le relais des principes scientifiques et humanitaires. Une question essentielle également soulevée a été la lenteur opérationnelle de l'OMS, due en grande partie à son manque de souplesse et d'agilité dans l'action d'urgence. Les informateurs de la communauté du secteur humanitaire ont encouragé l'OMS à mieux utiliser le Comité permanent interorganisations et le mécanisme du groupe de responsabilité sectorielle Santé³ et à mettre en place un groupe spécial de chefs opérationnels pour l'action d'urgence qui pourront coordonner l'action humanitaire et orienter l'architecture humanitaire

¹ Voir http://www.who.int/hac/global_health_cluster/about/en/.

² Cadre d'action d'urgence. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (<http://www.who.int/hac/about/erf/fr/>).

³ Questions-réponses sur le rôle de l'OMS en cas de crise humanitaire. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<http://www.who.int/hac/about/faqs/fr/index3.html>).

existante, en cas de besoin. Différents points de vue ont été exprimés au sujet du protocole d'accord. Certains informateurs ont examiné des protocoles d'accord et des accords utiles pour clarifier la répartition des rôles. Des exercices de simulation ont été proposés pour tester les points forts et les faiblesses de la collaboration.

3.2.2.2 *Secteur commercial privé*

114. Selon sa localisation, ses capacités et le type des opérations, le secteur privé peut et doit contribuer directement et indirectement à la détection des flambées de maladies infectieuses. La poursuite des échanges commerciaux est essentielle pour le bien-être économique de la plupart des pays, et il est important de veiller au maintien de cette activité économique pendant les flambées épidémiques de maladies.

115. Certaines organisations commerciales contribueront aux ripostes, notamment les fabricants de vaccins, de médicaments et d'équipements de protection individuelle (EPI) et les prestataires de services de santé et d'autres services vitaux.

116. Les sociétés commerciales qui emploient un grand nombre de personnes, notamment dans des zones éloignées ou peu peuplées, ont souvent une présence sanitaire importante incluant un élément de santé publique. Le Comité a obtenu des informations sur la manière dont les opérations minières ont continué sans interruption à la frontière entre la Guinée et le Libéria grâce à l'adoption de divers processus et protocoles à la mine ; à la surveillance et aux soins de santé des travailleurs, des familles et de leurs communautés d'origine ; et à la mise au point et la production d'un éventail de matériels éducatifs culturellement appropriés pour réduire au maximum le risque d'infection et faciliter, le cas échéant, un traitement précoce. D'autres grandes entités commerciales, des producteurs de pétrole, de gaz et d'acier, par exemple, ont également maintenu leurs opérations dans les pays touchés.¹ Firestone Liberia, Inc., par exemple, en réponse au premier cas de maladie à virus Ebola dans sa plantation d'hévéas au Libéria en mars 2014, a adopté plusieurs mesures pour aider à protéger ses 8500 employés, leurs personnes à charge et la population locale. La société a utilisé un système de gestion des incidents pour coordonner un large éventail de mesures de riposte incluant une surveillance active et passive destinée à détecter autant de cas que possible, notamment par la recherche et le suivi des contacts ; des mesures de lutte contre l'infection dans les centres de soins de santé et autres lieux ; des procédures localement adaptées et des installations pour l'isolement et le placement volontaire en quarantaine des patients et des contacts, respectivement ; un programme pour faciliter la réintégration des survivants dans la communauté ; et un solide programme de communication sur les risques et de mobilisation sociale.²

117. Le Comité a noté que les nombreux examens indépendants de l'épidémie d'Ebola, notamment celui du groupe d'experts de haut niveau des Nations Unies, traitaient du rôle du secteur commercial privé. Or il apparaît clairement que dans certaines circonstances, dont l'épidémie d'Ebola, il peut contribuer à la surveillance et à la gestion des flambées épidémiques, et peut jouer un rôle important, voire essentiel, en aidant à maintenir la viabilité du gouvernement et la santé économique du pays pendant la phase de relèvement. Le Comité a également estimé que certains des processus et des procédures utilisés pour maintenir les opérations minières pourraient servir de modèle pour assurer la continuité des opérations aéroportuaires lors d'une future urgence de santé publique.

¹ Heron RJL. Ebola—what have we learned from the recent outbreak? *Occup Med* (Lond). 2016 ;66 :4-7. doi : 10.1093/occmed/kqv163.

² Reaves EJ, Mabande LG, Thoroughman DA, Arwady MA, Montgomery JM. Control of Ebola virus disease—Firestone District, Liberia. *MMWR*. 2014 ;63:959-65 (<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6342a6.htm>).

3.2.2.3 *Les forces armées*

118. La riposte mondiale à Ebola a nécessité une importante action militaire de la part de plusieurs États Parties. L'action militaire a couvert la logistique, l'ingénierie, la communication, la gestion de l'information, le commandement, et les mesures de lutte et la formation médicale, le Comité prenant seulement en charge les aspects liés aux soins de santé.

119. La principale contribution médicale des services de santé militaires a été la fourniture de soins médicaux de qualité et l'organisation des moyens d'évacuation. Leur présence rassurante a permis de faciliter le déploiement des services de santé civils. Ils ont ainsi joué le rôle de « multiplicateur de force » sans quoi la riposte ultime serait restée insuffisante. Le déploiement médical militaire n'a cependant pas été exempt de problèmes. Le Comité a été informé que certaines des premières équipes médicales militaires déployées ont seulement accepté de se charger des soins des volontaires et des civils de leurs propres pays. Jusqu'à ce que la politique soit modifiée et que les soins soient étendus à tous les agents de santé, le déploiement d'équipes africaines de volontaires décidées et disponibles a été limité du fait de l'absence d'autres soins et d'un plan d'évacuation efficaces. Le déploiement des équipes médicales militaires a aussi été quelque peu retardé, notamment en raison de la formation préalable nécessaire et de l'achat et de l'intégration nécessaires d'équipements de protection individuelle (EPI) appropriés.

120. Il est évident que nombreux sont les volontaires prêts à travailler dans les zones touchées par des maladies hautement infectieuses. Ils ont toutefois besoin d'être assurés que, ce faisant, s'ils sont infectés, il est prévu de leur dispenser des soins d'un niveau suffisant. La mise en place d'une telle capacité en un court laps de temps peut nécessiter le recours à du personnel médical militaire, qui peut naturellement être déployé à bref délai. Lors de futures flambées épidémiques majeures de maladies infectieuses du même type qu'Ebola, un tel déploiement sera facilité du fait que des personnels médicaux militaires auront été formés et équipés à l'avance pour un déploiement immédiat.

121. La présence de personnel médical militaire dans des actions humanitaires et de santé publique peut être hautement sensible dans certaines situations. Aussi le déploiement de personnel médical militaire lors d'urgences humanitaires doit-il être géré avec soin, de façon à ne pas porter préjudice à la nature civile de l'action humanitaire. La dépendance à l'égard du personnel médical militaire ne doit pas non plus affaiblir l'investissement mondial, régional et national dans la création d'un solide effectif mondial d'urgence sanitaire prêt à être déployé rapidement sur les lieux d'une urgence sanitaire.

3.2.2.4 *Collaboration régionale*

122. À mesure que l'étendue de l'épidémie d'Ebola est devenue apparente, les pays voisins et les pays de la Région, ainsi que les principales organisations régionales, ont vite réagi à la crise dans un élan qui s'est avéré d'une importance cruciale. De nombreux pays, dont l'Ouganda, le Nigéria, le Ghana et l'Afrique du Sud, ont envoyé des équipes de personnels de soins de santé et des fournitures de soins de santé essentielles à l'appui des services de santé décimés. Des pays comme le Sénégal et l'Afrique du Sud ont fourni un appui de laboratoire essentiel, notamment des infrastructures, du personnel, des moyens de formation et un appui logistique. Le Ghana a maintenu ses frontières ouvertes, ce qui a facilité le flux des fournitures et des personnels essentiels vers les pays touchés. L'Union africaine a coordonné l'envoi d'importants contingents de personnels militaires et de personnels de santé dans les pays touchés. Dans la Région, le secteur privé des pays voisins a envoyé des dons de véhicules, de motos, de gants et d'autres fournitures essentielles.

123. L'appui des pays voisins est fortement recommandé aux termes de l'article 44 du RSI. Si conscients aient été les pays de cet engagement, ces contributions généreuses ont probablement été motivées par la compassion et la solidarité avec les citoyens et les gouvernements des pays touchés par Ebola plus que par le respect de cette obligation. L'enseignement retiré de l'épidémie d'Ebola pour les urgences futures est la priorité qui doit être accordée à l'action rapide des voisins géographiques et des Régions, non seulement parce que cela peut tout changer pour les populations touchées, mais parce que cela peut contribuer dans une mesure importante à l'endiguement et à l'élimination d'une flambée.

3.2.3 Capacités et réforme institutionnelle de l'OMS

124. Les ressources du Secrétariat de l'OMS pendant l'épidémie d'Ebola ont été un point crucial. Le Comité a appris qu'une très petite équipe (quatre membres du personnel) du Siège de l'OMS a assuré l'essentiel de l'activité de surveillance de santé publique et d'évaluation des risques à l'échelle mondiale, avec l'appui des bureaux régionaux. Même 10 ou 12 membres du personnel, avec la possibilité de faire appel à d'autres équipes techniques au sein de l'OMS pour des savoir-faire particuliers, constituent toutefois un niveau insuffisant de ressources humaines pour une fonction de santé publique mondiale d'importance vitale. Les ressources du Secrétariat devraient permettre de détecter, vérifier, évaluer et suivre plusieurs événements, notamment des événements simultanés, 365 jours par an ; pendant des événements majeurs comme l'épidémie d'Ebola, l'OMS doit disposer de plans de secours pour répondre aux besoins financiers et en ressources humaines complémentaires.

125. Parallèlement à l'augmentation du nombre et au renforcement des capacités de ses propres membres du personnel, l'OMS devrait également faire davantage appel à des experts et des réseaux indépendants comme le GOARN pour l'aider dans certains aspects de son rôle de surveillance et d'évaluation des risques. Ainsi qu'il a été noté précédemment, un comité consultatif permanent seconderait utilement l'OMS dans ces domaines. Il offrirait un cadre de référence plus large pour les analyses portant sur les dimensions sociale, économique, éthique et culturelle de l'événement, sans compromettre l'impartialité de l'OMS ni la confidentialité du processus d'évaluation des risques.

126. L'OMS s'emploie à renforcer et moderniser son programme d'action d'urgence. Dans le cadre de cette réforme, le Directeur général de l'OMS a convoqué un groupe consultatif de haut niveau pour qu'il émette des avis sur la conception et l'établissement d'une plateforme permettant aux trois niveaux du Secrétariat de l'OMS de gérer l'évaluation des risques, de caractériser les risques, de communiquer sur les risques et de gérer les risques ; l'optimisation de la riposte de l'Organisation aux flambées et aux urgences ayant des conséquences sanitaires et humanitaires ; et l'appui à l'OMS pour qu'elle soit à même de coordonner l'action des États Membres, des Nations Unies et des partenaires opérationnels pendant les flambées et les urgences.¹ Le Comité d'examen s'est félicité de ce renforcement du Secrétariat de l'OMS eu égard aux urgences sanitaires qui a été présenté au Conseil exécutif en janvier 2016,² et il a insisté pour que ce programme soit mis en œuvre d'urgence.

¹ Mandat du groupe consultatif sur la réforme de l'action de l'OMS lors de flambées et de situations d'urgence ayant des conséquences sanitaires et humanitaires. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/advisory-group/second-report-french.pdf?ua=1).

² Épidémie de maladie à virus Ebola 2014 et questions soulevées : suite donnée à la session extraordinaire du Conseil exécutif sur l'épidémie d'Ebola (résolution EBSS3.R1) et à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé (décision WHA68(10)) : Plan de haut niveau pour un nouveau programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (EB138/55) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_55-fr.pdf).

127. Le nouveau programme de l'OMS doit disposer de ressources suffisantes à tous les niveaux. Les capacités liées aux urgences qui seront nécessaires dans de nombreux bureaux régionaux et bureaux de pays de l'OMS devront être sensiblement accrues. L'OMS étudie diverses options concernant les ressources financières supplémentaires qui seront nécessaires. La mobilisation de capacités et de ressources auprès d'autres institutions des Nations Unies et organismes partenaires est l'une des approches. Le groupe consultatif sur la réforme de l'action de l'OMS lors de flambées épidémiques et de situations d'urgence a, par exemple, recommandé que l'OMS utilise au maximum le Fonds central d'intervention pour les urgences humanitaires géré par le Coordonnateur des secours d'urgence pour le compte du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.¹ Les informateurs étaient généralement favorables à une augmentation des contributions des États Membres de l'OMS pour aider à renforcer ses capacités dans ce domaine. Cette approche a également été proposée par d'autres groupes d'examen.^{2,3,4} D'autres voies d'appui possibles ont été proposées par les informateurs, notamment la mobilisation de grandes fondations et la participation du secteur privé.

128. Pour accroître encore ses capacités d'action, l'OMS a entrepris d'établir 1) un corps d'intervention sanitaire d'urgence,⁵ comme recommandé par le Comité d'examen du RSI 2011, et un fonds de réserve OMS pour les situations d'urgence. Le fonds de réserve, qui est doté d'une capitalisation cible de US \$100 millions, est destiné à financer les premières mesures de l'OMS lors d'une urgence. Il permettra à l'OMS de déployer rapidement des effectifs supplémentaires pour coordonner les équipes médicales d'urgence, d'établir des systèmes informatiques, de combler le déficit de communication sur les risques, et d'acheter et de distribuer des fournitures médicales.⁶

3.2.4 Stratégie de communication de l'OMS

129. Malgré toutes les activités de communication de l'OMS pendant l'épidémie d'Ebola, de nombreux informateurs ont été critiques à l'égard de la capacité de l'OMS à fournir des informations factuelles pertinentes aux principaux décideurs à temps pour qu'ils puissent prendre des mesures de précaution et de riposte réfléchies. Il existe différents types d'acteurs et ils ont besoin d'informations différentes, qu'il s'agisse de rédiger des notes pour les médias ou de dissiper les rumeurs. Un grand nombre d'organisations diverses avaient besoin rapidement d'informations pertinentes, tels les syndicats, les services de médecine du travail, les compagnies aériennes, les médias et les ONG. Les problèmes ont été exacerbés par la publication par les États Parties d'avis différents (notices lues à bord aux passagers, par exemple) et les instructions et la méfiance d'autorités sanitaires ne relevant pas de l'OMS, comme les syndicats qui n'avaient pas entièrement confiance dans les avis dispensés

¹ Deuxième rapport du groupe consultatif sur la réforme de l'action de l'OMS lors de flambées et de situations d'urgence ayant des conséquences sanitaires et humanitaires. Genève, Organisation mondiale de la Santé, janvier 2016 (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/advisory-group/second-report.pdf?ua=1).

² Rapport du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola. Genève, Organisation mondiale de la Santé, juillet 2015 (<http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/report-by-panel.pdf>).

³ Commission on a Global Health Risk Framework for the Future. The neglected dimension of global security : a framework to counter infectious disease crises. Washington, DC. National Academy of Medicine, January 2016 (<http://nam.edu/wp-content/uploads/2016/01/Neglected-Dimension-of-Global-Security.pdf>).

⁴ Protecting Humanity from Future Health Crises. Report of the High-level Panel on the Global Response to Health Crises. 25 January 2016 (http://www.un.org/News/dh/infocus/HLP/2016-02-05_Final_Report_Global_Response_to_Health_Crises.pdf).

⁵ Décisions et liste des résolutions. Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (A68/DIV./3) 5 juin 2015 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_DIV3-fr.pdf, consulté le 10 octobre, 2015).

⁶ Fonds de réserve OMS pour les situations d'urgence. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/contingency-fund/Contingency-Fund-Emergencies.pdf?ua=1).

par leurs propres services de médecine du travail parce qu'ils n'étaient pas soutenus par des déclarations officielles de l'OMS. En l'absence d'informations faisant autorité, les organisations ont recouru à l'Internet et à d'autres organisations. Ce défaut d'informations fournies rapidement par l'OMS a été accentué par un manque général de sensibilisation au RSI et la méconnaissance de cet instrument dans les États Membres, mais aussi dans les organisations internationales, les entités commerciales et les communautés.

130. De l'avis général, l'OMS est la source d'information la plus fiable lors d'une urgence de santé publique. Par conséquent, si ces informations avaient été communiquées en temps utile et de manière fiable par l'OMS, elles auraient eu de l'influence et auraient pu modifier des décisions cruciales (comme le maintien ou non des vols à destination de l'Afrique de l'Ouest). La communication d'un message cohérent était particulièrement problématique dans les mois précédant la déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale avec, par exemple, des journalistes basés à Genève affirmant qu'ils n'ont eu accès à aucun expert technique sur Ebola jusqu'à la fin de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2014, seuls les porte-parole de l'OMS étant à leur disposition.

131. Du point de vue du Comité d'examen, le manque d'informations de l'OMS en temps opportun a peut-être témoigné en partie des hésitations au sein du Secrétariat de l'OMS concernant son évaluation des risques associés à la situation complexe qui ne cessait d'évoluer. Cela peut aussi avoir tenu au refus de publier toute information, ou de répondre aux interrogations, tant qu'il n'était pas certain que la réponse soit scientifiquement fondée. Le Comité d'examen apprécie pleinement le risque qu'aurait comporté pour la réputation de l'OMS la publication d'informations qu'il aurait ensuite fallu modifier ou annuler. Dans le monde interconnecté d'aujourd'hui, cependant, organisations et particuliers peuvent obtenir immédiatement des informations de nombreux médias, et le coût d'informations inexacts et tardives et l'absence de démenti catégorique rapide d'informations erronées peuvent avoir un coût très élevé. Cela peut conduire des organisations à adopter des politiques indûment protectives, semer la panique dans le public, et avoir des conséquences économiques et sociales graves pour les pays et les communautés.

132. Il y a eu d'autres exemples d'information laissant à désirer. La déclaration d'une USPPI n'a pas été accompagnée d'une déclaration claire indiquant ce que l'OMS allait faire pour riposter, qui exerçait la responsabilité et le leadership au sein de l'OMS, et ce qui était attendu des autres organisations, comme les institutions des Nations Unies, le groupe de responsabilité sectorielle Santé, les organisations intergouvernementales et les organisations non gouvernementales. Dans les entretiens avec les présidents du Comité d'urgence du RSI, il a été proposé que le Comité d'urgence, en formulant des recommandations temporaires, précise les obligations des partenaires et des organismes de développement, et fasse rapport sur ce point à l'OMS. Une telle déclaration devrait également déclencher l'établissement de protocoles relatifs à l'action d'urgence de l'OMS et l'établissement d'une chaîne claire de commandement et de communication au sein du Secrétariat de l'OMS. Elle devrait s'accompagner d'une explication claire des dispositifs de communication et de liaison mis en place pour l'urgence.

133. Le Comité a également été informé que l'OMS aurait pu utiliser davantage le Global Disaster Alert and Coordination System (GDACS) qui sert aux coordonnateurs nationaux dans les situations d'urgence à obtenir des informations sanitaires et à communiquer rapidement des informations faisant autorité. Le GDACS a été utilisé pendant l'épidémie d'Ebola pour alerter et mobiliser les équipes des Nations Unies pour l'évaluation et la coordination en cas de catastrophe au Ghana, au Libéria et au Mali. La discussion en ligne pour le déploiement de l'équipe au Libéria, par exemple, a mobilisé 978 administrateurs de l'action d'urgence de 155 pays et organisations, et elle a permis de faire un point détaillé sur la riposte à Ebola ; cela aurait constitué une excellente plateforme au moyen de laquelle l'OMS aurait pu obtenir et fournir des informations, et clarifier et instruire le système plus large de l'action humanitaire et des États.

134. La communication sur les risques de l'OMS a été jugée inadéquate pendant l'épidémie d'Ebola. De nombreux témoins ont confirmé qu'ils n'avaient pu obtenir de l'OMS les informations requises pour faciliter la prise des décisions, pour rédiger les notes aux médias, dissiper les rumeurs ou rassurer l'opinion. L'OMS est généralement considérée comme la source d'information la plus sûre lors d'urgences de santé publique. Par conséquent, si ces informations avaient été communiquées à temps et de manière fiable par l'OMS, elles auraient eu de l'influence et auraient éventuellement pu modifier certaines décisions cruciales (notamment sur le maintien ou non des vols à destination de l'Afrique de l'Ouest). À défaut de cela, des organisations qui n'étaient pas investies de l'autorité nécessaire (syndicats, services de médecine du travail, compagnies aériennes et ONG, par exemple) sont parfois devenues des sources d'information plus importantes pendant l'épidémie d'Ebola. Il a aussi été observé que malgré la présence de l'OMS sur le GDACS qui est utilisé par les coordonnateurs de l'action d'urgence nationale, des organisations directement associées à l'action humanitaire n'ont pas reçu des informations suffisantes de l'OMS. Les organisations et les particuliers peuvent maintenant obtenir immédiatement des informations de nombreux médias, et des informations inexacts et tardives et l'absence de démenti catégorique et rapide d'informations erronées peuvent avoir un coût très élevé. Cela peut conduire les organisations à adopter des politiques indûment protectives, semer la panique dans le public, et avoir des conséquences économiques et sociales graves pour les pays et les communautés.

3.3 ÉVALUATION ET ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'APPLICATION DES PRÉCÉDENTES RECOMMANDATIONS RELATIVES AU RSI

135. Deux examens antérieurs du RSI^{1,2} ont débouché sur des recommandations destinées à améliorer le fonctionnement et l'utilisation du RSI. Le Comité d'examen réaffirme l'importance et la pertinence de ces recommandations pour l'application du RSI à l'avenir. Certains pays ont répondu en renforçant les principales capacités requises pour agir efficacement en cas de menaces pour la santé publique. L'épidémie de maladie à virus Ebola a cependant montré que de nombreux pays demeurent incapables ou peu désireux de s'acquitter de leurs obligations en vertu du RSI. Le manque de ressources, des conflits et le manque de compréhension ou de volonté politique ont affecté leur aptitude à respecter leurs obligations. De nombreux pays sont encore aux prises avec des systèmes de santé faibles et de médiocres capacités de laboratoire, qui sont essentiels pour le fonctionnement du RSI. De nombreux États Parties ont par ailleurs appliqué des mesures de riposte sans justification suffisante du point de vue de la santé publique, entravant inutilement les voyages et le commerce, et aggravant de ce fait l'impact de l'épidémie. Dans le cas de l'épidémie d'Ebola, ces actions ont sensiblement réduit la rapidité et l'efficacité de l'action internationale face à la situation d'urgence destinée à prévenir la propagation transfrontalière et la perte de vies.

3.3.1 État de la mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen 2011

136. Le Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A(H1N1) 2009, dans son rapport, fait 15 recommandations, définit le calendrier de la mise en œuvre de chacune d'elles et confie la responsabilité de leur mise en œuvre à

¹ Application du Règlement sanitaire international (2005). Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A(H1N1) 2009. Rapport du Directeur général. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (A64/10) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-fr.pdf?ua=1).

² Application du Règlement sanitaire international (2005). Rapport du 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. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (A68/22 Add.1) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_22Add1-fr.pdf).

l'OMS, aux pays ou aux deux conjointement. Le tableau donne un aperçu succinct du degré d'application des recommandations du Comité d'examen 2011 par niveau de réalisation, témoignant de l'application incomplète de nombreuses recommandations.

137. Sur les 15 recommandations, six auraient pu réduire l'impact de l'épidémie d'Ebola si elles avaient été pleinement appliquées : deux recommandations relevant des pays sur l'accélération de la mise en place des principales capacités requises par le RSI et des améliorations dans le fonctionnement des points focaux nationaux ; deux recommandations relevant de l'OMS sur le renforcement de la capacité interne d'assurer une riposte soutenue et le renforcement de la prise de décisions fondées sur des bases factuelles en matière de commerce et de voyages internationaux ; et deux recommandations relevant d'une responsabilité conjointe sur la constitution d'une réserve de personnels de santé publique et la création d'un fonds de réserve pour les urgences de santé publique. Quatre de ces six recommandations ne sont que « partiellement appliquées » près de cinq ans après la publication de ce rapport.

138. Si l'absence des principales capacités requises a été mise en lumière par l'épidémie d'Ebola dans les trois pays les plus touchés en Afrique de l'Ouest, il apparaît clairement que ce défaut est beaucoup plus répandu et que de nombreux pays risquent aussi d'être dans l'incapacité de détecter rapidement de telles urgences de santé publique et d'y réagir efficacement. Des efforts supplémentaires seront également nécessaires pour établir des points focaux nationaux efficaces. Le Secrétariat, à l'appui de cette recommandation, a principalement offert des possibilités et des matériels de formation, tandis que les plans visant à renforcer les activités de sensibilisation n'ont pas été mis en œuvre.

139. La recherche des éventuelles mesures relatives au commerce et aux voyages mises en œuvre par les États Parties et leur suivi avec les États Parties sont désormais intégrés dans l'action du Secrétariat lors d'une urgence de santé publique. Toutefois, ainsi qu'il a été noté en 2011, l'OMS n'est pas habilitée par le RSI à appliquer des sanctions contraignantes lorsqu'un État Partie applique des mesures injustifiées. Les éléments de preuve sur lesquels fonder les décisions relatives aux mesures concernant le commerce, les voyages et les frontières lors d'une urgence sanitaire restent par ailleurs faibles en dépit des tentatives pour tirer des enseignements des événements récents.

140. La riposte à l'épidémie d'Ebola a renforcé la nécessité d'une réforme plus fondamentale et globale de l'action d'urgence de l'OMS. Ainsi qu'indiqué dans le présent rapport (section 3.2.3), l'établissement d'un nouveau programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire est en cours, dans le cadre du processus de réforme de l'action d'urgence du Secrétariat de l'OMS mis en place en 2015.^{1,2} Le programme porte notamment sur les ressources humaines mondiales pour l'action sanitaire d'urgence et sur le fonds de réserve, tous deux en voie de mise en œuvre.³

¹ Follow-up to the World Health Assembly decision on the Ebola virus disease outbreak and the Special Session of the Executive Board on Ebola : Roadmap for Action. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/WHO-outbreaks-emergencies-Roadmap.pdf).

² Épidémie de maladie à virus Ebola 2014 et questions soulevées : suite donnée à la session extraordinaire du Conseil exécutif sur l'épidémie d'Ebola (résolution EBSS3.R1) et à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé (décision WHA68(10)) : Plan de haut niveau pour un nouveau programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (EB138/55) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_55-en.pdf).

³ Deuxième rapport du groupe consultatif sur la réforme de l'action de l'OMS lors de flambées et de situations d'urgence ayant des conséquences sanitaires et humanitaires. Genève, Organisation mondiale de la Santé, janvier 2016 (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/advisory-group/second-report.pdf?ua=1).

141. Le Comité d'examen s'est interrogé sur les raisons pour lesquelles les recommandations soigneusement réfléchies formulées en 2011 n'ont été que partiellement appliquées dans les années qui ont suivi. Une première observation est que le rôle du RSI, principal fondement de la stratégie de sécurité sanitaire mondiale, n'a en fait pas été reconnu ni réellement soutenu. Le problème de l'application insuffisante du RSI est directement imputable au manque de volonté politique et à la connaissance et compréhension limitées du RSI et des obligations qui en découlent aux plus hauts niveaux des gouvernements nationaux. Ce facteur, joint à l'insuffisance des ressources financières et des savoir-faire nécessaires pour mettre en place les principales capacités requises, a fait de l'application du RSI un problème insurmontable pour la plupart des pays. De plus, en tant qu'instrument juridique international, le RSI est difficile à promouvoir, d'où sa faible reconnaissance parmi les dirigeants politiques et les décideurs, les cliniciens et les professionnels de la santé publique, la société civile et d'autres acteurs.

142. Le contexte appelle par ailleurs une deuxième observation. Ces recommandations ont été formulées après la grippe pandémique A(H1N1) 2009 dont l'impact sur la santé publique a été modéré. L'OMS a été accusée d'avoir réagi de manière exagérée, d'avoir gaspillé des ressources et de ne pas disposer des procédures voulues pour gérer les éventuels conflits d'intérêts des membres de son Comité d'urgence. Un tel contexte n'était probablement pas propice à une application complète et rapide des recommandations faites en 2011 par le Comité d'examen du RSI.

3.3.2 État de la mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen 2014

143. Le rapport du 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 2014 s'appuyait sur les conclusions et les recommandations du Comité d'examen 2011 et incluait des recommandations relatives à l'application future du RSI. C'est pourquoi le Comité d'examen a choisi de faire des observations sur le rapport de 2014, bien qu'il n'y soit pas spécifiquement fait référence dans le mandat du Comité.

144. Dans son rapport, 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 2014 notait plusieurs mesures à court et à long terme visant à accélérer la mise en place des capacités requises par le RSI. Le Comité soulignait l'importance cruciale de disposer de meilleures informations sur la solidité des principales capacités des États Parties et recommandait l'adoption d'une « démarche plus active pour l'évaluation périodique des capacités fonctionnelles. »¹ Dans le contexte de l'épidémie d'Ebola, la mise en œuvre de ces recommandations a permis d'améliorer l'évaluation des principales capacités requises en vertu du RSI. Ainsi qu'il est indiqué ailleurs dans le présent rapport, l'OMS a entrepris la mise en œuvre d'un programme destiné à renforcer l'évaluation des principales capacités, qui a été bien accueilli par tous les comités régionaux de l'OMS. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale s'est particulièrement attaché à mener des réformes liées à l'évaluation des principales capacités. Le Comité a également noté que l'initiative du Programme mondial de sécurité sanitaire s'est caractérisée par des méthodes d'évaluation solides, notamment l'évaluation externe qui est la norme dans de nombreux autres secteurs (voir la section 3.1.1).

¹ Application du Règlement sanitaire international (2005). Rapport du Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publiques et sur l'application du RSI. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (A68/22 Add.1) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_22Add1-fr.pdf).

Tableau. Niveau de mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen du RSI 2011¹

Recommandations	Aucun progrès	Application partielle	Progrès importants	Application presque complète	Application complète
<i>1. Accélérer la mise en place des principales capacités requises par le RSI (sous la conduite des pays/long terme)²</i>					
<i>2. Améliorer le site d'information sur les événements de l'OMS (sous la conduite de l'OMS/1 an)</i>					
<i>3. Renforcer la prise de décisions fondées sur des données factuelles concernant le commerce et les voyages internationaux (sous la conduite de l'OMS/long terme)</i>					
<i>4. Conférer l'autorité et les ressources nécessaires à tous les points focaux nationaux RSI (sous la conduite des pays/2 ans)</i>					
<i>5. Renforcer la capacité interne de l'OMS de gérer une riposte prolongée (sous la conduite de l'OMS/1 an)</i>					
<i>6. Améliorer les pratiques applicables pour la nomination des membres d'un comité d'urgence (sous la conduite de l'OMS/1 an)</i>					
<i>7. Réviser les lignes directrices pour la préparation en cas de pandémie (sous la conduite de l'OMS/2 ans)</i>					
<i>8. Concevoir et utiliser des instruments de mesure permettant d'évaluer la gravité (sous la conduite de l'OMS/2 ans)</i>					
<i>9. Rationaliser la gestion des documents d'orientation (sous la conduite de l'OMS/1 an)</i>					
<i>10. Élaboration et application d'une politique de communication stratégique à l'échelle de toute l'Organisation (sous la conduite de l'OMS/1 an)</i>					
<i>11. Encourager la conclusion d'accords préalables pour la distribution et la livraison de vaccins (conduite conjointe/sous 2 ans)</i>					
<i>12. Constituer, au niveau national, une réserve plus importante de personnels de santé publique (conduite conjointe/sous 2 ans)</i>					
<i>13. Créer un fonds de réserve pour les urgences de santé publique (conduite conjointe/sous 2 ans)</i>					
<i>14. Parvenir à un accord sur l'échange de virus et l'accès aux vaccins et autres avantages (sous la conduite des pays/1 an)</i>					
<i>15. Mener un programme complet de recherche et d'évaluation sur la grippe (conduite conjointe/long terme)</i>					

¹ Cette évaluation repose sur l'état d'avancement actuel et non sur le calendrier proposé pour l'achèvement par le Comité d'examen.² Le long terme est défini comme supérieur à deux ans.

3.4 DE L'ÉVALUATION AUX RECOMMANDATIONS

145. En conclusion de son évaluation, le Comité d'examen observe que, depuis l'entrée en vigueur du RSI (2005) en 2007, seule une minorité de pays ont renforcé les principales compétences requises pour se préparer, et riposter efficacement, aux menaces pour la santé publique, la majorité des États Parties n'étant ni capables ni désireux de s'acquitter de leurs obligations en vertu du RSI. Les ressources limitées, les conflits et le manque de compréhension ou de volonté politique sont autant de facteurs qui ont affecté la capacité des pays de s'acquitter de leurs obligations.

146. L'épidémie d'Ebola a révélé des faiblesses profondes dans l'application du RSI aux niveaux national, régional et mondial, concernant notamment l'accès équitable aux services de santé, la prise en considération des groupes de population vulnérables, les conditions socio-économiques, « la dignité des personnes, les droits de l'homme et les libertés fondamentales » invoqués à l'article 3, et la transparence et l'absence de discrimination (article 42). Ces faiblesses sont surtout apparentes dans la Région africaine (Encadré 5).

147. De nombreux États Parties et acteurs concernés ont par ailleurs choisi d'ignorer l'un des principaux objectifs du RSI et ont appliqué des mesures limitant les mouvements de personnes et de marchandises. Ces mesures ont nui à la rapidité et à l'efficacité de l'action internationale.

148. L'épidémie de maladie à virus Ebola a démontré que le non-respect des obligations découlant du RSI, ne serait-ce que dans un pays, hypothèque l'ambition mondiale de pouvoir réagir rapidement et efficacement aux urgences de santé publique de portée internationale. La faiblesse de l'infrastructure de l'OMS nécessaire pour une action efficace, imputable à un manque généralisé de financement, à la pénurie de ressources humaines qualifiées et à l'absence de définition des priorités s'est révélée à tous les niveaux.

149. L'efficacité de l'application du RSI et de l'action internationale de santé publique passe par l'adoption de mesures urgentes.

150. L'attention devra ensuite porter sur la mise en place d'une stratégie pour l'application du RSI et sur le renforcement du Secrétariat de l'OMS à tous les niveaux et dans ses partenariats. Ces mesures faciliteront la diffusion d'une alerte précoce à la communauté internationale sur les menaces pour la santé publique et amélioreront l'évaluation des risques, la gestion des risques et la communication sur les risques.

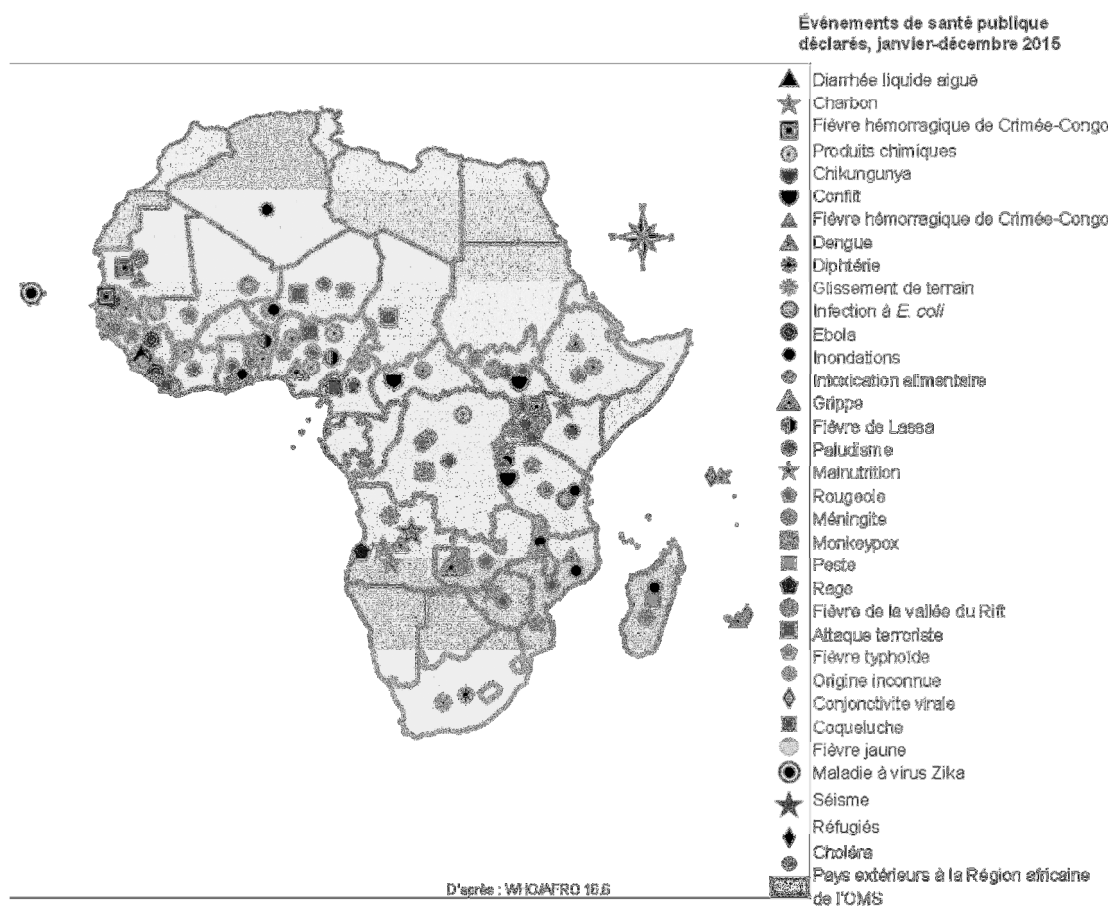
Encadré 5 : La réflexion africaine sur la riposte à Ebola

Pendant la réunion du Cap en 2015 sur le renforcement de la sécurité sanitaire après l'épidémie d'Ebola,¹ le Dr Victor Asare Bampoe, Vice-Ministre ghanéen de la santé, a résumé ainsi les failles qui ont révélé les limites de nombreux systèmes de santé nationaux en Afrique et au-delà : « Dans ces pays, de nombreuses fonctions requises par le RSI ne sont pas opérationnelles ou ne sont pas convenablement prises en considération dans les systèmes de santé nationaux. Le manque de coordination, la participation insuffisante de la communauté et le manque de confiance dans les services de santé qui s'ensuit, l'inadéquation de la lutte contre l'infection dans les établissements de santé et la pénurie de personnels de soins de santé continuent d'expliquer que de nombreux pays soient mal préparés à faire face aux risques pour la sécurité sanitaire. ». Le manque de programmes de formation des personnels de soins de santé et l'incapacité de fidéliser les personnels qualifiés ont encore réduit le potentiel de riposte de la Région lors de situations d'urgence et sa capacité à se doter de systèmes de surveillance efficaces. La mise en place dans ces pays de solides organismes de sécurité sanitaire, dotés des ressources matérielles et humaines nécessaires, devrait être une priorité pour toute la communauté internationale.

¹ Application du Règlement sanitaire international (2005). Rapport du Directeur général. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (EB138/19) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_19-fr.pdf).

Un ministre de la santé d'Afrique de l'Ouest a appelé l'attention sur une deuxième faiblesse importante dans la riposte mondiale à Ebola. Il s'agit de l'isolement des pays touchés en Afrique de l'Ouest par les compagnies aériennes et par certains pays développés, qui était évitable et qui a eu des effets catastrophiques sur l'action d'aide humanitaire et sur les économies de ces pays. En cherchant à corriger les problèmes liés à l'application du RSI dans les pays pauvres sans insister de même auprès de tous les pays pour qu'ils se conforment au RSI et qu'ils n'appliquent pas des mesures inappropriées de restriction des voyages et d'isolement des pays, on court le risque que le RSI apparaisse comme un outil inéquitable dont l'application ne protège pas sur un pied d'égalité les besoins des pays riches et ceux des pays pauvres. Dans le pire des cas, cela pourrait amener les pays pauvres à refuser de déclarer les menaces pour la santé publique par peur d'éventuelles conséquences sociales et économiques de grande ampleur. Pour éviter une telle situation, il est important que l'application du RSI fasse l'objet d'une compréhension et d'un engagement communs à l'échelle mondiale. L'Afrique enregistre chaque année une centaine d'événements de santé publique, souvent transfrontières et multisectoriels (Figure 6). La garantie d'une allocation de ressources appropriée avant, pendant et après une urgence et qu'aucune restriction injustifiée ne sera imposée aux voyageurs sont essentielles pour que le RSI ait un impact mondial maximum, faute de quoi la santé publique mondiale ne pourra pas être assurée.

Figure 6. Événements de santé publique déclarés en Afrique, 2015*



4. RECOMMANDATIONS

151. Si nous sommes sérieusement décidés à nous préparer et à riposter rapidement et efficacement aux urgences de santé publique futures, nous devons relever le rang de priorité accordé au RSI, nous atteler aux inégalités qui ont été observées dans la riposte mondiale à Ebola et renforcer le rôle de coordination de l'OMS dans l'application du RSI.

152. Nos recommandations se répartissent en deux groupes : i) une stratégie destinée à assurer l'application du RSI fondée sur de nouvelles propositions (recommandations de 1 à 6) ; ii) l'amélioration de la mise en œuvre du RSI moyennant le renforcement des approches existantes de l'application du RSI (recommandations de 7 à 12).

153. La réponse aux recommandations adressées au présent Comité d'examen par le groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola et par le groupe d'experts de haut niveau de l'Organisation des Nations Unies est présentée à l'appendice III.

Recommandation 1 : Appliquer, et non modifier, le RSI

Constatations du Comité d'examen

154. De l'avis du présent Comité d'examen, les failles dans l'action internationale contre l'épidémie d'Ebola n'étaient pas dues à des défauts majeurs du texte du Règlement. Le Comité d'examen considère que le RSI reste un cadre juridique indispensable pour prévenir et endiguer la propagation internationale des risques pour la santé publique. Le plus grand problème concernant le RSI est l'insuffisance de son application.

155. Après un examen approfondi du RSI, le Comité d'examen a considéré que : le déclenchement du processus de modification prendrait des années alors que l'application du RSI est urgente ; et cela risquerait de détourner l'attention de l'application au profit d'un débat sur la portée, les mécanismes ou l'énoncé du RSI. Si le Comité a inévitablement reconnu que certaines dispositions pouvaient être améliorées, par exemple pour simplifier le processus d'émission des recommandations permanentes, il a estimé que les risques associés à une modification du RSI l'emporteraient largement sur les avantages éventuels.

156. En formulant les nouvelles recommandations présentées dans ce rapport, le Comité d'examen a déterminé qu'une modification du RSI n'était pas requise.

Le Comité d'examen formule la recommandation suivante :

Il n'y a aucune nécessité, au stade actuel, d'entreprendre la modification du RSI et aucun avantage à en retirer.

Recommandation 2 : Élaborer un plan stratégique mondial pour améliorer la préparation et l'action de santé publique

Constatations du Comité d'examen

157. Bien que l'OMS ait élaboré des directives techniques et des stratégies régionales, et conseille ponctuellement les pays au sujet de l'application, l'absence de stratégie globale sur la manière de mettre le RSI en pratique et de suivre les progrès généraux a contribué au maintien de l'impréparation de la communauté mondiale aux urgences de santé publique majeures. Il apparaît par ailleurs clairement que de nombreux pays dotés de moins de ressources seront incapables d'acquiescer seuls les principales capacités requises avant le délai final de juin 2016. Il sera inutile de fixer de nouveaux délais informels en l'absence de stratégie pour encourager la prise en main par les pays et l'appui aux pays. Il faudra en revanche mettre en place une stratégie fixant des cibles et des échéances ambitieuses mais réalisables.

158. Le Comité d'examen a noté le défi que représente la nécessité d'une action urgente compte tenu du fait que les États Parties pauvres en ressources ne réaliseront pas le renforcement requis des systèmes de santé dans un court laps de temps. Le Comité estime qu'un plan décennal pour l'amélioration continue de la préparation en ce qui concerne la santé publique, la priorité étant accordée à l'application du RSI pendant les trois premières années, est la solution appropriée à ce défi.

Recommandation du Comité d'examen

Le Secrétariat de l'OMS devrait diriger la mise au point d'un plan stratégique mondial pour améliorer la préparation en ce qui concerne la santé publique, conjointement avec les États Parties et les autres acteurs principaux, afin d'assurer l'application du RSI, notamment la mise en place et le suivi des principales capacités requises. Le plan stratégique mondial fournira les informations nécessaires pour l'élaboration des plans nationaux et des bureaux régionaux.

Secrétariat de l'OMS et États Parties

2.1 Le plan stratégique devrait :

2.1.1 être élaboré en vue de son approbation par l'Assemblée mondiale de la Santé de 2017 et être présenté ensuite à l'Assemblée pour l'examen annuel des progrès accomplis par les États Parties et les partenaires du développement ;

2.1.2 énoncer un programme d'examen et d'amélioration continus des principales capacités, utilisant le cadre OMS de suivi et d'évaluation du RSI ;

2.1.3 inclure des indicateurs de processus et de performance clairs avec comme objectif d'améliorer l'application du RSI et la préparation et l'action de santé publique ;

2.1.4 inclure des indicateurs de performance qui évaluent les points forts et les faiblesses des ripostes mondiales aux « alertes de santé publique internationales » (voir la recommandation 6) et aux urgences de santé publique de portée internationale ;

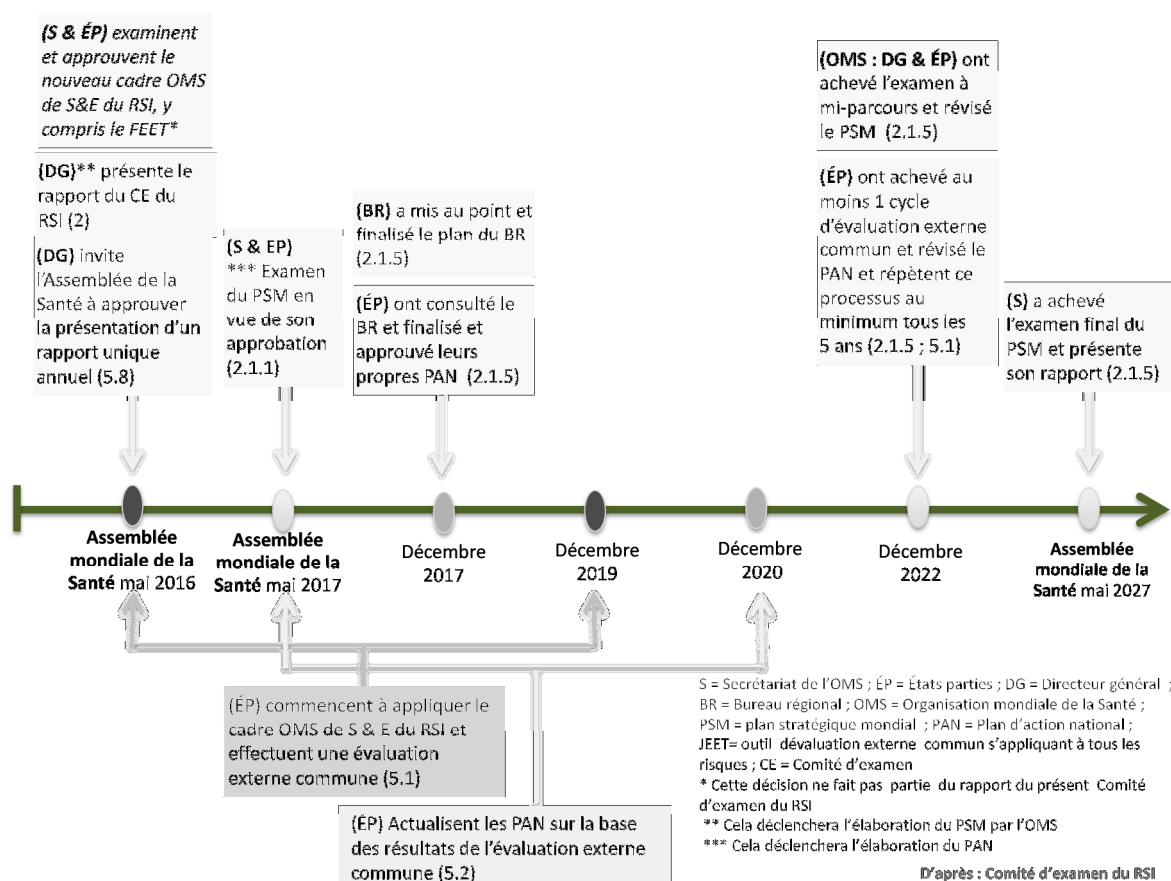
2.1.5 suivre le calendrier suivant (voir la Figure 7) :

- en décembre 2017, chaque État Partie devrait être doté d'un plan national assorti de priorités clairement définies pour la mise en place et le maintien des principales capacités (un « plan d'action national ») avec l'appui, le cas échéant, de partenaires internationaux. Ce plan devrait être approuvé par les gouvernements respectifs en consultation avec le bureau régional, et il devrait inclure des indicateurs et des cibles pour les notifications à l'OMS (voir la recommandation 5),
- le plan d'action national devrait inclure une évaluation interne et une évaluation externe indépendante communes régulières des capacités du pays effectuées suivant un cycle quinquennal, chaque évaluation présentée à l'Assemblée mondiale de la Santé étant associée à des mesures d'amélioration ou de maintien,
- en décembre 2017, tous les bureaux régionaux devraient établir des plans chiffrés, assortis de priorités clairement définies, pour l'application régionale, qui seront encore affinés pour appuyer les plans d'action nationaux et assurer une amélioration continue au niveau des pays,

- en 2022, chaque État Partie devrait avoir achevé au moins un cycle d'évaluation externe commun (voir la recommandation 5) et avoir revu son plan d'action national,
- en 2022, l'OMS devrait avoir achevé un examen à mi-parcours du plan stratégique mondial pour faire le point sur les progrès accomplis et réviser le plan en conséquence,
- en 2027, l'OMS devrait faire rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé sur un examen du plan stratégique mondial et le RSI ;

2.2 Le plan stratégique mondial devrait inclure un appui financier et technique de l'OMS, des partenaires du développement et du secteur privé, qui devrait contribuer à encourager les États Parties à atteindre les échéances préalablement fixées dans les plans d'action nationaux.

Figure 7. Calendrier proposé pour la mise en œuvre des recommandations 2 et 5



Recommandation 3 : Financer l'application du RSI, notamment pour soutenir le plan stratégique mondial

Constatations du Comité d'examen

159. De nombreux États Parties et partenaires internationaux du développement n'ont pas accordé une attention suffisante au financement et à la collaboration nécessaires pour renforcer et maintenir les capacités de santé publique requises en vertu du RSI. Le financement de la mise en place des principales capacités dans les pays aux ressources limitées et dans les États fragiles est

particulièrement problématique pour les États Parties ; l'épidémie d'Ebola a bien montré que dans ces situations, l'application du RSI était impossible sans un appui financier et technique extérieur important avant, pendant et après un événement. Certains pays touchés ont indiqué qu'ils n'étaient pas capables d'assurer la prise en main nationale des ressources introduites dans les pays par les partenaires internationaux du développement, autre signe de la nécessité d'accroître la coordination et les capacités nationales.

160. Le présent Comité d'examen n'a pas pour mission de procéder à une analyse financière détaillée des financements nécessaires pour l'application du RSI. Il a toutefois noté que des estimations avaient été faites et il estime, compte tenu des niveaux de financement actuels, que l'OMS ne peut pas s'acquitter de ses fonctions d'appui et de coordination à l'échelle internationale à tous les niveaux. Le Comité d'examen note que le groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola et le groupe de haut niveau de l'Organisation des Nations Unies recommandent une augmentation des contributions au budget de l'OMS.

Recommandation du Comité d'examen

L'OMS, les États Parties et les partenaires internationaux du développement doivent s'engager d'urgence à apporter un appui financier aux niveaux national, régional et international pour assurer le succès de la mise en œuvre du plan stratégique mondial.

Les États Parties

3.1 Allouent les ressources appropriées pour la mise en place, le maintien et l'évaluation des principales capacités requises par le RSI, en tant qu'élément prioritaire du système de santé national.

3.2 Dès 2017, augmentent leurs contributions au Secrétariat de l'OMS, pour permettre l'établissement d'un programme efficace d'évaluation des risques, de gestion des risques et de communication sur les risques pour les urgences sanitaires au niveau du Siège, régional et des pays, y compris un fonds OMS de réserve pour les urgences, permettant à l'OMS de soutenir une action d'urgence efficace dans les pays aux ressources limitées.

Le Secrétariat de l'OMS

3.3 En liaison avec les partenaires internationaux du développement, propose une aide aux États Parties pour l'élaboration, dans le cadre du plan stratégique mondial, d'un plan d'action national chiffré pour l'application du RSI.

3.4 Facilite les partenariats entre les pays aux ressources limitées et d'autres États Parties ou des acteurs internationaux pour assurer que la priorité est accordée à l'aide technique et financière. Cette aide devra être subordonnée à la réalisation par les pays d'un examen indépendant des principales capacités et au rattachement des mesures d'incitation financières au respect d'échéances préalablement fixées.

3.5 facilite les liens de collaboration entre les partenaires du développement et les États Parties pour encourager les incitations financières pour la mise en place des principales capacités et la fourniture d'un appui lors d'une urgence de santé publique émergente.

Partenaires internationaux du développement

161. À l'appui du plan stratégique mondial, des plans des bureaux régionaux et des plans d'action nationaux :

3.6 Les partenaires du développement comme le Groupe des Nations Unies pour le développement (PNUD), la Banque mondiale et les pays à revenu intermédiaire ou à revenu élevé devraient, conformément à l'article 44 du RSI, continuer de financer et de soutenir les pays qui ont besoin d'un appui financier et technique, cet appui devant être rattaché comme une mesure d'incitation aux échéances préalablement fixées dans le plan national.

3.7 La Banque mondiale devrait, avec l'appui de l'OMS, accroître l'accès à des fonds, pour donner les moyens aux États Parties de renforcer d'urgence les principales capacités requises par le RSI, en privilégiant les pays les plus vulnérables.

Recommandation 4 : Faire mieux connaître le RSI et réaffirmer le rôle directeur de l'OMS au sein du système des Nations Unies dans l'application du RSI

Constatations du Comité d'examen

162. Le RSI fournit un cadre multilatéral essentiel qui, en vertu de la Constitution de l'OMS, lie juridiquement les États Parties et l'Organisation à un accord visant à protéger la population mondiale contre les menaces de maladies, notamment celles qui peuvent se propager à l'échelle internationale. Le RSI et son rôle potentiel lors d'une urgence de santé publique sont cependant mal compris, tant par les gouvernements que par le système des Nations Unies.

163. Les éléments d'information issus de la crise d'Ebola ont confirmé la nécessité d'un leadership clair dans le cadre d'une crise de santé publique et en ce qui concerne le RSI. Le Comité d'examen a estimé que ce leadership était inscrit dans le mandat de l'OMS. Le Comité a examiné la recommandation du groupe de haut niveau de l'Organisation des Nations Unies d'établir un conseil de haut niveau sur les crises de santé publique de portée internationale. Tout en reconnaissant l'importance de faire mieux connaître le RSI dans le monde, le Comité est d'avis que cette structure pourrait faire double emploi avec le mandat de l'OMS et être une source de confusion dans la gouvernance lors d'une urgence ainsi qu'en égard à la mission de l'Assemblée mondiale de la Santé. Le Comité souligne l'importance du rôle directeur de l'OMS dans l'application du RSI.

Recommandation du Comité d'examen

La sensibilisation au RSI et sa reconnaissance sont améliorées au sein du système des Nations Unies dès lors qu'un responsable sera spécialement désigné. Le rôle essentiel de l'OMS dans la direction et la gestion de l'application du RSI doit être réaffirmé.

Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies

4.1 Devrait envisager d'inclure dans la mission du Représentant spécial du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour la réduction des risques de catastrophe la responsabilité du RSI avec pour tâche de veiller à ce que le RSI soit bien compris et qu'une place importante lui soit accordée dans les différents secteurs, qu'il s'agisse des gouvernements ou des organisations internationales, et à ce que son application continue fasse l'objet d'un suivi attentif. Cela contribuerait à faire mieux connaître et reconnaître le RSI dans le monde et constituerait un signal puissant, venant de l'extérieur de l'OMS, sur l'importance que revêt le RSI pour les gouvernements nationaux, pas uniquement pour les ministères de la santé.

Le Directeur général de l'OMS et le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies

4.2 Le rôle central de l'OMS dans l'évaluation et la gestion des risques et la communication sur les urgences de santé publique devrait être renforcé (voir la recommandation 12). Le Comité d'examen n'est pas favorable à l'établissement d'un conseil de haut niveau sur les crises de santé publique de portée internationale tel qu'il est présenté actuellement, et le Comité recommande que le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies et le Directeur général de l'OMS se consultent avant de prendre une décision concernant la mise en œuvre de la recommandation 26 du rapport du Groupe de haut niveau de l'Organisation des Nations Unies.

4.3 En accord avec le rôle directeur de l'OMS dans la coordination des ripostes intersectorielles mondiales aux urgences de santé publique, le Comité d'examen recommande que le Directeur général de l'OMS et le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies se consultent sans délai pour faciliter une action mondiale efficace et coordonnée.

Recommandation 5 : Mettre en place et promouvoir une évaluation externe des principales capacités

Constatations du Comité d'examen

164. L'évaluation des progrès des États Parties dans l'acquisition des principales capacités requises par le RSI a principalement reposé sur l'autoévaluation. Bien que l'OMS ait participé à ce type d'évaluation, l'autoévaluation comporte de sérieuses faiblesses. L'expérience, fin 2014, d'une évaluation externe réalisée avec l'appui de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale a, par exemple, fait apparaître des insuffisances dans les principales capacités qui n'avaient pas été détectées ni reconnues lors d'autoévaluations antérieures. L'évaluation externe apparaît donc comme un complément nécessaire. Le Comité a observé qu'avec le Programme mondial de sécurité sanitaire qui demande aussi aux pays participants de faire rapport sur l'application du RSI, il est possible que des systèmes parallèles constituent une charge pour les pays. Le Comité a accueilli avec satisfaction le Cadre OMS de suivi et d'évaluation du RSI, qui inclut l'élaboration de l'outil RSI d'évaluation externe commun s'appliquant à tous les risques, en collaboration avec le Programme mondial de sécurité sanitaire. La nouvelle méthode d'évaluation sera présentée à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé et le Comité l'encourage à l'approuver. Le Comité reconnaît d'autres cadres d'évaluation pertinents et il a noté que d'autres cadres publient leurs évaluations.

Recommandation du Comité d'examen

L'autoévaluation, complétée par une évaluation externe des principales capacités requises en vertu du RSI, devient la meilleure pratique reconnue pour le suivi et le renforcement de l'application du RSI.

États Parties

5.1 Dès 2016, tous les États Parties devront procéder d'urgence à une autoévaluation de leurs principales capacités¹ en utilisant le Cadre OMS de suivi et d'évaluation, y compris l'outil d'évaluation externe commun s'appliquant à tous les risques, qui sera mise en œuvre par une équipe d'évaluation interne et externe intégrée, désignée par l'OMS et approuvée par l'État Partie, et financée

¹ Prévues aux articles 5, 13, 19 et 20, et aux annexes 1A et 1B.

conjointement, pour une objectivité maximale et pour assurer que les conclusions de ces évaluations sont communiquées sans délai à l'OMS. Chaque État Partie devra avoir achevé sa première évaluation externe commune au plus tard en décembre 2019 et répéter ce processus au minimum tous les cinq ans.

5.2 Les plans d'action nationaux (voir la recommandation 2.1.5) devraient être actualisés par les États Parties dans l'année suivant l'établissement de l'outil d'évaluation externe commun s'appliquant à tous les risques, avec l'appui des bureaux régionaux et des bureaux de pays de l'OMS, selon le cas. Ce plan devra viser à remédier aux insuffisances relevées dans les capacités selon les priorités nationales et les priorités de santé publique énoncées dans le RSI. Pour les déficits de capacité qui ne peuvent être comblés au moyen des ressources nationales, les États Parties devront établir des partenariats dynamiques avec des pays partenaires ou d'autres partenaires internationaux du développement (voir la recommandation 12).

5.3 Les États Parties qui n'ont pas complètement achevé la mise en place des principales capacités requises à titre minimum devront faire rapport chaque année à l'Assemblée mondiale de la Santé, à partir de mai 2017, en fournissant notamment des informations particulières sur leurs progrès et leurs résultats dans chaque domaine de l'évaluation en utilisant l'outil d'évaluation externe commun s'appliquant à tous les risques et les plans nationaux. Les États Parties qui ont acquis les capacités présenteront également un rapport annuel à l'OMS sur leurs activités de maintien et le degré de mise en place de leurs capacités dans les différents domaines.

5.4 Vu la nécessité de ne pas surcharger inutilement les États Parties, ils pourront grouper dans un même rapport à l'OMS toutes les informations qu'ils doivent communiquer.

Secrétariat de l'OMS

5.5 L'OMS devrait concevoir un manuel d'orientation et un programme de formation pour aider les pays à appliquer le RSI dans leur contexte particulier. Cette orientation et cette formation devraient expliquer les principales capacités requises, le processus d'évaluation, les liens avec les partenaires du développement ou les partenaires financiers, et la notification à l'OMS.

5.6 Notant la charge inutile que constituera un double système de rapports pour les États appelés à présenter des rapports en vertu du RSI et en vertu du Programme mondial de sécurité sanitaire, l'OMS devrait s'appuyer sur son rôle de coordination à l'échelle mondiale pour faire en sorte que le Programme mondial de sécurité sanitaire partage les mêmes rapports que le RSI.

5.7 L'OMS devrait utiliser une approche fondée sur le risque pour définir les priorités de son appui technique aux États aux ressources limitées ou en situation de fragilité menacés par l'émergence de nouvelles maladies ou flambées épidémiques.

5.8 Le Directeur général devrait inviter l'Assemblée mondiale de la Santé à approuver les modifications suivantes dans la manière dont les États Parties et le Secrétariat font rapport annuellement, dans un même rapport, à l'Assemblée mondiale de la Santé sur l'application du Règlement :

5.8.1 L'OMS devrait indiquer quel outil d'évaluation, notamment l'outil d'évaluation externe commun s'appliquant à tous les risques, ces États Parties ont utilisé ou sont convenus d'utiliser ;

5.8.2 L'OMS devrait distribuer à chaque Assemblée mondiale de la Santé des résumés des conclusions de toutes les évaluations (notamment celles qui utilisent l'outil d'évaluation externe commun s'appliquant à tous les risques ou d'autres outils) effectuées au cours des 12 mois précédents ;

5.8.3 l'OMS devrait informer l'Assemblée mondiale de la Santé de chaque État Partie auquel elle a apporté un appui technique ou autre pour l'évaluation ou la mise en place/le maintien des principales capacités, et résumer la nature de cet appui, y compris l'appui dont l'OMS a facilité ou organisé l'obtention auprès de tierces parties ;

5.8.4 les États Parties qui ont élaboré un plan d'action national devraient s'assurer que leur rapport annuel à l'Assemblée mondiale de la Santé sur l'application du RSI inclut une mise à jour sur l'état d'avancement, les activités et les progrès de l'application reposant spécialement sur chaque élément de leur évaluation et de leur plan national les plus récents, sur l'état général de leurs principales capacités et sur les domaines les plus prioritaires nécessitant des mesures complémentaires ;

5.8.5 les États Parties qui n'ont pas utilisé l'outil d'évaluation externe commun s'appliquant à tous les risques devraient, dans le cadre de leur rapport annuel à l'Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire de l'OMS, résumer leurs intentions concernant la mise en place et le maintien de leurs principales capacités au-delà de 2016 ;

5.8.6 tous les États Parties bénéficiant d'un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place des principales capacités (soit jusqu'en juin 2016) devraient communiquer à l'OMS (au plus tard en décembre 2016, pour présentation à l'Assemblée mondiale de la Santé en 2017) un rapport final sur l'état d'avancement de l'application comme organisé et décrit dans leur plan d'application.

Partenaires internationaux du développement

5.9 Les partenaires du développement et les pays à revenu élevé ou intermédiaire devront s'inspirer d'initiatives existantes, notamment la possibilité de « jumelage » entre ministères de la santé /instituts de santé publique nationaux, par exemple, pour soutenir l'application du RSI dans le cadre d'une approche intégrée du renforcement des systèmes de santé, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et dans les États fragiles.

Recommandation 6 : Améliorer l'évaluation des risques et la communication des risques par l'OMS

Constatations du Comité d'examen

165. Au titre du RSI, l'OMS et les États Parties ont des responsabilités particulières mais complémentaires en matière d'évaluation et de gestion des risques et de communication sur les risques ; lors de la riposte à Ebola, cependant, ni l'OMS ni les États Parties n'avaient des capacités suffisantes pour assumer convenablement ces responsabilités. Ces responsabilités ont par ailleurs été mal coordonnées.

166. La déclaration par le Directeur général selon laquelle un événement est une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) est l'un des outils les plus puissants pour avertir la communauté mondiale d'une grave menace sanitaire. Or les critères requis pour convoquer un comité d'urgence et déterminer l'existence d'une USPPI ne sont pas universellement compris, pas plus que les critères requis pour déclarer la fin d'une USPPI. Si un comité d'urgence est réuni par le Directeur général mais qu'il n'a pas été déterminé qu'un événement constituait une USPPI, il n'existe pas non plus de véritables directives quant au mandat actuel de ce comité ni sur la manière dont il convient de traiter cet événement. La nature binaire d'un événement, déclaré comme constituant ou non

une USPPI, peut signifier que la communauté mondiale doit rapidement passer, sans réel préavis, d'une inaction relative à un état d'urgence. Un niveau d'alerte intermédiaire est nécessaire pour avertir la communauté mondiale de menaces potentielles – qui ne remplissent pas les critères d'une USPPI mais qui nécessitent néanmoins des actions coordonnées pour limiter l'éventuelle propagation des maladies. De plus, mises à part les nombreuses évaluations des risques échangées avec les points focaux nationaux au moyen du système d'information sur les événements, il n'y a guère de transparence, voire d'examen externe, concernant les activités d'évaluation des risques de l'OMS. Il est important que l'OMS modifie ses procédures afin d'améliorer l'efficacité et la transparence de l'évaluation par l'Organisation des risques pour la santé publique pouvant avoir une portée internationale.

167. Le Comité a relevé l'insatisfaction relative aux opérations d'information de l'OMS et noté que, dans le monde interconnecté d'aujourd'hui, l'OMS devait revoir l'équilibre entre la ponctualité et l'exactitude des informations diffusées. Ce problème a été exacerbé par la méconnaissance générale du RSI et de ses implications pratiques à l'intérieur des États Parties et parmi les organisations qui, le moment venu, ont dû réagir à la crise Ebola. Toutefois, lorsque l'OMS a fourni des informations, elles ont été hautement considérées et ont exercé une réelle influence.

Recommandation du Comité d'examen

L'OMS établit un comité consultatif permanent dont la principale fonction serait d'examiner régulièrement les activités d'évaluation des risques et de communication sur les risques de l'OMS ; elle instaure un niveau d'alerte intermédiaire en établissant une nouvelle catégorie de risques nécessitant un suivi particulier, l'alerte de santé publique internationale ; et elle élabore une stratégie de communication actualisée.

Le Secrétariat de l'OMS

6.1 Devrait établir un comité consultatif permanent principalement chargé d'examiner régulièrement les activités d'évaluation des risques et de communication sur les risques et de conseiller le Directeur général sur ce sujet. Ce comité améliorerait la transparence et la qualité des évaluations des risques et de la communication sur les risques de l'OMS, et renforcerait la confiance dans ces activités de l'OMS. Le Comité estime qu'un tel comité consultatif permanent pourrait indiquer à l'OMS à quel moment une alerte doit être donnée. La création d'un tel comité est conforme à la fonction qui incombe à l'OMS de fournir des avis spécialisés en matière de santé publique, et elle s'inscrit dans la logique du RSI. Le projet de mandat et de méthodes de travail de ce comité consultatif figure à l'appendice IV.

6.2 Devrait introduire un nouveau niveau d'alerte, en-deçà de celui d'une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI), l'alerte de santé publique internationale. Une alerte de santé publique internationale permettrait, de façon souple et rapide, d'obtenir le niveau d'alerte intermédiaire souhaité par plusieurs groupes d'experts et plusieurs États Parties sans qu'il soit nécessaire de modifier le RSI. Une alerte de santé publique internationale nécessiterait une évaluation des risques particulière incluant, le cas échéant, les avis d'experts objectifs du comité consultatif permanent. Pour les alertes de santé publique internationales et les urgences de santé publique de portée internationale, l'OMS devra définir, dans un manuel accessible au public, l'objet de ces alertes et les critères requis, et les conséquences opérationnelles et financières qui peuvent en découler. Les facteurs à prendre en considération pour déterminer si on est en présence d'une alerte de santé publique internationale devront notamment, mais pas exclusivement, inclure :

- la nature de la maladie ;
- l'étendue géographique ;

- la complexité de la coordination de la riposte ;
- l'étendue de l'intérêt politique et médiatique ;
- la question de savoir s'il s'agit d'une maladie émergente nouvelle ;
- la question de savoir si l'événement peut entraîner des restrictions pour les voyages et le commerce ;
- la question de savoir si l'événement peut devenir une urgence de santé publique de portée internationale.

6.3 Pour assurer la cohérence des actions associées aux différents niveaux de risque et réduire le risque de confusion, il faudra déterminer clairement les relations qui existent entre les niveaux de risque et les mesures de riposte prévues par le RSI, le cadre d'action d'urgence actualisé et le comité permanent interorganisations, et de les communiquer à tous les acteurs concernés

6.4 Devrait élaborer une stratégie de communication sur les risques au niveau du Siège, des bureaux régionaux et des bureaux de pays qui lui permettra :

6.4.1 de fournir en temps opportun des informations ciblées et faisant autorité, et de réagir rapidement aux informations erronées et à l'évolution des situations, en utilisant toutes les formes de communication disponibles ;

6.4.2 de soutenir les pays en communiquant mieux sur les risques : en publiant rapidement les évaluations des risques pour la santé publique pouvant avoir une portée internationale ; en actualisant ses lignes directrices sur la communication lors des flambées de maladies¹ et les autres matériels à l'appui de la communication sur les risques par les États Parties, qui peuvent être adaptés à une situation locale, pour une meilleure compréhension du RSI ;

6.4.3 d'assurer une communication claire et cohérente lors d'une urgence, adaptée aux acteurs du secteur privé (laboratoires pharmaceutiques, voyagistes, entreprises commerciales et de transport, par exemple), pour leur permettre d'ajuster leurs opérations et leurs plans, et pour éviter les mesures injustifiées ;

6.4.4 d'utiliser de façon anticipée et avec fermeté les dispositions de l'article 11 du RSI pour échanger des informations sur les risques pour la santé publique avec les États Parties et le public, et de dialoguer avec les États Parties et les autres acteurs pour améliorer la compréhension du RSI et la transparence ;

6.4.5 d'établir des canaux de communication et de coordination dynamiques avec d'autres organismes, pour assurer l'échange continu des informations, ce qui établira les bases d'une communication efficace en temps de crise ;

¹ Lignes directrices de l'OMS sur la communication lors des flambées de maladies. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (<http://www.who.int/risk-communication/guidance/about/fr/>, consulté le 15 mars 2016).

6.4.6 d'élaborer au sein de l'OMS un récit dominant cohérent et des messages essentiels de qualité qui pourront être répercutés directement aux praticiens de la communication de sorte que les divers acteurs pourront concevoir des messages particuliers qui s'inscriront dans la même ligne. Cela réduira au maximum la publication de messages contradictoires et le risque de confusion ;

6.4.7 d'assurer une meilleure prise en main du processus et des résultats de la communication, dans le cadre de l'OMS (une communication interne cohérente) mais aussi entre ses divers acteurs extérieurs (États Parties et partenaires) ;

6.4.8 d'établir de solides canaux d'écoute (enquêtes sur la perception, sondages d'opinion, réactions de la communauté) pour mieux connaître les déficits de perception et d'information et pouvoir y remédier à temps en fonction des conditions locales.

Section II : Améliorer la mise en œuvre du RSI en renforçant les approches existantes de l'application du RSI

Recommandation 7 : Améliorer le respect des obligations liées aux mesures supplémentaires et aux recommandations temporaires

Constatations du Comité d'examen

168. Les recommandations temporaires du Directeur général suivant la déclaration d'une USPPI donnent des directives qui reposent sur une évaluation spécialisée objective et indépendante. Pendant l'urgence liée à l'épidémie d'Ebola, de nombreux pays ont adopté des mesures sanitaires inutilement restrictives et non justifiées, contraires aux recommandations temporaires, qui ont porté préjudice aux populations locales et désorganisé la riposte mondiale.

169. Tandis que les restrictions inappropriées imposées par les États Parties ont joué un rôle majeur dans l'interruption des opérations des compagnies aériennes, de nombreux autres facteurs y ont également contribué, comme l'absence d'hébergement d'une sécurité garantie dans les États touchés pour les équipages des compagnies aériennes, un manque perçu d'installations sûres pour les équipages en cas de placement nécessaire en quarantaine, les problèmes liés à l'évacuation sanitaire aérienne des membres d'équipage malades (imputables en partie aux restrictions inappropriées imposées par les pays), et l'absence d'informations faisant autorité fournies à temps dont avaient besoin les décideurs des compagnies aériennes.

170. Bien qu'il ne soit pas interdit aux États Parties d'appliquer des mesures qui ne sont pas recommandées par l'OMS, ceux-ci doivent remplir un certain nombre d'obligations énoncées dans le RSI. De nombreux États Parties ont négligé certaines de ces obligations, voire toutes. Dans certains cas, des hauts fonctionnaires de l'OMS ont communiqué directement avec des ministres et des chefs de gouvernement, ainsi qu'avec des points focaux nationaux, leur demandant de lever certaines mesures excessives ; leurs efforts ont souvent été vains.

Recommandation du Comité d'examen

Les États Parties doivent s'assurer que les mesures qu'ils appliquent dans le cadre de l'action de santé publique sont conformes au RSI. À cet effet, l'OMS doit améliorer la transparence concernant les mesures supplémentaires adoptées par les États Parties, et la publicité relative

aux recommandations temporaires, et établir des partenariats avec les organisations internationales du secteur des voyages et du commerce, et nouer le dialogue avec d'autres acteurs privés concernés.

Le Secrétariat de l'OMS

7.1 Devrait, lorsqu'il est déterminé qu'un événement constitue une USPPI, renforcer sa pratique consistant à suivre de près les mesures de riposte appliquées par les États Parties et les mesures prises par les acteurs non étatiques, et l'impact de ces mesures sur d'autres États Parties.

7.2 Devrait examiner les raisons de santé publique qui lui sont fournies en vertu de l'article 43 par les États Parties pour justifier les mesures supplémentaires qu'ils appliquent et indiquer aux États Parties s'il considère que les mesures sont appropriées ou non.

7.3 Lorsqu'un État Partie applique des mesures supplémentaires qui vont au-delà des recommandations temporaires pour l'événement et/ou qui ont des effets négatifs excessifs sur un ou plusieurs États Parties, et :

- i) omet de notifier ces mesures à l'OMS ou de fournir les détails sur ces mesures qui lui sont demandés ou
- ii) omet de fournir des raisons de santé publique satisfaisantes ou
- iii) omet de réexaminer ces mesures dans un délai de trois mois ou
- iv) omet de réexaminer l'opportunité de les appliquer lorsque le Secrétariat de l'OMS le lui demande, en plus de la mise en ligne immédiate, et de la mise à jour régulière, de ces informations sur le site d'information sur les événements (y compris les communications ultérieures de l'OMS et/ou de l'État Partie), le Comité recommande qu'au terme d'une période de deux semaines, le Secrétariat publie un résumé sur le site Web de l'OMS et porte ce cas à l'attention du Conseil exécutif à sa session suivante et à l'Assemblée mondiale de la Santé suivante.

7.4 L'OMS devrait utiliser une méthode progressive pour nouer le dialogue avec les États Parties, notamment en établissant des liens avec les points focaux nationaux, des canaux de communication à des niveaux de plus en plus élevés avec les États Parties, notamment en nouant le dialogue avec des ministres et des chefs de gouvernement selon le cas.

7.5 L'OMS devrait établir un groupe spécial avec l'OACI, l'OMI, l'Association internationale du transport aérien (IATA) et les autres acteurs pertinents pour faciliter un échange d'informations rapide sur l'évaluation et la gestion des risques et la communication sur les risques liés aux événements de santé publique importants avec l'industrie des voyages, afin d'assurer la poursuite des voyages essentiels (y compris, par exemple, les évacuations sanitaires aériennes en cours) lors d'une crise.

Les États Parties

7.6 S'assurent que toutes les mesures de riposte appliquées concernant le commerce et le trafic international, et les aspects couverts par les recommandations temporaires sont conformes à toutes leurs obligations en vertu du RSI.

7.7 Prennent toutes les mesures possibles pour s'assurer que les compagnies aériennes et les autres transporteurs internationaux opérant dans les limites de leur territoire respectent les obligations de l'État Partie en vertu du RSI et les recommandations temporaires.

7.8 Assurent la coordination avec leurs ministères nationaux responsables de la santé, des frontières et des transports et les autres ministères pertinents, et avec les autres autorités du secteur des transports appropriées pour s'assurer qu'ils respectent le RSI dans les contextes pertinents, et les recommandations temporaires, et travaillent avec les organisations commerciales dans leur pays pour maintenir la continuité des voyages et du commerce avec les États Parties touchés.

Recommandation 8 : Renforcer les points focaux nationaux RSI

Constatations du Comité d'examen

171. Dans la grande majorité des États Parties, le point focal national est situé dans les locaux du ministère de la santé. En vertu du RSI, le point focal national est le principal centre d'information pour tous les secteurs pertinents dans le pays et pour la communication avec l'OMS (et de plus en plus la communication entre les pays). Les points focaux nationaux, cependant, ne jouissent pas d'une autorité suffisante au sein des gouvernements pour s'acquitter de leur fonction, à savoir solliciter et recueillir les informations pertinentes auprès de tous les secteurs, notamment lors de flambées épidémiques et d'autres urgences de santé publique. Ils doivent également pouvoir communiquer rapidement et efficacement avec des décideurs clés, parfois au plus haut niveau. Les points focaux nationaux ne disposent souvent pas des ressources financières, humaines, administratives et logistiques requises pour remplir leurs fonctions les plus essentielles. Le Comité d'examen a observé que les responsables de haut niveau avaient une connaissance limitée du rôle des points focaux nationaux, notamment la communication avec les groupes de la société civile et les communautés. Un aspect plus fondamental est qu'un point focal national est souvent supposé être une personne alors que le RSI (2005) le définit clairement comme un centre.

Recommandation du Comité d'examen

Les points focaux nationaux RSI devraient être des centres dotés d'un effectif suffisant de personnel expérimenté, compétent et à un niveau de responsabilité élevé, disposant des ressources nécessaires (administratives, logistiques et financières) pour s'acquitter de toutes les fonctions de coordination et de communication qui leur incombent – et de toute autre fonction qui leur est assignée par l'État Partie.

États Parties

8.1 La position des points focaux nationaux doit leur assurer une autorité et les investir de mandats officiels suffisants pour accéder aux responsables gouvernementaux au rang le plus élevé dans le secteur de la santé et les autres secteurs, pour accéder aux sources d'information dans tout le secteur de la santé (à tous les niveaux) et dans les nombreux autres secteurs qui sont essentiels pour permettre à l'État Partie de s'acquitter efficacement de ses obligations en vertu du RSI.

Le Secrétariat de l'OMS

8.2 Devrait actualiser les lignes directrices existantes de 2007¹ et de 2009² qui fournissent des conseils aux États concernant la désignation, l'établissement et l'autonomisation juridique des points focaux nationaux et d'autres questions connexes ; l'OMS devrait élaborer de nouvelles lignes directrices en collaboration avec les États Parties, sur la base de l'expérience de cette dernière décennie.

8.3 L'OMS devrait examiner le réseau des points focaux nationaux existant et faire des recommandations sur la manière dont il pourrait être renforcé, par des activités de formation, notamment.

Recommandation 9 : Soutenir en priorité les pays les plus vulnérables

Constatations du Comité d'examen

172. Des situations problématiques concernant l'application du RSI peuvent exister dans de nombreux contextes différents. Les pays en proie à des crises prolongées comme des conflits ou des catastrophes naturelles, les États fragiles vulnérables aux risques pour la santé publique parce que l'insécurité peut conduire à la détérioration des systèmes de santé, et certains petits États insulaires en développement sont autant d'exemples de ces situations problématiques. Les principales capacités requises pour la surveillance, l'évaluation des risques, la notification et la riposte, en particulier, peuvent être faibles ou quasiment inexistantes. Certains de ces pays ont des populations migrantes ou des réfugiés, parmi lesquels la surveillance de la propagation des maladies nécessite des méthodes particulières.

Recommandation du Comité

L'OMS doit apporter en priorité un appui pour l'acquisition des principales capacités et la détection des risques pour la santé publique aux pays qui sont extrêmement pauvres en ressources, qui sont en proie à un conflit ou qui sont considérés comme fragiles.

Le Secrétariat de l'OMS et les partenaires

9.1 Devraient, dans les États Parties touchés par un conflit ou d'autres crises prolongées, continuer d'appliquer les dispositions innovantes et informelles qui sont nécessaires pour mettre en œuvre des activités d'information sur l'épidémie afin de détecter les événements de santé publique aigus et aider à les évaluer conformément à l'article 9 du RSI (en utilisant, par exemple, les médias, la surveillance des rumeurs, les médias sociaux, les personnels de soins de santé, les organisations non gouvernementales et d'autres sources). Cela peut aussi être étendu à des dispositions innovantes permettant d'apporter un appui technique et financier pour des fonctions cliniques et de santé publique essentielles dans des zones touchées par un conflit.

¹ Guide des points focaux nationaux RSI. Désignation ou mise en place des points focaux nationaux RSI. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007(<http://www.who.int/ihr/ihrnfpfrench.pdf?ua=1>, consulté le 15 mars 2016).

² Règlement sanitaire international (2005) : Guide pour l'application du RSI dans le cadre de la législation nationale. Le point focal national RSI. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009 (WHO/HSE/IHR/2009.4 ; http://www.who.int/ihr/publications/who_hse_ihr_2009.4.pdf consulté le 15 mars 2016).

9.2 Devraient, dans les États Parties qui n'ont pas acquis les capacités appropriées, proposer d'évaluer les événements aigus, mobiliser une assistance en matière de santé publique et travailler avec tous les acteurs pertinents sur le terrain en vue d'une mise en place rapide des capacités d'alerte et de riposte, pour le bien de toutes les personnes concernées par les menaces pour la santé publique.

9.3 Devraient travailler avec les organisations intergouvernementales et les organisations non gouvernementales internationales et humanitaires et avec les organisations de la société civile, pour détecter, notifier, alerter et riposter à temps en cas d'événement pouvant avoir des conséquences à l'échelle internationale chez les personnes déplacées. L'OMS devrait notamment coordonner son action avec des organismes tels que l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) et le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) afin de faciliter l'échange d'informations sur les populations migrantes et prendre les mesures appropriées pour endiguer la propagation de la maladie. Le concept de « marges » ou d'espaces de vulnérabilité peut être traité par la mobilisation des principales capacités locales à la frontière ou près de la frontière, et non en focalisant seulement l'attention sur le rôle défini plus étroitement des points d'entrée, et la capacité de détection dans ces zones devrait être améliorée.

9.4 Devraient travailler avec les États Parties ayant des réfugiés ou d'importantes populations mobiles pour s'assurer que leurs principales capacités et les plans d'urgence incluent des dispositions pour ces populations. Cela devrait notamment consister à cartographier les mouvements de population pour identifier les zones potentiellement vulnérables et les zones à haut risque en cas d'urgence de santé publique. Le cas échéant, les migrants et les populations mobiles devraient être inclus dans les plans d'action d'urgence nationaux.

États Parties

9.5 En cas de risque pour la santé publique là où il est probable que les mouvements de population à la frontière entre deux États ou plus puissent propager la maladie, les États Parties touchés devraient établir un groupe de travail transfrontalier sur la coordination de l'action de santé publique.

Recommandation 10 : Encourager l'acquisition des principales capacités requises en vertu du RSI dans le cadre du renforcement des systèmes de santé

Constatations du Comité d'examen

173. Les principales capacités requises en vertu du RSI, comme la surveillance et la détection efficaces, et les capacités d'action d'urgence, font partie intégrante des systèmes de santé. Dans la pratique, les principales capacités requises par le RSI n'existent pas indépendamment des systèmes de santé nationaux. Dans de nombreux pays, et comme il est apparu pendant l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, la faiblesse des principales capacités requises par le RSI reflète la faiblesse du système de santé. De la même façon, l'efficacité de la riposte d'un pays à une urgence de santé publique dépend de l'efficacité des principales capacités pour reconnaître les menaces et mobiliser les ressources, mais du système de santé opérationnel, notamment en matière de lutte contre l'infection. Le renforcement des systèmes de santé bénéficie d'un appui mondial et de fonds indispensables, et il est important de faire en sorte que ces programmes ciblent en particulier les principales capacités requises par le RSI. L'adoption des objectifs de développement durable fournit par ailleurs un argument supplémentaire à l'appui du renforcement des systèmes de santé comme moyen d'établir et de maintenir les principales capacités requises par le RSI. Le Groupe OMS Systèmes de santé et innovation, en collaboration avec l'Allemagne et le Japon, élabore et applique une feuille de route pour le renforcement des systèmes de santé, qui inclut une composante « principales capacités requises par le RSI ». Le Comité juge essentiel de renforcer les principales capacités requises par le RSI dans le contexte du renforcement plus général des systèmes de santé.

Recommandation du Comité d'examen

L'OMS et les États Parties devraient s'assurer que tous les programmes destinés à renforcer les systèmes de santé portent spécialement sur l'acquisition des principales capacités requises par le RSI.

Les États Parties

10.1 Devraient s'assurer que leurs lois et leurs plans de financement du système de santé national incluent explicitement les principales capacités requises par le RSI.

10.2 Devraient établir leurs priorités en s'appuyant sur les systèmes existants utiles pour la mise en place des principales capacités requises par le RSI. Ainsi, là où existent des systèmes de surveillance opérationnels pour les maladies infectieuses, les zoonoses, la résistance aux antimicrobiens, les médicaments contrefaits, les risques liés à l'environnement et aux substances chimiques, etc., les pays devraient veiller à ce que ces systèmes échangent des informations et des capacités, et collaborent pour accroître au maximum les avantages mutuels. Les États Parties devraient appliquer des programmes de renforcement de la lutte contre l'infection, et s'assurer que ces programmes sont reliés à la mise en place des principales capacités requises par le RSI, et concevoir également des structures et des processus pour la gestion des urgences.

Les partenaires internationaux du développement

10.3 Devraient réfléchir, dans le cadre de leur appui au plan stratégique mondial, à la manière dont leur aide au développement et leur assistance technique pour le renforcement des systèmes de santé, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, pourraient inclure le renforcement des principales capacités requises par le RSI.

Recommandation 11 : Améliorer l'échange rapide d'informations et de données scientifiques et de santé publique

Constatations du Comité d'examen

174. L'échange d'informations et l'échange de données pendant une crise de santé publique sont essentiels pour une riposte efficace et pour favoriser la recherche. Il est important d'améliorer l'échange d'informations entre l'OMS et les États Parties, entre les États Parties eux-mêmes, et dans la communauté de la recherche : pendant l'épidémie d'Ebola, il y a eu des retards dans l'échange des informations épidémiologiques. Ces retards ont sans doute ralenti la riposte internationale et ils se sont produits dans d'autres urgences de santé publique, notamment les flambées de MERS et de maladie à virus Zika. Le Comité a observé que plusieurs États Parties continuent de craindre que l'échange de données ne soit pas compensé par un partage des avantages. Le cadre de préparation en cas de grippe pandémique (PIP) est l'exemple d'un accord qui facilite l'échange d'échantillons et, éventuellement, de données sur les séquences génétiques, et le partage des avantages sur un pied d'égalité.

175. L'échange d'informations ou de données cruciales pour la recherche peut aussi être entravé pour diverses raisons. Le Comité d'examen appuie l'avant-projet OMS sur la recherche-développement qui, entre autres mesures visant à renforcer la recherche mondiale sur les mesures de prévention et la préparation englobant tous les risques, a pour objectif l'échange ouvert de données et le partage équitable d'échantillons biologiques aux fins de la recherche.

Recommandation du Comité d'examen

L'OMS prône l'ouverture en matière d'échange d'informations sur les risques pour la santé publique, et elle étend les directives relatives aux normes mondiales pour l'échange de données¹ aux échantillons biologiques et aux données sur les séquences génétiques pendant les urgences de santé publique.

L'OMS et les États Parties devraient veiller à ce que l'échange d'échantillons et de données sur les séquences et le partage des avantages s'équilibrent équitablement.

Secrétariat de l'OMS

11.1 L'OMS devrait continuer de s'efforcer d'obtenir la publication rapide d'articles dans des revues en libre accès sur les risques pour la santé publique. Tout en soutenant les politiques d'échange de données dès le début, l'OMS devrait aussi s'engager à mettre en place, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, la capacité, en termes technologiques et linguistiques, d'échanger les recherches préliminaires.

Les États Parties

11.2 Devraient remplir leurs obligations en vertu du RSI concernant la notification, la vérification et la communication continue requises après la détection d'une menace potentielle pour la santé publique, pour soutenir la faculté de l'OMS d'échanger des informations.

Le Secrétariat de l'OMS et les États Parties

11.3 Envisagent d'utiliser le cadre de préparation en cas de grippe pandémique (PIP) ou des accords existants similaires comme modèles pour la conception de nouveaux accords pour d'autres agents infectieux à l'origine, ou qui pourraient être cause, d'urgences de santé publique de portée internationale. Ces accords devraient reposer sur le principe de l'équilibre équitable entre l'échange d'échantillons et de données et le partage des avantages.

Recommandation 12 : Renforcer les capacités de l'OMS et les partenariats pour appliquer le RSI et riposter aux urgences sanitaires

Constatations du Comité d'examen

176. Lors de l'épidémie d'Ebola, la capacité d'application du RSI était insuffisante aux trois niveaux de l'OMS. Les problèmes pendant l'épidémie d'Ebola et la riposte étaient liés à l'érosion des ressources humaines et financières du Secrétariat de l'OMS au niveau du Siège, des bureaux régionaux et des bureaux de pays. Cette perte de ressources a considérablement affecté la capacité du Secrétariat à évaluer et gérer les risques. Le Comité d'examen est encouragé par les réformes ultérieures des structures de l'OMS en cours de mise en œuvre par le Directeur général.

¹ Developing global norms for sharing data and results during public health emergencies. Statement arising from a WHO Consultation held on 1-2 September 2015. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://www.who.int/medicines/ebola-treatment/blueprint_phe_data-share-results/en/, consulté le 15 mars 2016).

177. La riposte mondiale à l'épidémie d'Ebola s'est caractérisée par un manque de coordination entre l'OMS, principale institution de santé publique de l'Organisation des Nations Unies, et les organismes d'aide humanitaire comme le Bureau de la coordination des affaires humanitaires de l'ONU. Cela était dû en partie à l'insuffisance de la coordination de la planification d'urgence dans toute l'Organisation des Nations Unies, mais également au fait que la crise a été définie comme une urgence de santé publique et non comme une crise humanitaire. Au plus fort de la crise Ebola, certains gouvernements d'Afrique de l'Ouest se sont heurtés à la difficulté de coordonner tous les intervenants qui proposaient un appui financier ou technique, mais il semble que l'OMS ait été incapable de jouer un rôle de coordination approprié dans ces cas, notamment qu'elle n'ait pas réussi à coordonner l'action des institutions des Nations Unies et des organismes d'aide humanitaire pertinents. Certaines mesures d'aide ont ainsi fait double emploi ou étaient en décalage avec d'autres actions locales. Il a notamment été observé que les mesures n'utilisaient pas d'autres intervenants essentiels comme les acteurs communautaires, l'agriculture, la sécurité alimentaire, les migrations et les déplacements de population.

178. La contribution à la riposte à Ebola d'acteurs essentiels extérieurs au secteur de la santé a été insuffisamment reconnue ; ces acteurs pourraient toutefois être des partenaires utiles pour l'OMS lors d'actions futures. Le Comité d'examen a observé que le rôle du secteur commercial privé n'avait pas été suffisamment reconnu pendant l'épidémie d'Ebola, lorsqu'il a contribué utilement à la riposte. Le personnel médical militaire a par ailleurs joué un rôle important dans l'action sanitaire et son rôle dans les flambées épidémiques futures devrait être pris en considération.

Recommandation du Comité d'examen

La capacité de l'OMS à appliquer le RSI est renforcée par la réforme du Secrétariat et la consolidation des partenariats, et l'augmentation sensible de l'appui financier des États Parties et des autres acteurs principaux.

Secrétariat de l'OMS

12.1 Le Directeur général de l'OMS devrait placer l'application du RSI en tête des priorités du Secrétariat de l'OMS et mettre cette activité plus en évidence.

12.2 Une structure d'action d'urgence à plusieurs niveaux, solidement reliée aux partenaires internes et externes, devrait être établie et dotée de mécanismes et de processus documentés clairs pour le commandement et la lutte, la responsabilisation et le leadership. Un tel programme destiné à renforcer et rationaliser la riposte aux urgences de l'OMS devrait rester prioritaire, et des ressources appropriées devraient être allouées pour assurer rapidement le succès de ce nouveau programme. Ce programme devrait associer les avantages d'un programme solide, ferme, responsable, à plusieurs niveaux et la force des relations de travail bien établies qu'entretiennent les États Parties avec les bureaux régionaux et les bureaux de pays. Des comptes devraient être rendus concernant ces réformes à l'OMS au moyen de rapports réguliers présentés au Conseil exécutif de l'OMS et à l'Assemblée mondiale de la Santé.

12.3 Un examen des structures régionales et de pays de l'OMS pour l'application du RSI devrait être effectué. Cet examen devrait permettre la dotation des bureaux régionaux et des bureaux de pays des régions les plus vulnérables en ressources humaines et financières suffisantes.

12.4 L'OMS devrait renforcer ses partenariats avec le Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN), et améliorer ses partenariats avec les organisations de la société civile et avec les acteurs du secteur privé pour accroître la capacité de l'Organisation d'assurer la surveillance, l'évaluation des risques et la communication sur les risques, mais aussi de tirer profit de l'action et de l'assistance de ces organisations dans les situations d'urgence.

12.5 L'OMS devrait concevoir des accords intéressant l'application du RSI, lorsqu'il n'en existe pas encore, avec les principales institutions des Nations Unies et d'autres organismes internationaux (voir la recommandation 7.5). L'OMS devrait établir ou renforcer ses liens avec les principales institutions des Nations Unies membres du Comité permanent interorganisations des Nations Unies.

12.6 L'OMS devrait travailler avec les États Parties et procéder à des exercices conjoints de simulation avec des ONG et des organisations d'aide humanitaire.

12.7 L'OMS devrait collaborer avec l'OMC et les autres organisations pertinentes, comme l'OACI, l'OMI, l'OIE, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation internationale du travail (OIT) selon le cas, pour élaborer un prototype de recommandations permanentes, en vue de faire reconnaître ces recommandations comme des normes aux termes des accords de l'OMC. Le modèle devrait être expérimenté moyennant la mise au point d'un petit nombre d'exemples comme des aspects des certificats de vaccination contre des maladies d'origine alimentaire ou la fièvre jaune. À la suite de ce processus, le modèle devrait être réexaminé et révisé comme il convient et l'élaboration d'autres recommandations permanentes pourrait être envisagée.

12.8 L'OMS devrait encourager la reconnaissance de ces recommandations permanentes dans les procédures de règlement des différends prévues par les accords de l'OMC, et par un accord interorganisations entre l'OMC et l'OMS.

12.9 L'OMS devrait fournir des systèmes informatiques et/ou donner accès aux systèmes informatiques de l'OMS, le cas échéant, aux États Parties pour les aider à s'acquitter de leurs fonctions d'information en santé publique et de gestion des événements, et promouvoir le renforcement des capacités d'évaluation des risques à un niveau national et faciliter la communication sur les risques à l'OMS.

12.10 L'OMS, par l'intermédiaire d'un organisme comme la section du Bureau de la coordination des affaires humanitaires de l'ONU chargée de la coordination entre civils et militaires ou le Comité international de médecine militaire, devrait tenter de trouver des personnels médicaux militaires disponibles qui pourraient être déployés, avec l'accord du pays hôte, pour dispenser des soins médicaux aux personnels de soins de santé civils en cas de grave flambée épidémique de maladie infectieuse. De telles équipes médicales militaires devraient être disponibles dans toutes les Régions de l'OMS et, le cas échéant, une assistance extérieure devrait être trouvée pour faciliter la formation de ces équipes. Ce travail devrait être intégré dans l'activité de l'OMS sur les ressources humaines mondiales pour l'action sanitaire d'urgence.

12.11 Le groupe spécial chargé d'examiner comment les voyages aériens pourraient être maintenus lors d'une future flambée épidémique devrait examiner la pertinence pour les aéroports des processus et procédures qui ont permis à d'importantes entités commerciales de poursuivre leurs opérations pendant l'épidémie d'Ebola.

12.12 L'OMS devrait s'assurer que les enseignements sanitaires tirés des organisations commerciales qui ont pu continuer de fonctionner pendant la flambée épidémique de maladie à virus Ebola, absents des principaux rapports sur Ebola, sont pris en compte et diffusés.

Les États Parties

12.13 Devraient veiller à ce que soit prise en considération la manière dont les entités commerciales pourraient contribuer à la surveillance et à la gestion des événements de santé publique, notamment des flambées épidémiques de maladies infectieuses.

États Parties et partenaires internationaux du développement

12.14 Des moyens financiers suffisants et pérennes devraient être garantis pour ces processus de réforme.

Appendice I

Noms et affiliations des membres du Comité d'examen¹

Dr Preben Aavitsland, Médecin-chef de la ville d'Arendal (Norvège)

Dr Salah T. Al Awaidy, Conseiller pour les maladies transmissibles, Questions sanitaires, Ministère de la santé, Mascate (Oman)

Dr Hanan Balkhy, Directeur exécutif du Département de la lutte contre l'infection, Ministère de la Garde nationale, Université des sciences de la santé King Saud bin Abdulaziz Riyad (Arabie saoudite)

Dr Marion Bullock DuCasse, Chief Medical Officer (Jamaïque)

Professor Rupa Chanda, Economics & Social Sciences Faculty, Indian Institute of Management Bangalore (IIMB), Bangalore (Inde)

Dr Supamit Chunsuttiwat, Médecin principal, Département de la lutte contre les maladies, Ministère de la Santé publique, Nonthaburi (Thaïlande)

Professeur Thomas Cottier, Professeur émérite de droit économique international et européen, Université de Berne, et Senior Research Fellow and Former Managing Director, World Trade Institute (Suisse)

Mr Andrew Forsyth, Team Leader, Public Health Legislation & Policy, Ministère de la Santé (Nouvelle-Zélande)

Professeur Didier Houssin, Président de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail, Paris (France)

Mr John Lavery, Executive Director of Health Emergency Management British Columbia (HEMBC), Vancouver (Canada)

Lieutenant-General Louis Lillywhite, Senior Research Consultant at the Centre for Global Health Security, the Royal Institute of International Affairs (Chatham House), Londres (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord)

Dr Brian McCloskey, Director of Global Health, Public Health England, Londres (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord)

Professeur Babacar Ndoeye, Expert-consultant et formateur en hygiène hospitalière, lutte contre l'infection et sécurité des patients, Dakar (Sénégal)

Professor Helen Rees, Executive Director of the Wits Reproductive Health and HIV Institute of the University of Witwatersrand (Wits) in Johannesburg (Afrique du Sud)

Professeur Samba O. Sow, Directeur général du Centre pour le développement des vaccins, Ministère de la Santé (Mali)

Mme Karen Tan, Directeur principal au Ministère de la communication et de l'information (Singapour)

Appendice II

Méthodes de travail détaillées

Nomination du Comité d'examen

1. Le Directeur général a nommé 16 membres du Comité d'examen à partir de la liste d'experts du RSI. Conformément à l'article 50 du RSI et au règlement applicable aux comités d'experts tel qu'énoncé dans les Documents fondamentaux de l'OMS, les membres ont été nommés sur la base des principes d'une représentation géographique équitable, de la parité entre les sexes, d'une représentation équilibrée des pays développés et des pays en développement, de la diversité des connaissances et de l'expertise scientifique, des approches et expériences pratiques dans les diverses régions du monde, ainsi que d'un équilibre interdisciplinaire approprié. La liste des membres figure à l'appendice I.
2. Le Comité d'examen a élu le Professeur Didier Houssin Président, Mme Karen Tan Vice-Président et le Professeur Helen Rees Rapporteur.

Réunions

3. Le Comité d'examen a tenu six réunions au Siège de l'OMS à Genève : les 24 et 25 août 2015 ; du 5 au 9 octobre 2015 ; du 9 au 13 novembre 2015 ; du 9 au 11 décembre 2015 ; du 10 au 12 février 2016 ; et du 21 au 24 mars 2016.
4. Les représentants des États Parties, de l'Organisation des Nations Unies et de ses institutions spécialisées, et des autres organisations intergouvernementales et des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS concernées ont été invités à assister à une séance ouverte pendant les réunions d'août 2015 et de mars 2016. La première journée des réunions d'août 2015 et de mars 2016 a également été diffusée en direct sur le site Web de l'OMS. Pendant les réunions intersessions d'octobre, de novembre et de décembre, une séance ouverte pour les représentants des entités précitées a été retransmise sur le Web. Les participants ont été invités à faire des déclarations, poser des questions et soumettre des mémorandums par écrit à chaque séance ouverte.
5. Le Comité et le Secrétariat se sont consultés à maintes reprises au moyen de conférences téléphoniques et d'échanges de courriels.

Collecte d'informations

6. Près de 90 informateurs ont accordé des entretiens et/ou ont fourni des informations écrites au Comité d'examen, au nombre desquels les représentants des États Parties, des organisations intergouvernementales, des ONG, des institutions des Nations Unies, de l'industrie, des organisations de santé publique, des milieux universitaires et du secteur privé. Le Comité a examiné les principaux documents et rapports, notamment les conclusions d'autres évaluations indépendantes de la riposte mondiale à Ebola publiées en 2015-2016. À la demande du Comité, l'OMS a commandé des rapports spécialisés à des experts techniques extérieurs sur le droit commercial international et les structures de nature à favoriser l'application du RSI.

¹ Les biographies complètes et les déclarations d'intérêt des membres du Comité d'examen peuvent être consultées à l'adresse <http://www.who.int/ihr/review-committee-2016/member-list/en/>.

7. Le Comité a activement cherché à obtenir des informations auprès des États Parties et d'autres entités. Les Missions permanentes auprès de l'Office des Nations Unies et des autres organisations internationales pertinentes ayant leur siège à Genève ont été contactées à cet effet par courriel et invitées à donner leur avis sur la manière d'améliorer le respect du RSI et sur la manière d'assurer que l'environnement national favorise partout l'application efficace du RSI, en privilégiant les principales capacités.

8. Au cours de ses délibérations le Comité d'examen a eu des entretiens avec les Sous-Directeurs généraux de l'OMS, des directeurs de programme, des personnels techniques et autres membres du personnel et les représentants des bureaux régionaux et des bureaux de pays de l'OMS. Bien que travaillant de façon indépendante, le Comité a demandé des informations au Secrétariat OMS du Comité d'examen du RSI, notamment des documents techniques écrits. Le Comité a également demandé des éclaircissements sur des questions qui ont surgi au cours de la collecte des informations et de la rédaction du rapport. Les membres du personnel de l'OMS ont fourni des réponses écrites aux questions posées par le Comité et ils se sont entretenus de façon informelle et ouverte avec les membres du Comité.

9. Le Président et un autre membre du Comité d'examen ont effectué une visite au Bureau régional de l'Afrique les 3 et 4 mars 2016. Ils ont rencontré le Directeur régional, les directeurs des groupes sectoriels et d'autres membres du personnel dans le but de faciliter la formulation de recommandations appropriées sur le renforcement du Secrétariat de l'OMS pour la préparation et la riposte aux flambées épidémiques et aux situations d'urgence.

Évaluation et formulation de recommandations

10. Le Comité d'examen a commencé ses travaux par une analyse approfondie du RSI (2005). Trois sous-comités techniques ont été chargés de titres particuliers et des annexes correspondantes. Les sous-comités ont dressé la liste des problèmes/sujets pertinents et des questions nécessitant de plus amples consultations ; des méthodes et des options nécessitant des améliorations ; et des informations, analyses, et organisations ou personnes pouvant contribuer utilement à l'examen et à l'élaboration ultérieure de recommandations pratiques et réalisables.

11. Les deux premiers objectifs du mandat du Comité étaient d'évaluer le degré d'application du RSI dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et ses conséquences qui, dans ce contexte, ont pu résulter de la non-application des recommandations du précédent Comité d'examen en 2011. Vu l'ampleur du champ proposé au Comité d'examen pour la formulation de ses recommandations – le troisième objectif de son mandat – le Comité d'examen a choisi de situer son évaluation de l'application du RSI dans une perspective générale. Tout en considérant le contexte de l'épidémie d'Ebola comme prioritaire, le Comité a aussi tenu compte d'autres contextes pertinents liés au syndrome respiratoire du Moyen-Orient, à l'éradication de la poliomyélite et aux virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie.

12. Les analyses des trois sous-comités techniques ont permis d'établir une liste de 10 problèmes majeurs liés à l'application du RSI : les points focaux nationaux RSI ; la notification et l'échange de données ; une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) ; les recommandations de l'OMS ; la coopération et la communication avec et entre les États Parties, et les approches régionales ; la coopération avec les organisations intergouvernementales et les partenaires (ONG et commerce, par exemple) ; l'établissement des priorités, le renforcement, le suivi et l'évaluation des principales capacités des États Parties ; la préparation et l'action de santé publique englobant tous les risques (notamment le maintien du trafic aérien) ; les mesures sanitaires supplémentaires instaurées par les États Parties ; et le respect des obligations et la responsabilisation au moyen de la transparence et de la

notification. La définition, la reconnaissance et le soutien de l'application du RSI comme une priorité pour la sécurité sanitaire mondiale ont été considérés comme un onzième problème général. Le Comité a également reconnu la nécessité d'un effort de communication concerté pour améliorer l'efficacité de l'application du RSI, et pour souligner l'urgence du respect des obligations.

13. Le Comité a examiné les 11 problèmes au moyen de l'analyse AFOM (atouts, faiblesses, opportunités et menaces) et dressé une liste de facteurs qui favorisent ou inhibent l'application satisfaisante du RSI, et de résultats souhaitables, et formulé des projets de recommandations. Après une analyse stratégique de chaque projet de recommandation, des recommandations préliminaires ont été élaborées, puis affinées.

14. En élaborant ses recommandations le Comité d'examen a également analysé les conclusions d'autres évaluations indépendantes parallèles de la riposte mondiale à Ebola et examiné les initiatives en cours pour améliorer la sécurité sanitaire mondiale.

Examen des recommandations

15. Le Conseil exécutif de l'OMS a été informé des progrès du Comité d'examen en janvier 2016. Les projets de recommandations du Comité ont été communiqués aux États Parties avant une séance ouverte qui s'est tenue pendant la réunion de mars 2016. Les informations reçues ont été utilisées pour établir le rapport final du Comité d'examen à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016.

Appendice III

Réponses du Comité d'examen aux recommandations du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola et du Groupe de haut niveau de l'Organisation des Nations Unies sur la riposte mondiale aux crises sanitaires

Réponses au groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola

1. Le groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola a soumis quatre recommandations et une demande à l'attention du Comité d'examen. Les réponses du Comité sont les suivantes.

2. **Recommandation du groupe d'experts :** *Le Comité d'examen du RSI devrait envisager des mesures visant à inciter les pays à notifier à l'OMS les risques pour la santé publique. Ces mesures peuvent prendre la forme de mécanismes de financement innovants tels qu'une assurance qui permettrait d'atténuer des effets économiques néfastes (recommandation 3 du groupe d'experts).*

3. **Réponse du Comité d'examen :** La notification des risques pour la santé publique qui satisfont aux critères définis pour une notification est une obligation en vertu du RSI. La notification peut entraîner des avantages pour les pays. L'OMS peut être consultée et fournir des avis, y compris un appui à l'action d'urgence en cas de besoin. Le fonds de réserve de l'OMS pour les situations d'urgence permettra à l'OMS de déployer rapidement des effectifs supplémentaires pour coordonner les équipes médicales d'urgence, d'établir des systèmes informatiques, de combler le déficit de communication sur les risques, et d'acheter et de distribuer des fournitures médicales.¹ Les experts de l'OMS, avec l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, les partenaires du Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) et d'autres organisations et experts internationaux, peuvent apporter un savoir-faire technique dans des domaines tels que le diagnostic de laboratoire, la prise en charge des cas, la logistique, la lutte contre l'infection, l'épidémiologie et la coordination. La notification peut également donner accès au mécanisme de financement d'urgence en cas de pandémie (PEF) de la Banque mondiale qui accorde un « financement aux pays et aux intervenants internationaux accrédités préalablement approuvés pour aider à empêcher l'évolution d'une flambée épidémique grave en épidémie plus mortelle et plus coûteuse ». ² Si le PEF ne couvre pas les pertes économiques associées à une pandémie, il prend en charge les dépenses d'un pays pour les activités liées à la riposte.

4. Une police d'assurance qui rémunère les pays pour les inciter à notifier des risques pose de nombreux problèmes qui méritent réflexion. Qui paierait les primes ? Une politique unique s'appliquerait-elle à tous les pays ? Qu'adviendrait-il si différents pays souhaitaient différents types de couverture ? Quand les remboursements seraient-ils effectués ? La subordination des remboursements à la déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale inciterait-elle à déclarer des USPPPI plus fréquemment ? Comment serait déterminé le niveau des remboursements ?

5. Le Comité d'examen considère que le RSI est en soi la meilleure politique d'assurance.

¹ Voir http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/contingency-fund/Contingency-Fund-Emergencies.pdf?ua=1.

² Voir <http://www.worldbank.org/en/topic/pandemics/brief/pandemic-emergency-facility-frequently-asked-questions>.

Recommandation du groupe d'experts : Le Comité d'examen du RSI devrait envisager des mesures visant à dissuader les pays de prendre des mesures qui perturbent le trafic et le commerce au-delà de celles recommandées par l'OMS (recommandation 4 du groupe d'experts).

- *Le Secrétariat doit être renforcé de manière à pouvoir demander aux pays de justifier ce type de mesures, conformément au Règlement. Le groupe d'experts recommande que le Comité d'examen du RSI pour Ebola et le Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires du Secrétaire général de l'ONU s'attachent à rendre cela possible.*
- *Le groupe d'experts demande que le Comité d'examen du RSI pour Ebola au complet examine des sanctions envisageables en cas d'actions inappropriées et injustifiées en vertu du Règlement ; il existe des précédents dans les pratiques internationales, par exemple dans le domaine du commerce où l'OMC prévoit des sanctions à l'encontre des barrières non tarifaires. Lorsque le comportement des États Membres nuit à la riposte face à une crise, par exemple en empêchant les agents de santé de se rendre dans les pays touchés, il faut prévoir une procédure permettant de porter la question devant le Conseil de sécurité des Nations Unies. Ce point devrait être prioritaire pour le Comité d'examen du RSI pour Ebola et le Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires Secrétaire général de l'ONU.*

Réponse du Comité d'examen :

1) Envisager des mesures visant à dissuader les pays de prendre des mesures qui perturbent le trafic et le commerce au-delà de celles recommandées par l'OMS – L'article 43 du RSI autorise les États Parties à appliquer des mesures supplémentaires dans le but de faire face à une menace pour la santé publique à condition que, ce faisant, ils respectent plusieurs conditions de procédure requises pour les mesures qui retardent de plus de 24 heures le trafic international. Elles doivent notamment informer l'OMS de la mise en œuvre de ces mesures, fournir les raisons de santé publique qui les justifient, procéder à un examen périodique des mesures et réexaminer l'opportunité des mesures si l'OMS le leur demande. Malgré ces conditions requises, pendant l'épidémie d'Ebola, le Secrétariat a répertorié 40 mesures différentes dont il considérait qu'elles entravaient de manière importante le trafic international et le commerce et pour lesquelles l'une ou plusieurs des conditions de procédure requises n'étaient pas remplies. Certaines de ces mesures, appliquées par des entreprises du secteur privé non parties au RSI, bien qu'elles aient eu un effet perturbateur, ont pu être considérées comme des décisions commerciales et non comme des mesures de riposte. De nombreuses mesures constituant des entraves ont néanmoins été appliquées par des États Parties. Compte tenu du fait que le RSI ne prévoit pas de sanctions et que le Comité ne recommande pas de modifier le Règlement, il considère que le meilleur moyen de décourager l'application de mesures de riposte constituant une entrave inutile est de prévoir la communication au public des informations pertinentes. En bref, accroître la responsabilisation en améliorant la transparence.

2) Renforcer l'aptitude du Secrétariat à demander la justification des restrictions aux voyages et au commerce en vertu du Règlement – Le Comité approuve le suivi par le Secrétariat des États Parties qui ne remplissent pas leurs obligations eu égard aux conditions de procédure requises associées aux mesures supplémentaires en vertu de l'article 43, notamment les États Parties qui ne donnent pas les raisons de santé publique (ou pas de raisons satisfaisantes) les justifiant. Le Comité encourage aussi par ailleurs le Secrétariat à activement demander aux États Parties de réexaminer l'opportunité de toute mesure supplémentaire qu'ils ont appliquée lorsque les raisons de santé publiques les justifiant ne sont pas fournies ou sont insuffisantes.

Le Comité note qu'à la suite de la recommandation du Comité d'examen du RSI de 2011, qui considérerait notamment comme inappropriées les restrictions imposées aux voyages et au commerce par certains pays pour riposter à la grippe pandémique A(H1N1) de 2009, l'OMS a publié des informations pendant la pandémie de maladie à virus Ebola sur le site sécurisé d'information sur les événements (accessible à tous les points focaux nationaux). Des informations concernaient la nature des mesures supplémentaires, les pays qui les appliquaient et la date à laquelle le Secrétariat avait demandé les raisons de santé publique les justifiant et/ou que l'opportunité de les appliquer soit réexaminée. Le Comité d'examen se félicite de cette transparence accrue et recommande que cette pratique se poursuive et soit élargie (voir la recommandation 7 du Comité d'examen du RSI).

3) Examiner des sanctions envisageables en cas d'actions inappropriées et injustifiées en vertu du Règlement – Selon la volonté exprimée par les États Parties de l'OMS au cours des négociations intergouvernementales en 2004 et 2005, le RSI (2005), comme le RSI (1969), n'inclut pas de sanctions pour le non-respect des obligations. D'une manière générale, le principe qui prévaut dans les enceintes où sont débattues les questions de santé publique internationale est un principe de coopération et de collaboration, et non un principe de sanction. Le Comité a examiné les liens qui pourraient être établis avec les divers accords de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) et a recommandé que l'OMS étudie la possibilité d'élaborer des recommandations permanentes (en vertu de l'article 16), l'objectif étant que ces recommandations aient valeur de normes aux termes des accords de l'OMC (voir la recommandation 12 du Comité d'examen du RSI). Les questions de santé publique seraient ainsi plus facilement prises en considération dans le cadre de l'OMC.

Si un différend surgit entre deux États Parties ou plus concernant l'application de mesures de riposte à un événement de santé publique, le principal mécanisme prévu en vertu du RSI pour résoudre le différend est la consultation et le dialogue – conformément aux articles 43 et 56. Le Secrétariat a informé le Comité que le processus de règlement des différends établi dans l'article 56, à sa connaissance, n'a jamais été officiellement invoqué, mais que cette option reste ouverte aux États Parties, lorsque, par exemple, les deux Parties conviennent de soumettre le différend au Directeur général ou à l'arbitrage obligatoire pour son règlement.

4) Prévoir une procédure permettant de porter de telles questions devant le Conseil de sécurité des Nations Unies – Le Secrétariat de l'OMS devrait continuer de mettre en ligne sur le site sécurisé d'informations sur les événements des informations actuelles sur les pays qui appliquent des mesures supplémentaires insuffisamment justifiées du point de vue de la santé publique. Lorsque ces mesures ont eu des effets préjudiciables inacceptables sur un État Partie ou plus, le Comité d'examen a recommandé (voir la recommandation 7 du Comité d'examen) que le Directeur général diffuse des informations sur les mesures et les pays qui les applique sur le site Web public de l'OMS et appelle l'attention du Conseil exécutif à sa prochaine session et de la prochaine Assemblée mondiale de la santé sur ce point.

Recommandation du groupe d'experts : Le Comité d'examen du RSI pour Ebola devrait envisager la mise en place d'un niveau d'alerte intermédiaire qui avertirait et mobiliserait la communauté internationale au sens large au tout début d'une crise sanitaire. À l'heure actuelle seule une urgence de santé publique de portée internationale peut être déclarée (recommandation 5 du groupe d'experts). En outre, la communauté internationale et les médias comprennent mal ce que signifie une déclaration d'urgence de santé publique de portée internationale ; il est nécessaire d'y remédier.

Réponse du Comité d'examen : Le Comité convient qu'il est nécessaire de mettre en place un nouveau niveau d'alerte, inférieur à celui d'une urgence de santé publique de portée internationale, et que la signification d'une déclaration d'urgence de santé publique de portée internationale n'est pas universellement comprise. Pour tenter de résoudre ces questions, le Comité d'examen a proposé plusieurs changements, notamment la mise en place d'un niveau d'alerte intermédiaire (voir la recommandation 6 du Comité d'examen).

Recommandation du groupe d'experts : Le Comité d'examen du RSI pour Ebola devrait définir un calendrier pour les prises de décisions rapides. L'établissement d'une liste préalablement validée et régulièrement actualisée d'experts potentiels permettra d'éviter de convoquer tardivement le comité d'urgence (rapport du groupe d'experts, paragraphe 24).

Réponse du Comité d'examen : Le Comité convient que les délais dans la prise des décisions concernant le niveau des événements doivent être réduits au maximum. Le Comité estime que les procédures transparentes proposées pour l'évaluation des risques (voir la recommandation 6 du Comité d'examen) réduiront au maximum les délais inutiles. L'OMS a précédemment établi une liste préalablement validée d'experts du RSI, à partir de laquelle est établi un comité d'urgence. Le Comité d'examen a également recommandé (voir la recommandation 12 du Comité d'examen) que l'OMS renforce son partenariat avec le Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) – partenariat technique mondial d'experts pluridisciplinaires coordonné par l'OMS.

Demande du groupe d'experts : *Il revient au Comité d'examen du RSI pour Ebola et au Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires du Secrétaire général de l'ONU de se pencher sur les cas où un État fragile n'a ni la capacité ni la volonté d'intervenir face à une flambée épidémique présentant des risques pour le reste du monde ; des mesures contraignantes pourraient alors être nécessaires (Recommandation 9).*

Réponse du Comité d'examen : Le Comité d'examen a demandé qu'un appui soit apporté aux pays en proie à un conflit (« espaces non gouvernés ») et aux États fragiles (voir la recommandation 9 du Comité d'examen). Dans ces situations, le Comité compte que l'OMS, dans la mesure du possible, vérifiera si une flambée s'est produite et procédera à une évaluation des risques, notamment le risque de propagation mondiale. Le Comité attend de l'OMS qu'elle porte les risques importants à l'attention du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies qui les soumettra au Conseil de sécurité. D'autres États Parties, en particulier les États limitrophes de l'État non réactif ou de la zone non gouvernée, pourront également appeler l'attention du Secrétaire général sur la question. Le recours aux canaux politiques et diplomatiques pourra aider à obtenir la coopération de l'État non réactif ou des belligérants. Toute autre mesure dépendra de l'action du Conseil de sécurité de l'ONU.

Réponse au Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires du Secrétaire général de l'ONU

Recommandation 1

« En 2020 au plus tard, les États Parties au RSI, moyennant une coopération internationale appropriée, ont mis en place les principales capacités requises en vertu du RSI. »

Les avis du Comité d'examen au sujet du calendrier relatif à la pleine application du RSI sont présentés dans les recommandations 2 et 5 du Comité d'examen du RSI.

Recommandation 23

Le Groupe de haut niveau de l'ONU a demandé dans sa recommandation 23 que le Comité d'examen du RSI « envisage de mettre au point des mécanismes pour remédier aux actions unilatérales d'États ou d'autres entités qui sont en violation des recommandations temporaires formulées par l'OMS dans le cadre d'une déclaration d'urgence de santé publique de portée internationale. Ces actions peuvent avoir des effets économiques graves sur les pays touchés par une flambée épidémique de maladie infectieuse. Ces actions réduisent également la motivation des pays à notifier les flambées conformément au RSI car ils se demandent : « Pourquoi devrions-nous nous conformer à nos obligations si cela peut conduire d'autres États à imposer des restrictions injustifiées au trafic international et au commerce au-delà des recommandations temporaire ? » ». Le Comité d'examen traite de ce point dans la Recommandation 7 du Comité d'examen du RSI.

Recommandation 24

Le Groupe de haut niveau de l'ONU dit « L'OMC et l'OMS convoquent une commission d'experts informelle conjointe pour étudier les mesures possibles pour renforcer la cohérence entre le RSI et les cadres juridiques de l'OMC eu égard aux restrictions commerciales imposées pour des raisons de santé publique. » Le Comité d'examen traite de ces points dans les recommandations 7 et 12 du Comité d'examen du RSI.

Recommandation 26

La recommandation 26 du Groupe de haut niveau recommande l'établissement d'un « conseil de haut niveau sur les crises de santé publique mondiales pour assurer que le monde est prêt à riposter aux crises de santé publique et capable de riposter ». Le Groupe de haut niveau limite le mandat de ce conseil à des questions politiques, non sanitaires. Le Comité d'examen du RSI considère toutefois que s'il est important d'exercer une pression lorsque les États ne remplissent pas leurs obligations en vertu du RSI, cette recommandation risque de jeter la confusion ou de saper l'autorité de l'OMS. Aussi le Comité d'examen n'appuie-t-il pas l'établissement d'un tel conseil.

À propos de la recommandation du Groupe de haut niveau, le Comité d'examen recommande que le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies et le Directeur général de l'OMS se consultent avant de prendre une décision concernant l'application de cette recommandation.

Il serait par ailleurs nécessaire de définir la relation entre le conseil proposé et l'Assemblée mondiale de la Santé. Le RSI est un instrument juridique international, et non un instrument de santé technique et les questions relatives à son application et à sa modification transitent par l'Assemblée mondiale de la Santé. La recommandation du Groupe de haut niveau d'établir un conseil porterait atteinte à certaines des responsabilités de l'Assemblée mondiale de la Santé.

Appendice IV

Mandat indicatif et méthode de travail du comité consultatif permanent envisagé

Mandat

- Le comité consultatif permanent a pour principale fonction de fournir des avis autorisés indépendants au Directeur général de l'OMS et au Secrétariat du Siège sur l'évaluation des risques et la communication sur les risques pour des événements susceptibles de constituer un risque pour la santé publique internationale.
- Le comité consultatif permanent examinera les événements dont le Secrétariat détermine qu'ils présentent un risque important pour la santé publique et émettra un avis sur la question de savoir si l'événement constitue un événement au niveau d'alerte intermédiaire (soit une alerte de santé publique internationale). Le comité consultatif permanent peut également proposer d'examiner des événements.
- Le comité consultatif permanent n'a pas de fonctions exécutives, de mise en œuvre ni de supervision.
- En plus de l'examen régulier des événements choisis par le Secrétariat comme présentant un risque important pour la santé publique, le comité consultatif permanent pourra aussi être prié de répondre aux demandes d'avis urgentes du Secrétariat.
- Le comité consultatif permanent s'assurera que sa méthode de travail est transparente. Le comité consultatif permanent publiera à cet effet un rapport, par l'intermédiaire du Bureau du Directeur général, dans la semaine suivant chaque réunion du comité consultatif permanent. Le rapport décrira les principales recommandations sur la base d'un ensemble de critères et de méthodes de travail définis.
- Le comité consultatif permanent pourra établir des groupes de travail chargés de certains aspects de l'application du RSI.

Méthode de travail

- Les membres du comité consultatif permanent peuvent être choisis à partir de la liste d'experts du RSI, et compter des représentants de toutes les régions et des deux sexes, et inclure une gamme de savoir-faire pertinents.
- Le comité consultatif permanent peut, avec l'accord du Secrétariat de l'OMS, coopter des conseillers supplémentaires issus de certaines entités mondiales pertinentes et/ou d'États Parties touchés.
- Les membres du comité consultatif permanent devront avoir un mandat de trois ans, renouvelable pour un mandat.
- Le comité consultatif permanent devra tenir chaque année un petit nombre de réunions en face à face selon un calendrier planifié.
- Les membres du comité consultatif permanent pourront en permanence être consultés d'urgence par téléphone ou en personne, selon le cas.
- Le comité consultatif permanent prendra ses décisions par consensus sauf si un vote est requis en cas de divergence de vues.

Appendice V

Glossaire des termes et abréviations

CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CPI	Comité permanent interorganisations
EPI	Équipement de protection individuelle
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
IATA	Association internationale du transport aérien
MERS	syndrome respiratoire du Moyen-Orient
MINUAUCE	Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola
MSF	Médecins sans frontières
OACI	Organisation de l'aviation civile internationale
OCHA	Bureau de la coordination des affaires humanitaires
OIE	Organisation mondiale de la santé animale
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OIT	Organisation internationale du travail
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMI	Organisation maritime internationale
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
PEF	mécanisme de financement d'urgence en cas de pandémie
PIB	produit intérieur brut
PIP	préparation en cas de grippe pandémique
RSI	Règlement sanitaire international (2005)
SRAS	syndrome respiratoire aigu sévère
USPPI	urgence de santé publique de portée internationale

= = =