



Action de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire

Renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire : application du Règlement sanitaire international (2005)

Le Directeur général a l'honneur de transmettre à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé le rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) pendant la riposte à la COVID-19 (voir annexe).

ANNEXE

**RAPPORT DU COMITÉ D'EXAMEN SUR LE FONCTIONNEMENT
DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005) PENDANT
LA RIPOSTE À LA COVID-19**

Projet final, 30 avril 2021

	Page
Table des matières	
Remerciements	4
Préface	6
Acronymes et abréviations	8
Résumé d'orientation	9
1. Introduction et contexte	19
1.1 Brève présentation du RSI.....	19
1.2 Mandat et rapport du Comité d'examen sur la COVID-19	20
2. Méthodes de travail.....	21
3. Conclusions et recommandations	22
3.1 Rôle et fonction des points focaux nationaux RSI.....	22
3.2 Principales capacités requises pour la préparation, la surveillance et l'action	24
3.3 Préparation juridique	26
3.4 Système national de notification et d'alerte	28
3.5 Évaluation des risques et échange d'informations.....	33
3.6 Comité d'urgence sur la COVID-19 et détermination de l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale.....	36
3.7 Mesures relatives aux voyages	43
3.8 Numérisation et communication.....	48
3.9 Collaboration, coordination et financement	51
3.10 Conformité et responsabilité.....	56
4. Mise en œuvre des recommandations des précédents Comités d'examen du RSI.....	58
4.1 Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A(H1N1) 2009	58
4.2 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	60
4.3 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.....	60
5. Conclusions	61
Appendices	68
Appendice I Nom et affiliation des membres du Comité d'examen	67
Appendice II Liste des documents examinés par le Comité.....	69
Appendice III Chronologie des événements liés au fonctionnement du RSI dans le cadre de la riposte à la COVID-19.....	75

REMERCIEMENTS

Le Comité d'examen tient à remercier le Directeur général de l'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, le Directeur exécutif du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, Michael Ryan, le Sous-Directeur général chargé de la préparation aux situations d'urgence et du Règlement sanitaire international, Jaouad Mahjour, et le Sous-Directeur général chargé de l'action en cas d'urgence, Ibrahima Socé Fall, pour leur soutien actif à ses travaux.

Le Comité remercie également les collaborateurs suivants du Secrétariat de l'OMS au niveau du Siège et des bureaux régionaux :

Secrétariat du Comité d'examen du RSI, qui réunit les membres suivants du personnel de l'OMS, sous la direction de Carmen Dolea : Magdalena Rabini, Fernando Gonzalez-Martin, Thomas Hofmann, Helge Hollmeyer, Olla Shideed, Keishi Abe, Jasmin Dian, Filiz Onalan, Anna Pashalishvili, Delphine Renard ; consultants de l'OMS : Genevieve Howse, Gian Luca Burci, Guenael Rodier ; et rédacteurs : David Bramley et Joanne McManus. **Appui technique de l'OMS aux sous-groupes** : Stella Chungong, Nedret Emiroglu, Oliver Morgan, Jun Xing, Steve Solomon, Egle Granziera, Claudia Nannini. **Référents régionaux pour le secrétariat du Comité d'examen du RSI** : Roberta Andraghetti, Masaya Kato, Dorit Nitzan, Babatunde Olowokure, Dalia Samhoury, Mary Stephen, Jos Vandelaer. Iris Hunger, de l'Institut Robert Koch (Allemagne), a apporté son soutien au Président du Comité d'examen et au secrétariat du RSI.

Personnels de l'OMS interrogés par le Comité : Nyka Alexander, Peter Ben Embarek, Richard Brennan, Sylvie Briand, Richard Brown, Patrick Drury, Gauden Galea, Anne Huvos, Takeshi Kasai, Chin-kei Lee, Jaouad Mahjour, Mamunur Rahman Malik, Garret Mehl, Ann Moen, Matshidiso R. Moetti, Charles Kuria Njuguna, Roderico Ofrin, Jukka Pukkila, Michael Ryan, Gina Samaan, Poonam Khetrapal Singh, Gabriella Stern, Ciro Ugarte, Endang Wulandari, N'da Konan Michel Yao.

Le Comité remercie par ailleurs les experts et les représentants d'organismes gouvernementaux et d'autres organisations interrogés :

Présidents de Comités d'examen du RSI et d'urgence précédents : Chris Baggoley, Harvey V. Fineberg, David Heymann, Didier Houssin, John Mackenzie, Helen Rees, Robert Steffen, Oyewale Tomori.

Référents nationaux RSI et représentants gouvernementaux : **Canada** : Katharine Acs-Charter, Alixanderia Clymans, Aline Dimitri, Cindy Evans, Elizabeth Gooding, Boniface Kabore, Lee Lior, Diane MacDonald, Lynn Menard, Howard Njoo, Lina Shah, Manon Turcotte, Jennifer Watson ; **Chine** : Zijian Feng, Juan Li, Yang Liu, Bin Ma, Yang Sun, Chenguang Wang, Yingge Xia, Zhen Xu, Xiaochen Yang, Lei Zhou ; **Espagne** : Fernando Simón Soria ; **États-Unis d'Amérique** : Umed Ajani, Ray Arthur, Ana Ayala, Ruvani Chandrasekera, Jose Fernandez, Robin Moudy, Adam Tewell, Kaytna Thaker et Serena Vinter ; **Finlande** : Mika Salminen ; **Indonésie** : Endang Budi Hastuti, Rosmaniar, Andini Wisdhanorita ; **Italie** : Emanuela M Frisicale ; **Sierra Leone** : Mohamed Alex Vandi ; **Sri Lanka** : Sudath Dilhani Samarasekera, Arnold Mahendra et Sudath Samaraweera.

Experts d'autres organisations ou organismes : **Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie** : Gail Carson, Dale Fisher, Nzelle Delphine Kayem ; **Association du transport aérien international** : James Wiltshire ; **Organisation de l'aviation civile internationale** : Johanna Jordaan ; **Organisation maritime internationale** : Heike Deggim ; **Organisation internationale pour les migrations** : Florian Forster, Alexander Klosovsky, Damien Thuriaux, Alice Wimmer ;

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme : Gianni Magazzeni ; **Experts universitaires :** Lin H. Chen, Harvard Medical School, États-Unis d'Amérique ; Sara E. Davies, School of Government and International Relations, Griffith University, Australie ; Kelley Lee, Faculty of Health Sciences, Simon Fraser University, Canada ; Simon Rushton, Department of Politics and International Relations, University of Sheffield, Royaume-Uni ; Maike Voss, German Institute for International and Security Affairs/Stiftung Wissenschaft und Politik, Berlin, Allemagne ; Clare Wenham, London School of Economics and Political Science, Royaume-Uni ; Catherine Z. Worsnop, School of Public Policy, University of Maryland, États-Unis d'Amérique.

Le Comité remercie également les **États Parties et les organisations internationales qui ont transmis des communications écrites au Comité d'examen :** Allemagne, Argentine, Australie, Autriche, Canada, Chili, Chine, États-Unis d'Amérique, France, Inde, Iraq, Italie, Japon, Monténégro, Norvège, Pérou, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Singapour, Slovaquie, Suisse ; ainsi que la Coalition pour une architecture universelle de protection sanitaire (Botswana, Népal, Oman, Suisse) ; la Commission internationale de la santé au travail ; le Groupe de soutien à la riposte aux maladies infectieuses (Émirats arabes unis, Kenya, Maroc, Mexique, Pérou, République de Corée, Singapour, Turquie) ; la Ligue internationale contre l'épilepsie ; Medicus Mundi International ; l'Organisation internationale pour les migrations ; l'Organisation mondiale de la santé animale ; la Société internationale pour la qualité des soins de santé ; et l'Union économique eurasiatique (Arménie, Bélarus, Fédération de Russie, Kazakhstan, Kirghizistan,) ;

Enfin, le Comité remercie les présidents et les membres des deux autres organes d'examen pour les discussions intersessions constructives : la Présidente du Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, Felicity Harvey et les membres du comité Walid Ammar, Elhadj As Sy, Hiroyoshi Endo, Robyn McLeod, Geeta Rao Gupta, Fatou Sy et Theresa Tam, ainsi que son secrétaire, Munjoo Park ; et les Coprésidentes du Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie, M^{me} Helen Clark et Son Excellence Ellen Johnson Sirleaf, ainsi que son secrétaire Anders Nordström.

PRÉFACE

Il y a tout juste 10 ans, le premier Comité d'examen présentait à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé son rapport sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A(H1N1) de 2009-2010. Le Comité y tirait notamment la conclusion suivante : « Le monde est 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 ».¹

L'examen du RSI mené après la pandémie de H1N1 a particulièrement attiré l'attention sur les nombreuses vulnérabilités des capacités nationales en matière de santé publique, les limitations des connaissances scientifiques, les difficultés liées aux prises de décisions dans un contexte d'incertitude, les complexités de la coopération internationale et les défis liés à la communication. Il a également mis en lumière la nécessité de renforcer la capacité interne du Secrétariat de l'OMS à faire face à une urgence de santé publique de portée internationale prolongée telle qu'une pandémie. Par la suite, les efforts de santé publique se sont portés sur le renforcement des systèmes de santé et des capacités aux niveaux national, régional et mondial dans le but de prévenir les situations d'urgence sanitaire, de les détecter et d'y faire face.

Il semble cependant aujourd'hui que ces efforts aient été insuffisants. Certains des pays qui paraissaient les mieux préparés à détecter un virus mortel et à y faire face se sont révélés parmi les moins à même de prévenir ou de maîtriser la propagation du coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2) sur le plan national, international ou les deux. Nous avons observé à la fois des niveaux inédits de collaboration internationale face à la pandémie et des exemples inquiétants d'isolationnisme. Des pays qui ont adopté une approche de santé publique locale robuste ont réussi à endiguer la propagation du SARS-CoV-2. Il est clair qu'une pandémie provoquée par un agent pathogène nouveau, contre lequel on ne dispose ni d'un vaccin ni d'un traitement efficace, ne peut être maîtrisée qu'au moyen d'une riposte de santé publique solide et stratégique. C'est pourquoi, le renforcement des capacités en matière de santé publique, parallèlement à l'intégration de la santé publique au sein du secteur de la santé et à tous les niveaux des pouvoirs publics, doit être une priorité absolue.

Depuis début septembre 2020, en ma qualité de Président du Comité d'examen du RSI, je me suis réuni chaque semaine – bien souvent plusieurs fois – avec les 19 experts du Comité, recrutés dans toutes les régions du monde. Agissant à titre personnel, et non en tant que représentants de nos pays ou de nos employeurs, nous avons étudié chacun des articles du RSI à la lumière des ripostes de l'OMS et des pays à la propagation de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19). Nos réunions étaient virtuelles, ce qui s'avère très difficile, et nous regrettons de ne pas avoir été en mesure de nous réunir en face à face. Néanmoins, au fil des mois, nous avons réussi à tisser des liens authentiques.

Dans le cadre de notre examen des ripostes à la pandémie dans le monde, nous avons constaté, à l'instar des Comités d'examen précédents, que trop nombreux sont les pays qui ne disposent toujours pas des capacités de santé publique nécessaires pour protéger leur population et transmettre en temps opportun des avertissements aux autres pays et à l'OMS. L'OMS elle-même manque aussi de capacités, en particulier en termes de ressources, tout comme d'autres partenaires internationaux. Le Comité aborde ces problèmes de capacités tout au long du présent rapport.

¹ Document A64/10, Section IV – Conclusions et recommandations, paragraphe 31 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-fr.pdf, consulté le 27 avril 2021).

Il n'existe pas de mécanisme permettant de suivre l'application des dispositions clés du RSI, notamment celles qui couvrent les droits de l'homme. C'est pourquoi nous avons recommandé un système d'examen par des pairs selon lequel les pays examineraient leurs capacités en collaboration avec d'autres pays, publieraient les résultats et – aspect crucial – s'appuieraient les uns les autres. L'espoir est que cela fournira un cadre de responsabilisation commun aux pays, appuyé par le Secrétariat de l'OMS. Dès lors qu'une crise sanitaire sans précédent telle que celle-ci n'affecte pas seulement la santé de la population, les pouvoirs publics dans leur ensemble doivent prendre la responsabilisation au sérieux.

Nous avons examiné un à un les articles du RSI, et avons conclu que son contenu est, pour une grande part, soigneusement pesé, approprié et pertinent dans le cadre de toute urgence de santé publique de portée internationale. Cependant, il nous a semblé évident que dans le contexte d'une pandémie, des pays qui, en 2005, avaient approuvé le Règlement, ne l'appliquaient que partiellement en 2020, n'en avaient pas suffisamment conscience ou l'ignoraient délibérément. L'adage romain selon lequel l'ignorance de la loi n'est pas une excuse – *ignorantia juris non excusat* – détient peut-être, en l'occurrence, une part de vérité. Nous n'avons cependant pas pour tâche d'attribuer les fautes, mais plutôt de réfléchir à des manières de rendre l'application du RSI plus réalisable, en particulier en ce qui concerne la prévention des pandémies et autres crises sanitaires mondiales et la riposte efficace à celles-ci.

Ainsi, la version actuelle du Règlement ne fait aucune mention de l'importance de l'échange d'échantillons et de séquences génétiques d'agents pathogènes, de la numérisation, ou encore de l'incidence des réseaux sociaux sur le système d'alerte ou l'adoption des recommandations. Nous avons par ailleurs recensé des éléments du RSI qu'il est nécessaire d'appliquer différemment, raison pour laquelle nous avons proposé quelques modifications au fonctionnement du Comité d'urgence.

Lors de notre évaluation de la manière dont le Règlement est appliqué dans le cadre de la pandémie, nous étions pleinement conscients du fait que la pandémie continuait de sévir. À l'heure où nous présentons ce rapport à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2021, 17 mois se sont écoulés depuis la découverte de la COVID-19 à Wuhan (Chine), mais la pandémie est loin d'être finie. Nous devons être conscients du fait qu'à moins que ce rapport ne mène à des changements et à une plus grande collaboration internationale, nous ne serons pas mieux protégés face à la prochaine pandémie que nous ne l'étions face à celle-ci.

Notre mandat se limitait certes au fonctionnement du RSI, mais dans le cadre de son exécution, une chose est devenue évidente : aussi approprié le RSI soit-il, il ne peut assurer pleinement la sécurité des populations que si tous les pays – leurs pouvoirs publics, leurs communautés, leur société civile, leurs entreprises et leurs responsables de la santé publique – collaborent entre eux et avec l'OMS et les autres organismes régionaux et internationaux en vue de l'appliquer de manière solidaire. Cette collaboration fructueuse ne peut prospérer que si elle repose sur les principes fondateurs de confiance et de transparence. Sans ces deux piliers, nous pouvons difficilement envisager un avenir plus sûr.

Je tiens à souligner l'expertise, l'expérience et le soutien sans faille du secrétariat du Comité d'examen du RSI ainsi que de mes collègues au sein du Comité. Je souhaite également saluer les commentaires réfléchis des États Membres lors des réunions publiques, ainsi que les contributions précieuses de l'équipe juridique, des traducteurs, du personnel à tous les niveaux de l'OMS et des nombreux experts interrogés.

Lothar H. Wieler

Président du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005)
pendant la riposte à la COVID-19

Avril 2021

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

EPU	Examen périodique universel
GOARN	Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie
HCDH	Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme
IANPHI	Association internationale des instituts nationaux de santé publique
IOAC	Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
RSI	Règlement sanitaire international (2005)
SRAS	syndrome respiratoire aigu sévère
WARN	avis mondial d'alerte et d'action

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. Le Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) pendant la riposte à la COVID-19 a été convoqué par le Directeur général le 8 septembre 2020 comme demandé par les États Membres dans la résolution WHA73.1 (2020) et conformément à l'article 50 du RSI. Le Comité avait pour mandat d'examiner le fonctionnement du RSI dans le cadre de la riposte à la COVID-19, compte tenu des dispositions pertinentes du RSI, au regard, notamment, des aspects suivants :

- alerte en cas d'épidémie, vérification et évaluation des risques, échange d'informations et communication ;
- coordination et collaboration internationales, notamment le rôle des points focaux nationaux RSI ;
- modalités de travail du Comité d'urgence et déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale, notamment en ce qui concerne l'établissement d'un niveau d'alerte intermédiaire ;
- mesures sanitaires supplémentaires mises en œuvre par les États Parties en matière de voyages internationaux ;
- mise en œuvre et notification des principales capacités du RSI, notamment concernant l'éventuelle mise en place de procédures d'examen par des pairs ; et
- progrès réalisés dans la mise en œuvre des recommandations des précédents Comités d'examen du RSI.

2. Le Comité était composé de 20 membres sélectionnés et nommés par le Directeur général parmi les personnes inscrites sur la Liste d'experts du RSI en veillant à assurer une large gamme de compétences et une représentation géographique et entre les sexes équilibrée. Le Professeur Lothar H. Wieler (Allemagne) a été désigné Président du Comité, appuyé par la Professeure Lucille Blumberg (Afrique du Sud) en qualité de Vice-Présidente, et le D^r Preben Aavitsland (Norvège), nommé rapporteur. Les experts agissaient à titre personnel et non en tant que représentants de leur pays ou de leur employeur.

3. Le Comité d'examen, appuyé par son secrétariat, a mené ses travaux de septembre 2020 à avril 2021. Outre les 28 réunions plénières hebdomadaires de trois heures chacune, le Comité a mené ses travaux par l'intermédiaire de quatre sous-groupes portant sur la préparation, l'alerte, la riposte et la gouvernance, sous la direction respective du D^r Jean-Marie Okwo-Bele, du D^r Mark Salter, du Professeur James LeDuc et du Professeur Lothar H. Wieler. Les sous-groupes se sont réunis virtuellement pendant une à deux heures chaque semaine jusqu'en avril 2021. Ils ont débattu de questions spécifiques, réalisé des entretiens et rendu compte aux réunions plénières hebdomadaires.

4. Conformément à l'article 51.2 du RSI, le Comité d'examen a également tenu des réunions publiques régulières (sept au total), à chacune desquelles ont assisté plus d'une centaine de représentants désignés d'États Membres, d'entités des Nations Unies et d'acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OMS. Le Comité a également reçu des déclarations écrites de 24 représentants désignés d'États Membres, à titre individuel ou au nom de groupes d'États Membres, ainsi que de quatre représentants d'entités des Nations Unies et d'acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OMS. Le Comité a coordonné ses travaux avec ceux du Comité consultatif de

surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire et du Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie, par l'intermédiaire de leurs secrétariats respectifs et par des appels réguliers entre les présidents et divers membres des comités et du groupe indépendant.

5. Le Comité s'est attaché à répondre aux principales questions relatives au fonctionnement du RSI dans le cadre de la pandémie de COVID-19, telles que la question de savoir ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné dans l'application du Règlement, la question de savoir si les lacunes tenaient uniquement au manque d'application appropriée et de conformité au Règlement, ou encore la question de savoir si les problèmes relèvent du Règlement proprement dit. Le Comité a en outre discuté des mesures possibles pour cristalliser l'attention politique sur le RSI dans le but de parvenir à un niveau bien supérieur d'engagement politique et de détermination envers le respect des obligations liées au Règlement. Des questions spécifiques relatives à chaque axe de travail du mandat du RSI ont par ailleurs été recensées et discutées.

Messages clés

6. Au terme de ses délibérations, le Comité souhaite mettre en évidence huit messages clés dans trois secteurs cruciaux en matière de préparation et d'action en cas d'urgence sanitaire mondiale.

Conformité et responsabilisation

- 1) Le non-respect, par les États Parties, de certaines obligations au titre du RSI, en particulier en matière de préparation, a contribué à ce que la pandémie de COVID-19 soit devenue une urgence sanitaire mondiale de longue durée.
- 2) La responsabilité de l'application du RSI doit être élevée au plus haut niveau d'autorité des États.
- 3) Un mécanisme solide de responsabilisation permettant d'évaluer et d'améliorer le respect des obligations au titre du RSI renforcerait l'état de préparation, la coopération internationale et la notification en temps opportun des événements de santé publique.

Alerte précoce, notification et riposte

- 1) L'alerte précoce est importante pour le déclenchement rapide de l'action, notamment pour permettre au Secrétariat de l'OMS d'utiliser les pouvoirs que lui confère le RSI.
- 2) Une riposte rapide requiert une meilleure collaboration, une meilleure coordination et davantage de confiance.
- 3) L'application du principe de précaution dans la mise en œuvre des mesures liées aux voyages pourrait permettre d'agir rapidement face à un agent pathogène émergent au potentiel pandémique.

Financement et engagement politique

- 1) L'application efficace du RSI requiert un financement prévisible et durable, à la fois au niveau national et au niveau international.
- 2) Une nouvelle ère de coopération internationale est nécessaire pour mieux appuyer l'application du RSI.

Recommandations

7. Les conclusions et les recommandations du Comité d'examen reposent sur les bases factuelles disponibles au 31 mars 2021, dont une centaine d'entretiens. Dès le début de ses délibérations, les membres du Comité sont convenus que les recommandations de celui-ci se devaient d'être exhaustives et pratiques plutôt qu'ambitieuses, afin de déterminer les mesures à prendre pour améliorer le fonctionnement du RSI. Le Comité a formulé les 40 recommandations dans 10 domaines clés exposées ci-après.

Rôle et fonctionnement des points focaux nationaux RSI

1) Les États Parties devraient adopter ou adapter des textes législatifs visant à autoriser les points focaux nationaux RSI à exercer leurs fonctions et à veiller à ce que le point focal national ne soit pas une personne mais bien un centre désigné, organisé de manière appropriée, disposant de ressources adéquates et correctement positionné au sein des pouvoirs publics, avec le niveau hiérarchique et l'autorité requis pour pouvoir assurer des échanges utiles avec l'ensemble des secteurs concernés. Le mandat, la position, le rôle et les ressources du point focal national RSI devraient être clairement définis.

2) L'OMS devrait continuer de collaborer avec les États Parties afin de renforcer les capacités des points focaux nationaux RSI, notamment au moyen de formations et d'ateliers réguliers et ciblés, en particulier aux niveaux national et régional. L'OMS devrait fournir des orientations claires sur les fonctions du point focal national RSI, et documenter et diffuser les meilleures pratiques concernant la désignation et le fonctionnement des centres. L'OMS devrait également évaluer la performance et le fonctionnement des points focaux nationaux RSI selon des critères appropriés et en toute transparence, et consigner les résultats de cette évaluation dans son rapport annuel sur l'application du RSI à l'Assemblée mondiale de la Santé.

3) L'OMS devrait collaborer avec les États Parties en vue d'identifier des parties prenantes supplémentaires, telles que des organisations professionnelles et des institutions universitaires, à même d'appuyer le plaidoyer en faveur du RSI, son application et son suivi, en collaboration avec les points focaux nationaux RSI, le cas échéant, de manière à renforcer et faciliter les mécanismes et réseaux de soutien mutuel aux niveaux régional et mondial.

Principales capacités requises pour la préparation, la surveillance et l'action

1) Les États Parties devraient s'attacher à intégrer les principales capacités en matière de préparation, de surveillance et d'action en situation d'urgence dans le cadre du système de santé et des fonctions essentielles de santé publique, pour faire en sorte que les systèmes nationaux de santé soient suffisamment résilients pour fonctionner efficacement pendant une pandémie ou toute autre situation d'urgence sanitaire. Les États Parties devraient veiller à ce que l'égalité des genres soit intégrée dans le renforcement et le suivi des capacités fondamentales dans le cadre du RSI.

2) L'OMS devrait continuer d'offrir des orientations et un soutien technique aux pays concernant la manière d'intégrer l'évaluation des principales capacités du RSI, ainsi que l'élaboration ultérieure de plans nationaux de préparation, de surveillance et de riposte aux situations d'urgence, dans le cadre des efforts nationaux visant à renforcer les fonctions essentielles de santé publique et à reconstruire des systèmes de santé résilients après la pandémie de COVID-19.

3) L'OMS devrait continuer d'examiner et de renforcer ses outils et processus d'évaluation, de suivi et de notification concernant les principales capacités, en tenant compte des leçons tirées de la pandémie actuelle, notamment des évaluations fonctionnelles, afin de permettre l'analyse précise et l'adaptation dynamique des capacités aux niveaux national et infranational.

Préparation juridique

1) Les États Parties devraient réexaminer régulièrement la législation existante et s'assurer que les cadres juridiques nécessaires sont en place pour : gérer les risques et les situations d'urgence sanitaire ; permettre la création ou la désignation d'un point focal national RSI et des autorités responsables de l'application du RSI ; promouvoir une démarche pangouvernementale ; et appuyer la mise en place et le fonctionnement des principales capacités dans tous les domaines visés aux articles 5 et 13 et à l'annexe 1 du RSI.

2) Les États Parties devraient s'assurer que la législation nationale sur la préparation et l'action en cas de situation d'urgence est en phase avec les dispositions du RSI et en appuient l'application (notamment en vérifiant que le RSI a été intégré dans le cadre juridique national et que la législation nécessaire à son application a été adoptée) ; que la législation requise est en place pour assurer la protection des données à caractère personnel, notamment des voyageurs et des migrants, durant la riposte aux urgences de santé publique de portée internationale et les pandémies ; et que des ressources suffisantes sont disponibles pour permettre la pleine mise en œuvre de la législation existante et des nouvelles lois.

3) L'OMS devrait, en association avec ses partenaires, continuer de mettre au point des outils et des orientations techniques et de développer ses capacités internes afin d'aider les États Parties à utiliser leur législation nationale pour appliquer le RSI de manière cohérente par rapport à sa fonction normative en vertu de la Constitution de l'OMS. Ces outils – des listes de contrôle rapide, des orientations détaillées sur les processus, des documents types et des modèles de textes législatifs, par exemple – devraient viser les caractéristiques et les attributs de la législation nécessaire à l'application du RSI.

Système national de notification et d'alerte

1) Les États Parties devraient transmettre, dès qu'elles sont disponibles, les informations de santé publique dont l'OMS a besoin pour évaluer le risque pour la santé publique associé à un événement notifié ou vérifié, et continuer de communiquer ces informations à l'OMS après la notification ou la vérification, afin que celle-ci puisse procéder à une évaluation fiable des risques. Les États Parties devraient utiliser plus activement le site d'information sur les événements de l'OMS pour communiquer avec les autres États et le Secrétariat de l'Organisation. L'OMS devrait surveiller et documenter le respect, par les pays, de leurs obligations concernant le partage des informations et les demandes de vérification au titre du RSI, et rendre compte de l'application du Règlement dans son rapport annuel à l'Assemblée mondiale de la Santé.

2) L'OMS devrait élaborer un mécanisme permettant aux États Parties de partager automatiquement les informations en temps réel relatives aux situations d'urgence, notamment les informations de séquençage génomique, dont l'OMS a besoin pour l'évaluation des risques, lequel s'appuierait sur les systèmes numérisés régionaux et mondiaux pertinents.

- 3) L'OMS devrait élaborer des options permettant de renforcer et, le cas échéant, de mettre en place une infrastructure mondiale de séquençage génomique, dans le but de tirer le plus grand parti de cette technologie cruciale dans le cadre de la préparation et de l'action face aux pandémies futures.
- 4) Dans le cadre de l'approche « Une seule santé » en matière de préparation, d'alerte, de riposte et de recherche face aux zoonoses émergentes, l'OMS devrait travailler en étroite collaboration avec les États Parties, en association avec l'Organisation mondiale de la santé animale, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et le Programme des Nations Unies pour l'environnement, ainsi qu'avec d'autres réseaux, parties prenantes et partenaires indiqués, pour faire face aux risques d'émergence et de transmission de zoonoses, et assurer une réaction rapide et coordonnée et la fourniture d'une assistance technique le plus tôt possible en cas d'événement aigu.

Évaluation des risques et échange d'informations

- 1) Lorsque l'OMS considère un événement comme posant un risque significatif et que l'État Partie supposément affecté ne répond pas à la demande de vérification de l'Organisation concernant un éventuel événement, et si d'autres informations relatives à l'événement sont déjà dans le domaine public, l'OMS devrait fournir ces informations non vérifiées figurant déjà dans le domaine public concernant l'événement, tout en protégeant la source. Cela permettra aux États Parties : a) de prendre connaissance des signaux qui ont suscité l'inquiétude de l'OMS et de l'état de la demande de vérification de l'OMS ; et b) d'y réagir en fournissant des informations sur l'événement en question.
- 2) L'OMS devrait élaborer des formulaires standard de demande d'informations et de vérification des événements au titre des articles pertinents du RSI. Dans le cadre de la demande d'informations et de vérification, les États Parties devraient fournir les informations dont l'OMS dit avoir besoin pour procéder à l'évaluation des risques. Il peut notamment s'agir d'informations microbiologiques, de données sur l'épidémiologie de l'infection (par exemple schémas de transmission, période d'incubation, taux d'atteinte, incidence), d'informations sur la charge de morbidité (par exemple tableau clinique, taux de létalité) ou encore de renseignements sur les capacités de riposte du système de santé et des services de santé publique. L'OMS devrait diffuser ces formulaires et former les points focaux nationaux RSI à leur utilisation.
- 3) L'OMS devrait exploiter activement et fermement les dispositions de l'article 11 du RSI pour communiquer des informations sur les risques pour la santé publique aux États Parties (y compris des informations non officielles provenant de sources fiables sans obtenir l'accord des États Parties concernés) et devrait rendre compte annuellement à l'Assemblée mondiale de la Santé sur la manière dont elle a appliqué les dispositions de cet article, notamment s'agissant de communiquer des informations non vérifiées aux États Parties par l'intermédiaire du site d'information sur les événements.
- 4) L'OMS devrait renforcer ses interactions informelles avec les États Parties afin d'être en mesure de réaliser des évaluations des risques rapides et de qualité. À cette fin, l'OMS devrait continuer de développer les mécanismes de renforcement de la confiance (par exemple conférences périodiques, séances informelles d'échange d'informations) entre elle et les points focaux nationaux RSI ou les autorités compétentes aux niveaux mondial, régional et des pays.

Comité d'urgence sur la COVID-19 et détermination de l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale

Comité d'urgence

- 1) L'OMS devrait publier son processus décisionnel concernant la convocation d'un Comité d'urgence sur son site Web et veiller à ce qu'il continue de reposer sur une évaluation des risques.
- 2) L'OMS devrait, par l'intermédiaire du site d'information sur les événements, mettre à la disposition des États Parties l'ensemble des informations et de la documentation technique qu'elle transmet au Comité d'urgence pour chacune de ses réunions, notamment les conclusions des évaluations rapides des risques. L'OMS devrait prévoir un délai suffisant pour permettre aux membres du Comité d'urgence de délibérer, de parvenir à une conclusion et de préparer ses conseils au Directeur général. Les membres du Comité d'urgence ne devraient pas être tenus de parvenir à un consensus. En cas de divergences d'opinion, les différents points de vue devraient être consignés dans le rapport du Comité d'urgence, conformément à la règle 12 du mandat de ce dernier.
- 3) L'OMS devrait envisager un appel ouvert à candidats à la Liste d'experts du RSI, conçu de manière à promouvoir la diversité et l'égalité en matière de genre, d'âge, d'origine géographique et de compétences professionnelles, et devrait, de façon générale, accorder davantage d'attention aux dimensions de genre, de géographie et autres aspects de l'égalité et à la planification de la relève (identification et désignation d'experts plus jeunes).

Sonnette d'alarme

- 1) L'OMS devrait adopter une approche plus formelle et plus claire concernant la diffusion des informations relatives aux réunions du Comité d'urgence auprès des États Parties et du public. À cette fin, elle devrait fournir un modèle de déclaration à émettre après chaque réunion, lequel devrait comporter les informations suivantes :
 - les renseignements fournis au Comité d'urgence et le contenu de ses délibérations ;
 - les raisons et les bases factuelles qui ont mené aux conseils du Comité d'urgence ;
 - les différents points de vue exprimés par les membres du Comité d'urgence ;
 - le raisonnement ayant mené à la déclaration ou non, par le Directeur général de l'OMS, d'une urgence de santé publique de portée internationale ;
 - la formulation, la modification, la prorogation ou l'annulation de recommandations temporaires ;
 - la classification des mesures sanitaires recommandées ;
 - l'ampleur d'une urgence de santé publique de portée internationale et les principales mesures de santé publique attendues des États Parties (par exemple vaccination, financement, libération de stocks) ; et
 - la différence entre la déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale et l'identification d'une pandémie.

2) Pour les événements qui ne répondent pas nécessairement aux critères d'une urgence de santé publique de portée internationale mais qui requièrent néanmoins une action de santé publique urgente, l'OMS devrait alerter activement la communauté mondiale. Il conviendrait de mettre au point, sur la base du Bulletin d'information de l'OMS sur les flambées épidémiques en ligne, un nouvel avis mondial d'alerte et d'action (WARN) destiné à informer les pays quant aux actions requises pour faire face rapidement à un événement et éviter qu'il se transforme en crise mondiale. Cet avis devrait contenir l'évaluation des risques par l'OMS, communiquée selon des modalités conformes à l'article 11 du RSI, ainsi que les actions de santé publique requises pour prévenir une urgence de santé publique de portée internationale, et appeler à une action renforcée de la part de la communauté internationale.

Mesures relatives aux voyages

1) Les États Parties devraient adopter une approche fondée sur les risques concernant la mise en œuvre de mesures sanitaires supplémentaires en réponse aux risques pour la santé publique et aux événements aigus de santé publique, notamment ceux dont il a été établi qu'ils constituent une urgence de santé publique de portée internationale ou une pandémie, et procéder à des évaluations fréquentes et régulières des risques et à des réévaluations des mesures en place, selon les conseils de l'OMS. Un examen plus rigoureux est requis pour vérifier que les mesures de santé publique sont nécessaires, proportionnées et non discriminatoires.

2) Les États Parties devraient se conformer à l'article 43 du RSI lorsqu'ils mettent en œuvre des mesures sanitaires supplémentaires qui restreignent le trafic international, en veillant à en respecter à la fois la lettre et l'esprit, notamment en observant strictement les exigences concernant les délais dans lesquels ils doivent informer l'OMS des mesures et de leur justification au regard de la santé publique. Il faudrait envisager de délimiter clairement les responsabilités des États Parties en vertu du RSI concernant l'application de mesures d'isolement et de quarantaine à bord des navires de croisière internationaux, et réfléchir à la recherche des contacts à l'international et à la prise en charge et au rapatriement des passagers de ces croisières.

3) L'OMS devrait appuyer les efforts de recherche visant à étoffer la base de données probantes ainsi que ses recommandations sur l'incidence et l'opportunité des restrictions aux voyages dans le cadre d'une urgence de santé publique de portée internationale ou d'une pandémie. À cet égard, l'OMS devrait examiner l'expression « entrave inutile au trafic international » en vue de parvenir à une interprétation plus pratique et plus consensuelle de cette expression dans le contexte des mesures relatives aux voyages pendant une urgence de santé publique de portée internationale ou une pandémie.

4) L'OMS devrait rendre public son mécanisme de collecte et d'échange d'informations en temps réel concernant les mesures relatives aux voyages, en collaboration avec les États Parties et les partenaires internationaux.

Numérisation et communication

1) L'OMS devrait, en consultation avec les États Parties et les partenaires, élaborer des normes pour la création d'une version numérique du certificat international de vaccination et de prophylaxie. À titre de priorité urgente, l'OMS devrait étudier les questions relatives aux certificats de vaccination numérisés, telles que l'authentification mutuelle et la sécurité des données.

- 2) L'OMS devrait élaborer des normes relatives aux applications de technologie numérique pertinentes dans le cadre des voyages internationaux, garantissant le respect de la vie privée et facilitant un accès équitable à toutes les personnes, y compris celles des pays à faible revenu. Il peut notamment s'agir de mettre au point des technologies numériques permettant la recherche des contacts à l'échelle internationale, ainsi que des options de numérisation de l'ensemble des formulaires sanitaires du RSI.
- 3) L'OMS devrait recourir davantage aux technologies numériques aux fins de la communication entre les points focaux nationaux RSI, et devrait aider les États Parties à renforcer les systèmes informatiques afin de permettre une communication rapide entre les points focaux nationaux RSI, l'OMS et les autres États Parties.
- 4) L'OMS et les États Parties devraient renforcer leurs approches et leurs capacités en matière de gestion de l'information et de l'infodémie, de communication sur les risques et de participation communautaire, de manière à accroître la confiance du public dans les données, les éléments de preuve scientifiques et les mesures de santé publique et à faire barrage aux informations inexacts et aux rumeurs sans fondement. Étant donné que l'acronyme anglais utilisé pour abréger l'expression « urgence de santé publique de portée internationale » – PHEIC – ne figure pas dans le texte du RSI et qu'il est souvent prononcé de la même manière que le mot anglais « fake » ([feɪk]) signifiant « faux », l'OMS et les États Parties devraient envisager d'utiliser un autre acronyme, par exemple PHEMIC.

Collaboration, coordination et financement

- 1) Les États Parties devraient garantir un financement adéquat et durable aux fins de l'application du RSI aux niveaux national et infranational, et fournir un financement adéquat et durable au Secrétariat de l'OMS pour ses travaux en matière de prévention, de détection et de riposte aux flambées épidémiques, conformément aux recommandations du Groupe de travail sur le financement durable mis en place par le Conseil exécutif en janvier 2021.
- 2) L'OMS devrait s'attacher à ce que ses bureaux au niveau du Siège, des Régions et des pays disposent de ressources humaines et financières suffisantes pour pouvoir s'acquitter efficacement des obligations de l'Organisation au titre du RSI, notamment ses fonctions en matière de communication avec les points focaux nationaux RSI ; de renforcement et d'évaluation des principales capacités ; de notification, d'évaluation des risques et d'échange d'informations ; de coordination et de collaboration durant les urgences de santé publique ; et au regard des autres dispositions pertinentes du RSI.
- 3) Les États Parties devraient donner à l'OMS un mandat clair s'agissant de leur fournir un soutien individuel actif lorsqu'elle prend connaissance d'informations sur des événements à haut risque. À l'heure actuelle, ce soutien ne peut être fourni qu'à la demande d'un État Partie. L'OMS devrait continuer de renforcer ses travaux avec les réseaux concernés afin d'offrir et de coordonner un appui technique immédiat dans le cadre d'enquêtes sur des flambées épidémiques et d'évaluations des risques lorsque l'Organisation prend connaissance d'informations sur des événements à haut risque, et ces offres devraient être acceptées par les États Parties. Lorsque ceux-ci n'acceptent pas les offres de soutien, ils devraient justifier promptement leur position par écrit.
- 4) L'OMS devrait établir et mettre en œuvre des procédures et mécanismes clairs de coordination et collaboration intersectorielles en matière de préparation et d'alerte et action rapide face aux événements aigus, notamment face aux urgences de santé publique de portée

internationale, et renforcer les opérations existantes au moyen d'un GOARN élargi et en travaillant avec les équipes médicales d'urgence, le Groupe sectoriel mondial pour la santé et d'autres réseaux indiqués.

5) L'OMS et les États Parties devraient étudier les avantages de l'élaboration d'une convention mondiale sur la préparation et la riposte aux pandémies à l'appui de l'application du RSI. Une telle convention pourra comporter des dispositions relatives à la préparation, à la capacité de réaction et à la riposte dans le cadre d'une pandémie qui ne figurent pas dans le RSI, par exemple concernant des stratégies d'échange rapide d'agents pathogènes, d'échantillons et d'informations sur les séquences génomiques à des fins de surveillance et d'action de santé publique, notamment pour mettre au point des contre-mesures efficaces ; fournir un accès équitable, à l'échelle mondiale, aux avantages découlant de ces échanges ; et permettre le déploiement rapide d'une équipe de l'OMS pour assurer une enquête et une action rapides, maintenir la chaîne d'approvisionnement mondiale et prévenir et gérer les risques zoonotiques dans le cadre de l'approche « Une seule santé ».

6) L'OMS devrait faciliter et appuyer les travaux visant à renforcer les bases factuelles et la recherche sur l'efficacité des mesures sociales et de santé publique dans le cadre des pandémies, de manière à étayer les efforts de préparation, notamment l'élaboration d'orientations et de conseils d'urgence.

Conformité et responsabilité

1) Chaque État Partie devrait informer l'OMS concernant la mise en place de son autorité nationale chargée de l'application globale du RSI, qui sera reconnue et tenue responsable de la fonctionnalité du point focal national RSI et de l'acquittement d'autres obligations au titre du RSI. L'OMS, en consultation avec les États Membres, devrait élaborer un cadre de responsabilité pour les autorités compétentes chargées de l'application du RSI.

2) L'OMS devrait travailler en collaboration avec les États Parties et les parties prenantes concernées à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un mécanisme d'examen périodique universel afin d'évaluer la conformité au RSI, d'en faire rapport et de l'améliorer, et de garantir la responsabilisation au regard des obligations relatives au RSI, au moyen d'une approche multisectorielle et pangouvernementale.

3) Compte tenu de l'expérience de la pandémie de COVID-19 et de la nécessité d'une collaboration multisectorielle, l'OMS devrait poursuivre l'élaboration d'orientations sur la manière de structurer des évaluations rigoureuses, inclusives et faisant intervenir l'ensemble des pouvoirs publics ainsi que d'autres activités de préparation, et devrait collaborer avec les États Membres en vue de mobiliser les parties prenantes au-delà du secteur de la santé pour identifier et combler les lacunes au niveau des pays en matière de préparation.

4) L'OMS devrait collaborer avec les organismes internationaux de droits de l'homme afin de surveiller les actions des États Parties durant les situations d'urgence sanitaire et de rappeler régulièrement l'importance de respecter les principes internationaux en matière de droits de l'homme, notamment la protection des données à caractère personnel et de la confidentialité, comme convenu par les États Parties dans le RSI.

Progrès au regard des recommandations des Comités d'examen précédents

8. Le Comité avait notamment pour tâche d'examiner les progrès réalisés au regard des recommandations des trois précédents Comités d'examen du RSI. Au vu de la similitude de certaines des recommandations émises par les quatre Comités d'examen, il est clair que, si des progrès ont certes été réalisés, la mise en œuvre s'est avérée inégale et la cadence des changements depuis 2011 a été trop lente : si des suites avaient été données aux recommandations formulées en 2011, 2015 et 2016, les États Parties et l'OMS auraient été mieux préparés face à la COVID-19. Une fois terminée la pandémie de COVID-19, le Comité recommande de procéder à une évaluation plus exhaustive, axée sur la manière dont les recommandations des Comités précédents ont été mises en œuvre aux niveaux national et régional, ainsi qu'au Siège de l'OMS. Pour l'heure, ni les États Parties ni l'OMS n'ont le temps et les ressources nécessaires pour entreprendre cette tâche.

Perspectives d'avenir

9. Le Comité est d'avis que ses 40 recommandations devraient être mises en œuvre sans retard. Il revient toutefois aux États Parties de décider quelles recommandations adopter et comment les mettre en œuvre. Il est clair que des systèmes nationaux de santé durables et accessibles à tous constituent un fondement essentiel de la préparation et de l'action face aux urgences sanitaires mondiales, et qu'une collaboration internationale efficace repose sur la confiance et la transparence. Or, aucun de ces deux objectifs ne peut être atteint sans que l'autre le soit également, il s'agit des deux faces d'une même médaille. Le monde doit être préparé à mieux réagir à la prochaine urgence de santé publique de portée internationale, a fortiori si celle-ci a le potentiel de prendre l'ampleur d'une pandémie. Les changements nécessaires pour permettre l'application efficace du RSI doivent faire l'objet d'une action urgente, et non d'années de négociations politiques.

1. INTRODUCTION ET CONTEXTE

1.1 Brève présentation du RSI

1. Le Règlement sanitaire international (2005) (ci-après dénommé le « RSI » ou le « Règlement ») est un instrument de droit international qui a force obligatoire pour 196 États Parties, dont les 194 États Membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ainsi que pour le Secrétariat de l'OMS. Comme mentionné à l'article 2, son objet et sa portée consistent à « prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux ».

2. Le précurseur du RSI, le Règlement sanitaire international de 1951, a été adopté par la Quatrième Assemblée mondiale de la Santé. Le Règlement s'appliquait à l'origine à six maladies, réduites en 1981 au nombre de trois – le choléra, la peste et la fièvre jaune. Le processus de révision a débuté en 1995 suite à la prise de conscience par les pays du fait que le risque de propagation internationale était associé à de nombreuses maladies qui n'étaient pas couvertes par le Règlement. Il a fallu 10 ans aux États Membres pour élaborer et négocier les 66 articles de la version actuelle du RSI et parvenir à un accord à leur sujet.

3. En 2001, le processus de révision a été fortement influencé par un glissement politique vers la notion nouvelle de sécurité sanitaire (publique) mondiale, ainsi que par la résolution novatrice WHA54.14 (2001) intitulée « Sécurité sanitaire mondiale : alerte et action en cas d'épidémie ». En 2003, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) a pris le monde par surprise. Le Secrétariat de l'OMS et la communauté mondiale ont pris des mesures audacieuses sans avoir l'avantage de pouvoir s'appuyer sur un cadre sanitaire et juridique adéquat pour mener la riposte. Le SRAS a révélé qu'il était urgent d'élaborer un nouvel ensemble de règles pour prévenir les menaces de maladies à l'échelle internationale, s'en protéger, les maîtriser et y réagir par une action de santé publique. Le processus de révision du RSI est devenu une grande priorité pour l'ensemble des États Membres de l'OMS, qui sont parvenus à se mettre d'accord sur un nouvel ensemble de règles dans un délai de 18 mois. Le RSI a été adopté à l'unanimité par l'Assemblée mondiale de la Santé le 23 mai 2005 et est entré en vigueur le 15 juin 2007.

Règlements ou conventions comme instruments de droit international

4. Le Règlement de Nomenclature de l'OMS de 1967, le Règlement sanitaire international et la Convention-cadre pour la lutte antitabac sont les seuls exemples d'utilisation, par les États Membres de l'OMS, du pouvoir normatif que leur confère la Constitution de l'OMS¹ pour adopter des instruments de droit international juridiquement contraignants. À la différence des **conventions** envisagées dans la Constitution de l'Organisation, qui doivent être acceptées par les États Membres « conformément à ses règles constitutionnelles »² (c'est-à-dire par ratification, selon le principe d'accord explicite), les **règlements** « entrent en vigueur pour tous les États Membres, leur adoption par l'Assemblée de la Santé ayant été dûment notifiée »,³ sauf si le pays fait connaître au Directeur général qu'il les refuse ou fait des réserves à leur sujet (c'est-à-dire selon le principe dérogatoire). En

¹ Voir les articles 19 à 22 de la Constitution de l'OMS.

² Article 19 de la Constitution de l'OMS.

³ Article 22 de la Constitution de l'OMS.

d'autres termes, les États Membres sont automatiquement liés par le RSI, sauf s'ils le refusent explicitement, et ce, dans le délai imparti. En l'absence de rejet ou de réserves formels, les droits et obligations imposés par le Règlement sont juridiquement contraignants pour l'OMS et les États Membres, qui ne doivent pas nécessairement le signer ou le ratifier. Son caractère contraignant est ancré dans la Constitution de l'OMS, qui est elle-même un traité international ratifié par l'ensemble des États Membres.

1.2 Mandat et rapport du Comité d'examen sur la COVID-19

5. Le Comité d'examen du fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) pendant la riposte à la COVID-19 a été convoqué par le Directeur général le 8 septembre 2020 comme demandé par les États Membres dans la résolution WHA73.1 et conformément à l'article 50 du RSI. Le Comité était composé de 20 membres sélectionnés et nommés par le Directeur général parmi les personnes inscrites sur la Liste d'experts du RSI en veillant à assurer une large gamme de compétences et une représentation géographique et entre les sexes équilibrée (voir les détails à l'appendice I). Le Professeur Lothar H. Wieler (Allemagne) a été désigné Président du Comité, appuyé par la Professeure Lucille Blumberg (Afrique du Sud) en qualité de Vice-Présidente, et le D^r Preben Aavitsland (Norvège), nommé rapporteur. Les experts agissaient à titre personnel et non en tant que représentants de leur pays ou de leur employeur.

6. En vertu de la résolution WHA73.1, le Comité avait pour mandat d'examiner le fonctionnement du RSI dans le cadre de la riposte à la COVID-19, compte tenu des dispositions pertinentes du RSI, au regard, notamment, des aspects suivants :

- alerte en cas d'épidémie, vérification et évaluation des risques, échange d'informations et communication ;
- coordination et collaboration internationales, notamment le rôle des points focaux nationaux RSI ;
- modalités de travail du Comité d'urgence et déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale, notamment en ce qui concerne l'établissement d'un niveau d'alerte intermédiaire ;
- mesures sanitaires supplémentaires mises en œuvre par les États Parties en matière de voyages internationaux ;
- mise en œuvre et notification des principales capacités du RSI, notamment concernant l'éventuelle mise en place de procédures d'examen par des pairs ; et
- progrès réalisés dans la mise en œuvre des recommandations des précédents Comités d'examen du RSI.

7. Le présent document constitue le rapport du Comité d'examen, présenté au Directeur général préalablement à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé. Bien que la mise en œuvre de ses recommandations soit vitale pour parvenir à un meilleur état de préparation pour la prochaine crise, il se peut que d'autres leçons puissent être tirées lorsque cette pandémie de longue durée aura enfin été maîtrisée.

2. MÉTHODES DE TRAVAIL

8. Le Comité d'examen, appuyé par son secrétariat, a mené ses travaux de septembre 2020 à avril 2021. Outre les 28 réunions plénières hebdomadaires de trois heures chacune, le Comité a mené ses travaux par l'intermédiaire de quatre sous-groupes portant sur la préparation, l'alerte, la riposte et la gouvernance, sous la direction respective du D^r Jean-Marie Okwo-Bele, du D^r Mark Salter, du Professeur James LeDuc et du Professeur Lothar H. Wieler. Les sous-groupes se sont réunis virtuellement pendant une à deux heures chaque semaine jusqu'en avril 2021. Ils ont débattu de questions spécifiques, réalisé des entretiens et rendu compte aux réunions plénières hebdomadaires.

9. Conformément à l'article 51.2 du RSI, le Comité d'examen a également tenu des réunions publiques régulières (sept au total), à chacune desquelles ont assisté plus d'une centaine de représentants désignés d'États Membres, d'entités des Nations Unies et d'acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OMS. Le Comité a également reçu des déclarations écrites de 24 représentants désignés d'États Membres, à titre individuel ou au nom de groupes d'États Membres, ainsi que de quatre représentants d'entités des Nations Unies et d'acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OMS.

10. Le Comité s'est entretenu avec les Présidents de chacun des précédents Comités d'examen du RSI, les Présidents de l'actuel Comité d'urgence et des Comités d'urgence précédents, le chef du Service de l'Examen périodique universel du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, le Président du Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence, le Président et le Vice-Président du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, neuf points focaux nationaux RSI (Canada, Chine, Espagne, États-Unis d'Amérique, Finlande, Indonésie, Italie, Sierra Leone et Sri Lanka), des chercheurs dans le domaine des mesures relatives aux voyages, ainsi que des membres du personnel du Siège de l'OMS, de ses six bureaux régionaux et de quatre bureaux de pays (Chine, Indonésie, Somalie et Thaïlande). Toutes les personnes interrogées sont nommées dans les remerciements.

11. Le secrétariat du RSI a fourni au Comité des documents d'information et des documents complémentaires utiles au sujet de la préparation, des fonctions des points focaux nationaux RSI, des mesures relatives aux voyages, de la communication, du financement, de la législation nationale et de la mise en œuvre des recommandations des précédents Comités d'examen du RSI. Tous les documents présentés au Comité et examinés par lui sont énumérés dans l'appendice 2.

12. Le Président a fourni des mises à jour aux États Membres lors de la reprise des travaux de la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé le 9 novembre 2020,¹ à la cent quarante-huitième session du Conseil exécutif, le 12 janvier 2021, au cours de laquelle il a présenté le rapport intérimaire du Comité d'examen,² et à une séance d'information organisée à Genève par l'OMS à l'intention des missions des États Membres auprès des Nations Unies le 11 mars 2021.

13. Le Comité a coordonné ses travaux avec ceux du Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire et du Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie, par l'intermédiaire de leurs secrétariats respectifs et par des appels réguliers entre les présidents et divers membres des comités et du groupe indépendant.

¹ https://www.who.int/docs/default-source/documents/ihr/chair-statement-resumedwha73-final9nov2020.pdf?sfvrsn=142be790_2 (consulté le 26 avril 2021).

² Document EB148/19 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_19-fr.pdf, consulté le 26 avril 2021).

14. Le Comité s'est attaché à répondre aux principales questions relatives au fonctionnement du RSI dans le cadre de la pandémie de COVID-19, telles que la question de savoir ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné dans l'application du Règlement, la question de savoir si les lacunes tenaient uniquement au manque d'application appropriée et de conformité au Règlement, ou encore la question de savoir si les problèmes relèvent du Règlement proprement dit. Le Comité a en outre discuté des mesures possibles pour cristalliser l'attention politique sur le RSI dans le but de parvenir à un niveau bien supérieur d'engagement politique et de détermination envers le respect des obligations liées au Règlement. Les questions spécifiques relatives à chaque axe de travail du mandat du RSI sont abordées dans la section 3.

3. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

15. Les sections suivantes présentent les conclusions et les recommandations du Comité d'examen concernant les principales fonctions du RSI, conformément au mandat qui lui a été confié, à savoir : les points focaux nationaux RSI ; les principales capacités ; la notification, l'alerte, l'évaluation des risques et l'échange d'informations ; le Comité d'urgence et la détermination de l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale ; les mesures relatives aux voyages ; et la coordination, la communication et la collaboration. Trois aspects supplémentaires, qui n'ont pas été abordés par les précédents Comités d'examen du RSI, sont également présentés, à savoir ceux de la préparation juridique, de la numérisation et la communication, et de la conformité et la responsabilisation. Pour chaque domaine abordé, le Comité présente la justification de l'examen de la fonction concernée ainsi que les dispositions pertinentes du RSI, un résumé de ses conclusions et ses recommandations.

3.1 Rôle et fonction des points focaux nationaux RSI

Justification et dispositions pertinentes du RSI

16. L'article 4.1 du RSI stipule que chaque État Partie doit désigner ou mettre en place un point focal national RSI ainsi que les autorités responsables de la mise en œuvre des mesures sanitaires prévues au titre du Règlement, dont il doit actualiser en permanence les coordonnées et les confirmer annuellement à l'OMS. Les points focaux nationaux RSI, qui doivent être joignables en permanence, ont deux fonctions au titre de l'article 4.2 du RSI : 1) adresser aux points de contact RSI à l'OMS les communications urgentes, notamment les communications relatives aux événements ; et 2) diffuser des informations de l'OMS auprès des secteurs compétents de l'État Partie et rassembler les informations communiquées par ces secteurs. Le Comité s'est attaché à comprendre : 1) la structure et le fonctionnement des points focaux nationaux RSI ainsi que leurs interactions avec les différents secteurs gouvernementaux ; et 2) la manière dont ils s'acquittent de leur mandat et de leur portée (en vertu du Règlement) dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Conclusions

17. Les points focaux nationaux ont pour fonction première au titre du RSI de rassembler les informations provenant des différents secteurs et d'assurer la communication avec l'OMS. Ils devraient jouer un rôle central en matière de facilitation des communications avec l'OMS et d'appui à la communication des informations en temps opportun. Le Comité a constaté des différences considérables dans la manière dont les points focaux nationaux RSI sont organisés et le point de vue des pays quant à leur rôle. Il est important que les points focaux nationaux RSI disposent d'un mandat juridique et gouvernemental clair afin de pouvoir exercer leurs fonctions et de bien s'intégrer au sein des structures institutionnelles publiques et des processus décisionnels. Cependant, ils ne bénéficient

pas dans tous les pays d'un tel mandat. Si les États Parties sont tenus de veiller à ce que les points focaux nationaux RSI puissent exécuter leurs fonctions conformément à l'article 4 du RSI, celui-ci indique uniquement qu'il doit s'agir d'un « centre », sans préciser comment il doit être organisé. De nombreux points focaux nationaux RSI ne sont toujours pas établis en tant que bureau ou centre national ; dans certains pays, il s'agit d'une personne.

18. Le Comité a noté que les points focaux nationaux RSI ont souvent peu ou pas d'autorité et que, de ce fait, ils ont du mal à interagir directement avec d'autres organismes ou secteurs (par exemple celui de la santé animale) et à déclencher des prises de décisions par les autorités sanitaires nationales. Par ailleurs, nombre de points focaux nationaux RSI ne participent pas à la planification des situations d'urgence à l'échelle nationale, aux comités sanitaires nationaux ou à des organes analogues. Le Comité a pris note des résultats d'une enquête sur les points focaux nationaux RSI commandée en 2019 par l'OMS, laquelle a recensé des difficultés analogues.¹

19. Selon la base de données de l'OMS sur les points focaux nationaux RSI, le Comité a appris que 80 % des États Parties situent leur point focal national RSI au sein du ministère de la santé (n=154), tandis que les autres sont hébergés au sein d'instituts ou d'organismes de santé publique. Les bureaux régionaux de l'OMS interagissent au quotidien avec les points focaux nationaux RSI, ce qui semble avoir contribué à renforcer les capacités de ces derniers. Les ateliers régionaux de formation organisés par l'OMS contribuent à renforcer les capacités, permettent des contacts réguliers entre points focaux nationaux RSI et facilitent l'apprentissage mutuel. Le Comité a discuté de la question de savoir si un réseau de parties prenantes nationales (autre que le réseau de points focaux nationaux RSI), couvrant des domaines dépassant le mandat des points focaux nationaux RSI, habilité à prendre des décisions politiques ou opérationnelles au nom de l'État Partie, permettrait une application plus opérationnelle et dynamique du RSI. Il s'est également penché sur la question de savoir si des réunions ou instances intergouvernementales mondiales ou régionales accroîtraient la sensibilisation et un meilleur soutien à l'application du RSI et à la responsabilisation envers celui-ci. Le Comité a estimé que des réseaux tels que l'Association internationale des instituts nationaux de santé publique (IANPHI) pourraient mieux faire connaître le RSI à l'échelle mondiale et dans les différents secteurs publics.

Recommandations

1) Les États parties devraient adopter ou adapter des textes législatifs visant à autoriser les points focaux nationaux RSI à exercer leurs fonctions et veiller à ce que le point focal national ne soit pas une personne mais bien un centre désigné, organisé de manière appropriée, disposant de ressources adéquates et correctement positionné au sein des pouvoirs publics, avec le niveau hiérarchique et l'autorité requis pour pouvoir assurer des échanges utiles avec l'ensemble des secteurs concernés. Le mandat, la position, le rôle et les ressources du point focal national RSI devraient être clairement définis.

2) L'OMS devrait continuer de collaborer avec les États Parties afin de renforcer les capacités des points focaux nationaux RSI, notamment au moyen de formations et d'ateliers réguliers et ciblés, en particulier aux niveaux national et régional. L'OMS devrait fournir des orientations claires sur les fonctions du point focal national RSI, et documenter et diffuser les meilleures pratiques concernant la désignation et le fonctionnement des centres. L'OMS devrait également évaluer la performance et le fonctionnement des points focaux nationaux RSI selon des critères appropriés et en toute transparence, et consigner les résultats de cette évaluation dans son rapport annuel sur l'application du RSI à l'Assemblée mondiale de la Santé.

¹ <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-021-00675-7> (consulté le 26 avril 2021).

3) L'OMS devrait collaborer avec les États Parties en vue d'identifier des parties prenantes supplémentaires, telles que des organisations professionnelles et des institutions universitaires, à même d'appuyer le plaidoyer en faveur du RSI, son application et son suivi, en collaboration avec les points focaux nationaux RSI le cas échéant, de manière à renforcer et faciliter les mécanismes et réseaux de soutien mutuel aux niveaux régional et mondial.

3.2 Principales capacités requises pour la préparation, la surveillance et l'action

Justification et dispositions pertinentes du RSI

20. En vertu des articles 5 et 13 du RSI, les États Parties sont tenus de mettre en place, de renforcer et d'entretenir des capacités de surveillance et d'action, lesquelles sont décrites à l'annexe 1 du Règlement. L'article 44.2.a) stipule que l'OMS doit collaborer, dans la mesure du possible, avec les États Parties pour « évaluer et apprécier leurs capacités de santé publique afin de faciliter l'application efficace du présent Règlement ». L'article 54 stipule quant à lui que les États Parties et le Directeur général doivent rendre compte à l'Assemblée mondiale de la Santé sur l'application du Règlement. Cette reddition de comptes se fait annuellement, tel que décidé par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA61.2 (2008).

21. Afin de faciliter la communication des informations et de permettre l'évaluation des capacités de santé publique, l'OMS a élaboré un cadre de suivi et d'évaluation du RSI à quatre composantes : le rapport annuel d'autoévaluation des États Parties ; des évaluations externes conjointes volontaires ; des examens a posteriori ; et des exercices de simulation. Dans le cadre de la pandémie actuelle de COVID-19, l'OMS a également proposé des examens en cours d'intervention, au titre desquels les pays examineraient périodiquement leur riposte nationale et infranationale à la COVID-19.

22. Le Comité d'examen a cherché à apprécier dans quelle mesure les principales capacités visées à l'annexe 1 du RSI sont suffisantes pour appuyer une riposte efficace en situation d'urgence sanitaire, notamment face aux menaces pandémiques, si des capacités supplémentaires s'avèrent nécessaires ou si des efforts additionnels sont requis pour renforcer les capacités existantes.

Conclusions

23. Selon les données communiquées à l'OMS par les États Parties, la grande majorité des pays ont actuellement un niveau faible ou modéré de préparation à l'échelle nationale. En outre, il a été fait état de faibles capacités en termes de préparation et d'action en situation d'urgence aux points d'entrée. Le Comité d'examen a constaté que l'attribution d'un score de capacités principales au titre du RSI n'est pas à elle seule un bon facteur prédictif de la riposte à une pandémie.

24. Cependant, selon les analyses de l'OMS, la dynamique créée par l'élaboration de plans nationaux ou la réalisation d'évaluations externes des principales capacités requises par le RSI a favorisé une meilleure collaboration multisectorielle, ce qui s'est avéré bénéfique pour la riposte à la pandémie.

25. Le Comité a également noté que les outils et processus actuels doivent être révisés de manière à tenir compte des lacunes critiques que la pandémie de COVID-19 a mises au jour en termes de préparation aux pandémies (en matière de gouvernance, de lacunes et de capacités infranationales, de fonctions essentielles de santé publique telles que le diagnostic/dépistage, la recherche des contacts et les capacités de traitement) ; des innovations (surveillance du séquençage génomique, technologies numériques) ; des effets des crises sanitaires sur la santé mentale ; et de la collaboration

intersectorielle à l'échelle nationale, en termes d'adoption d'une approche « Une seule santé » englobant la santé humaine, animale et environnementale.¹

26. Il a été constaté qu'une combinaison de mesures statiques des principales capacités et d'évaluations dynamiques au moyen d'évaluations externes, d'exercices de simulation et d'examens a posteriori fournit un tableau plus complet, à la fois de l'existence et de la fonctionnalité des capacités. De plus, ignorer la dimension du genre des flambées épidémiques entrave la gestion de la prévention et de la riposte, dès lors que cela masque des facteurs de risque et des tendances critiques, et ne tient pas compte de l'expérience et des perspectives, notamment des premières lignes de la riposte à la COVID-19. Tous les volets de la riposte doivent tenir dûment compte des questions de genre, conformément à l'article 3.1 du RSI. Il est nécessaire d'adopter une approche qui tienne compte des différences entre les sexes en matière de collecte et d'analyse des données de sécurité sanitaire et de gestion de la riposte.

27. La mise en œuvre de mesures sanitaires au titre du RSI selon des approches pansociétales dans le cadre de la riposte des États Parties à la pandémie de COVID-19 s'est avérée inégale et insuffisante, ce qui a mené aux perturbations catastrophiques des services de santé et au bouleversement socioéconomique que l'on sait. L'ampleur et les difficultés de la COVID-19 se sont avérées insurmontables pour de nombreux pays, notamment des pays qui avaient pourtant un score d'évaluation élevé.

Recommandations

- 1) Les États Parties devraient s'attacher à intégrer les principales capacités en matière de préparation, de surveillance et d'action en situation d'urgence dans le cadre du système de santé et des fonctions essentielles de santé publique, pour faire en sorte que les systèmes nationaux de santé soient suffisamment résilients pour fonctionner efficacement pendant une pandémie ou toute autre situation d'urgence sanitaire. Les États Parties devraient veiller à ce que l'égalité des genres soit intégrée dans le renforcement et le suivi des capacités fondamentales dans le cadre du RSI.
- 2) L'OMS devrait continuer d'offrir des orientations et un soutien technique aux pays concernant la manière d'intégrer l'évaluation des principales capacités du RSI, ainsi que l'élaboration ultérieure de plans nationaux de préparation et de riposte aux situations d'urgence, dans le cadre des efforts nationaux visant à renforcer les fonctions essentielles de santé publique et à reconstruire des systèmes de santé résilients après la pandémie de COVID-19.
- 3) L'OMS devrait continuer d'examiner et de renforcer ses outils et processus d'évaluation, de suivi et de notification concernant les principales capacités, en tenant compte des leçons tirées de la pandémie actuelle, notamment des évaluations fonctionnelles, afin de permettre l'analyse précise et l'adaptation dynamique des capacités aux niveaux national et infranational.

¹ <https://www.who.int/fr/news-room/q-a-detail/one-health> (consulté le 27 avril 2021).

3.3 Préparation juridique

Justification et dispositions pertinentes du RSI

28. Un des quatre principes sur lesquels repose le RSI et décrit dans l'article 3.4 du Règlement est le droit souverain des États Parties de « légiférer et de promulguer la législation en vue de la mise en œuvre de leurs politiques en matière de santé. Ce faisant, ils doivent favoriser les buts du présent Règlement. » En outre, en vertu de l'article 44.1.d) du RSI, les États Parties devraient collaborer en vue de « formuler des projets de loi et d'autres dispositions juridiques et administratives aux fins de l'application du présent Règlement ». Par ailleurs, l'article 57.2 du RSI stipule qu'« aucune disposition du présent Règlement n'interdit aux États Parties qui ont certains intérêts communs [...] de conclure des traités ou arrangements distincts pour faciliter l'application du présent Règlement ». L'article 59.3, qui établit la présomption selon laquelle les États Parties procèdent à l'examen et à l'ajustement des dispositions législatives et administratives nationales de manière à pouvoir donner plein effet au RSI, est tout aussi important.

29. Compte tenu de ces références dans le RSI, le Comité d'examen a abordé la question de la « préparation juridique » comme sous-catégorie importante de la « préparation ». La notion de « préparation juridique » s'entend de « l'obtention, par un système de santé publique, [...] des repères juridiques essentiels à son état de préparation ». ¹ « Les quatre éléments fondamentaux de la préparation juridique aux urgences de santé publique ont été identifiés comme suit : 1) lois – autorités juridiques fondées sur la science et les principes contemporains de jurisprudence ; 2) compétences – professionnels connaissant le cadre juridique dans lequel ils évoluent et sachant comment appliquer la loi aux objectifs de santé publique ; 3) coordination – en vue de mettre en œuvre des actions fondées sur le droit dans l'ensemble des ressorts juridiques et des secteurs ; et 4) information – concernant les meilleures pratiques en termes de lois relatives aux situations d'urgence de santé publique et les politiques prometteuses ». ² Par « législation », on entend les lois élaborées sous l'autorité d'un corps législatif ainsi que les mesures législatives secondaires telles que les décrets, règlements, déclarations, avis, décrets présidentiels et autres instruments législatifs.

30. Bien qu'aucune recommandation des Comités d'examen précédents ne mentionne la législation nationale, le Comité a décidé que, dans le cadre de la COVID-19, il est impératif d'examiner en quoi elle renforce ou au contraire entrave la riposte des États Parties. Cependant, il n'a pas été possible de réaliser une étude mondiale exhaustive sur la manière dont les États Parties utilisent leur législation existante et dont ils créent de nouveaux textes législatifs durant la pandémie. Le Comité d'examen s'est entretenu avec des experts juridiques de Finlande, de la République de Corée, de Sierra Leone et de Sri Lanka, ainsi qu'avec des membres du personnel des bureaux régionaux de l'OMS. Il a également examiné une étude commandée par le secrétariat du RSI sur l'utilisation de la législation nationale dans le cadre de la COVID-19.

¹ Moulton A., Gottfried R. N., Goodman R. A., Murphy A. M., Rawson R. D. What Is Public Health Legal Preparedness? 31 (Supp. 4) J.L. MED. ETHICS 672, 672–83 (2003). (<https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-law-medicine-and-ethics/article/abs/what-is-public-health-legal-preparedness/E2DB14FF964CEAF6B1BA1B00346E2EB1>, consulté le 27 avril 2021).

² <https://www.cdc.gov/phlp/docs/legal-preparedness-competencies.PDF> (consulté le 27 avril 2021).

Conclusions

31. Le Comité a noté que durant une urgence de santé publique, les dispositions juridiques peuvent être utilisées pour mettre sur pied des groupes de travail ou des comités chargés de la riposte à la situation d'urgence, ainsi que pour légiférer sur les mesures de santé publique appropriées, notamment, selon le cas, pour limiter et restreindre les activités et les mouvements communautaires, restreindre la circulation transfrontalière et permettre la protection des groupes vulnérables. Pratiquement tous les États Parties ont eu recours à la législation dans le cadre de leur riposte à la COVID-19 (par exemple à des fins de surveillance, de recherche des contacts, de collecte de données, de gestion des points d'entrée et de sortie des citoyens et/ou des voyageurs ou encore de mesures de quarantaine). La législation a également été utilisée pour émettre des ordonnances et des consignes, limiter les activités et la liberté de circulation (et réguler le télétravail), protéger les groupes vulnérables, protéger les droits de l'homme de manière générale, exiger la vaccination ou le dépistage, et réglementer et fixer des normes concernant le personnel sanitaire, les médicaments, le matériel médical et la télémédecine.

32. Dans le cadre de l'enquête commandée par le secrétariat du RSI, les États Parties qui ont modifié leur législation relative aux urgences sanitaires après les flambées de SRAS, de H1N1 ou du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) se sont dits mieux préparés juridiquement pour faire face à la COVID-19. Cependant, dans de nombreux États Parties, la législation en matière de santé publique était obsolète ou inadaptée. Par exemple, le manque de souplesse des lois sur la gestion des finances publiques et les achats empêchait d'accélérer l'achat de médicaments et d'autres produits médicaux. Une approche pangouvernementale coordonnée s'avérait difficile lorsque les différentes lois réglementant les fonctions et les pouvoirs aux niveaux politiques infranationaux ne délimitaient pas clairement les liens hiérarchiques et n'étaient pas harmonisées. Dans certains pays, les efforts visant à optimiser le recours aux personnels de santé étaient entravés par les lois sur l'enregistrement des praticiens, qui ne permettaient pas l'enregistrement d'urgence des étudiants de dernière année et des praticiens à la retraite. D'autres pays, qui avaient recours à de telles procédures d'enregistrement d'urgence, ont pu mobiliser des personnels supplémentaires à l'appui de la riposte à la COVID-19.

33. De nombreux États Parties ont promulgué de nouveaux textes législatifs pendant la pandémie de COVID-19. Il s'agissait bien souvent de mesures prises par le pouvoir exécutif (décrets, règlements, avis et ordonnances) pour rendre possibles des interventions nécessaires et rapides dans le domaine des activités publiques, telles que des mesures de quarantaine et d'isolement ou encore imposant le port du masque ou la distanciation physique. La législation a également été utilisée pour atténuer les effets du ralentissement des activités commerciales sur les acteurs économiques affectés, pour contrôler la publication d'informations et lutter contre les fausses informations, pour encourager la participation du secteur privé et introduire une certaine souplesse dans les systèmes existants afin de permettre aux parlements de siéger, aux tribunaux de fonctionner et donc de préserver la gouvernance et l'état de droit. La pandémie n'étant pas encore terminée, le travail législatif relatif à la COVID-19 se poursuit et l'on acquiert dans le monde entier une vaste expérience qui s'avèrera utile dans le cadre des analyses futures. Cependant, bon nombre des mesures juridiques adoptées en réponse à la COVID-19 sont des lois d'urgence, qu'il convient d'examiner au regard du respect des droits de l'homme fondamentaux.

34. Le Comité a noté que, bien que les réformes des lois et l'élaboration de textes législatifs prennent du temps, envisager des réformes législatives bien avant une crise sanitaire est un aspect important de la préparation. L'expérience des pays montre par ailleurs que l'architecture législative de base doit être en place, comprise, administrée, financée et pleinement mise en œuvre avant la survenue d'une urgence sanitaire.

35. Le Comité a noté que l'article 63 de la Constitution de l'OMS prévoit que les États Membres communiquent promptement à l'Organisation « les lois, règlements, rapports officiels et statistiques importants concernant la santé publique ... » et que, de 1948 à 1999, l'OMS rassemblait ces communications et les publiait dans le Recueil international de Législation sanitaire. Toutefois, l'OMS ne dispose pas, à l'heure actuelle, d'un registre central de textes législatifs relatifs à la santé. En outre, la fourniture d'assistance technique aux pays en matière de législation nationale se fait de manière ponctuelle aux trois niveaux de l'Organisation.

Recommandations

1) Les États Parties devraient réexaminer régulièrement la législation existante et s'assurer que les cadres juridiques nécessaires sont en place pour : gérer les risques et les situations d'urgence sanitaire ; permettre la création ou la désignation d'un point focal national RSI et des autorités responsables de l'application du RSI ; promouvoir une démarche pangouvernementale ; et appuyer la mise en place et le fonctionnement des principales capacités dans tous les domaines visés aux articles 5 et 13 et à l'annexe 1 du RSI.

2) Les États Parties devraient s'assurer que la législation nationale sur la préparation et l'action en situation d'urgence est en phase avec les dispositions du RSI et en appuient l'application (notamment en vérifiant que le RSI a été intégré dans le cadre juridique national et que la législation nécessaire à son application a été adoptée) ; que la législation requise est en place pour assurer la protection des données à caractère personnel, notamment des voyageurs et des migrants, durant la riposte aux urgences de santé publique de portée internationale et les pandémies ; et que des ressources suffisantes sont disponibles pour permettre la pleine mise en œuvre de la législation existante et des nouvelles lois.

3) L'OMS devrait, en association avec ses partenaires, continuer d'élaborer des outils et des orientations techniques et de développer ses capacités internes afin d'aider les États Parties à utiliser leur législation nationale pour appliquer le RSI de manière cohérente par rapport à sa fonction normative en vertu de la Constitution de l'OMS. Ces outils – des listes de contrôle rapide, des orientations détaillées sur les processus, des documents types et des modèles de textes législatifs, par exemple – devraient viser les caractéristiques et les attributs de la législation nécessaire à l'application du RSI.

3.4 Système national de notification et d'alerte

Justification et dispositions pertinentes du RSI

36. Les articles 6, 7 et 9 du RSI contiennent des dispositions qui obligent les États Parties à notifier à l'OMS les événements de santé publique susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale.¹ En vertu de l'article 6.1 du RSI, les États Parties sont tenus d'évaluer si un risque de santé publique ou un événement aigu de santé publique qui survient sur leur territoire doit être notifié à l'OMS au moyen de l'instrument de décision présenté à l'annexe 2. Le RSI stipule que la notification doit avoir lieu dans les 24 heures suivant l'évaluation des informations de santé publique, toutefois, il ne précise pas de délai pour la réalisation d'une telle évaluation. Les informations relatives

¹ Une urgence de santé publique de portée internationale est définie dans l'article premier du RSI comme « un événement extraordinaire dont il est déterminé, comme prévu dans le Règlement, i) qu'il constitue un risque pour la santé publique dans d'autres États en raison du risque de propagation internationale de maladies ; et ii) qu'il peut requérir une action internationale coordonnée ».

aux événements de santé publique peuvent tomber dans le domaine public un certain temps avant que les États Parties ne terminent leur évaluation et soient en mesure de notifier l'OMS. Dans de telles situations, le RSI requiert que l'OMS demande la vérification de tels rapports par l'État Partie. Conformément aux articles 9 et 10 du RSI, les États Parties sont obligés de confirmer à l'OMS la réception de la demande de vérification dans les 24 heures et de lui fournir des informations de santé publique sur le statut de l'événement visé dans la demande de l'OMS.

37. Après une notification ou une demande de vérification, les États Parties doivent continuer de communiquer en temps voulu à l'OMS les informations de santé publique exactes et suffisamment détaillées dont ils disposent, conformément aux articles 6.2 et 10.2 du Règlement. Au titre de l'article 8, si un événement n'exige pas de notification, en particulier lorsque l'on ne dispose pas de suffisamment d'informations pour procéder à l'évaluation au moyen de l'algorithme présenté à l'annexe 2, un État Partie peut néanmoins en tenir l'OMS informée et la consulter à propos des mesures sanitaires à prendre. En outre, les États Parties doivent informer l'OMS de la réception de données établissant l'existence, en dehors de leur territoire, d'un risque identifié pour la santé publique pouvant être à l'origine de la propagation internationale de maladies, conformément à l'article 9.2 du RSI.

38. Enfin, lorsque l'OMS est informée d'un événement pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale, elle est tenue, au titre de l'article 10.3 du RSI, de proposer de collaborer avec les États Parties concernés à l'évaluation du risque de propagation internationale, de l'entrave au trafic international qui pourrait être créée et de l'adéquation des mesures de lutte. En vertu de l'article 10.4 du RSI, si un État Partie n'accepte pas l'offre de collaboration, l'OMS peut, lorsque cela est justifié par l'ampleur du risque pour la santé publique, communiquer à d'autres États Parties les informations dont elle dispose, en tenant compte des vues de l'État Partie concerné.

39. Ces dispositions ont pour objectif de permettre à l'OMS d'évaluer rapidement le potentiel de propagation internationale des événements et de prendre les mesures nécessaires, notamment en informant d'autres États Parties. L'obligation de notification à l'OMS et de vérification par les États Parties d'importants événements de santé publique est déclenchée par tout événement pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale, que l'origine ou la source de cet événement soit biologique, chimique ou radionucléaire.

40. Le Comité a cherché à cerner comment les mécanismes d'alerte du RSI étaient utilisés et observés en termes de notification d'événements et d'échange d'informations par les États Parties pendant la pandémie de COVID-19. Il s'est notamment attaché à déterminer le degré d'efficacité du flux d'informations entre les pays affectés et l'OMS durant la phase initiale de la pandémie de COVID-19 ; les difficultés rencontrées par l'OMS s'agissant d'évaluer le risque et d'alerter tous les pays ; et s'il faudrait donner au Secrétariat un mandat plus ferme et plus clair l'habilitant à agir si les États Parties ne communiquent pas les informations requises et, le cas échéant, comment mieux formuler et exécuter ce mandat.

Conclusions

41. Le Comité d'examen a passé en revue la succession d'événements ainsi que les communications connexes entre l'OMS et les pays concernés durant la phase initiale de la pandémie dans toutes les Régions de l'OMS. Une chronologie détaillée est présentée à l'appendice 3. Cette section présente les informations détaillées transmises au Comité lors des entretiens avec les points focaux nationaux RSI et des représentants des autorités publiques du Canada, de Chine, d'Espagne, des États-Unis d'Amérique et d'Italie, ainsi que les informations communiquées par des membres du personnel du Siège et des bureaux régionaux et de pays de l'OMS.

42. Le Comité a pris connaissance du fait que, le 26 décembre 2019, plusieurs membres d'une même famille présentant des caractéristiques semblables de maladie pulmonaire ont été admis à l'hôpital de médecine chinoise et occidentale intégrée de la province du Hubei, et que le CDC (Centre for Disease Control) du district de Jiangnan a été notifié le 27 décembre 2019. Le CDC de la ville de Wuhan et le CDC du district de Jiangnan ont mené des enquêtes épidémiologiques et recueilli des échantillons à l'hôpital le même jour. Du 27 au 29 décembre 2019, l'hôpital de médecine chinoise et occidentale intégrée de la province du Hubei a accueilli au total quatre patients atteints de pneumonie en lien avec le marché aux poissons de Huanan. Ces patients ont fait l'objet d'une consultation multidisciplinaire interne à l'hôpital le 29 décembre, et leurs cas ont été immédiatement notifiés au CDC du district de Jiangnan, au CDC de la ville de Wuhan et au CDC de la province du Hubei. Après l'enquête épidémiologique et le prélèvement d'échantillons, les patients ont été transférés à l'hôpital Jinyintan. Le 29 décembre, l'enquête clinique, épidémiologique et de laboratoire menée par les autorités sanitaires de la ville de Wuhan a conclu qu'il s'agissait de cas d'une pneumonie virale de cause inconnue. Le 30 décembre, la commission sanitaire de la ville de Wuhan a émis un avis urgent sur le traitement des patients atteints de pneumonie de cause inconnue aux établissements de santé de la circonscription et proposé des exigences en matière de suivi, de notification, de traitement et de lutte anti-infectieuse. Le 31 décembre, la commission sanitaire nationale a envoyé des experts à Wuhan afin de guider la riposte et de mener une enquête sur place.

43. Le 31 décembre 2019, le bureau de pays et le Siège de l'OMS ont pris connaissance d'informations sur des cas de pneumonie d'étiologie inconnue à Wuhan sur les sites Web du district de Jiangnan et de ProMed.¹ Le 1^{er} janvier 2020, le point focal RSI pour la Région OMS du Pacifique occidental a demandé des informations sur le groupe de cas de pneumonie atypique notifié à Wuhan auprès des autorités chinoises. Le point focal national RSI de la Chine a confirmé réception de la demande le même jour, et a fourni, le 3 janvier, des informations préliminaires sur le foyer identifié à Wuhan. Le 5 janvier, la Chine a transmis à l'OMS des informations actualisées sur la flambée épidémique. Le 9 janvier, la Chine a déclaré qu'un nouveau coronavirus avait été identifié de manière préliminaire comme cause de la flambée. Le 11 janvier, la Chine a transmis à l'OMS et à la communauté scientifique mondiale la séquence génomique du nouvel agent pathogène, ce qui a facilité la mise au point rapide de tests de diagnostic et, à terme, a contribué à la mise au point de vaccins.

44. Mi-janvier 2020, la commission sanitaire nationale chinoise a organisé trois réunions en personne entre des experts chinois et le bureau de pays de l'OMS en Chine, et a mis à disposition des informations sur la flambée épidémique, l'avancement des investigations ainsi que les mesures de lutte anti-infectieuse et de traitement. Le 19 janvier, une équipe d'experts chinois a conclu à l'existence d'une transmission interhumaine soutenue. Ils en ont informé le public le 20 janvier. Lors de la première réunion du Comité d'urgence, les 22 et 23 janvier, la Chine a fourni des informations détaillées sur l'évolution de la flambée épidémique, notamment une liste des 425 premiers cas.

45. Le Comité d'examen a également passé en revue les notifications et l'échange d'informations de pays affectés dans d'autres Régions, au travers d'entretiens avec les points focaux nationaux RSI mentionnés ci-avant.

46. Les États-Unis ont notifié leurs premiers cas à l'OMS au titre de l'article 6 du RSI le 21 janvier 2020. Le premier était un patient qui était rentré de Wuhan (Chine) le 15 janvier et s'était fait soigner dans un établissement médical de l'État de Washington. Compte tenu de ses symptômes et de ses

¹ <https://promedmail.org/> (consulté le 27 avril 2021).

antécédents de voyage, les professionnels de santé ont présumé qu'il avait été infecté par le nouveau coronavirus. Un échantillon clinique a été prélevé et envoyé à un laboratoire des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique, où le diagnostic a été confirmé par RT-PCR en temps réel (transcription inverse suivie d'une amplification en chaîne par polymérase).

47. Le 26 janvier 2020, le Canada a notifié au point de contact RSI à l'OMS pour la Région des Amériques le premier cas confirmé présumé du nouveau coronavirus de Wuhan à Toronto. Le patient, qui s'était rendu peu de temps auparavant à Wuhan (Chine), s'était présenté au Sunnybrook Health Sciences Centre le 23 janvier avec de la fièvre et des symptômes respiratoires. Un test de laboratoire a confirmé le 25 janvier 2020 le diagnostic du nouveau coronavirus.

48. Le 31 janvier 2020, l'Espagne a confirmé et notifié son premier cas de COVID-19, un touriste allemand lié à un cas bénin de Shanghai (Chine). Le 9 février, un deuxième cas concernait un touriste britannique lié à un foyer épidémique identifié dans les Alpes françaises. Aucune transmission secondaire n'a été notifiée. Les cas sporadiques avaient tous été importés et n'ont pas généré de transmission ultérieure en Espagne. Aucun d'entre eux n'était lié à la Chine, mais plutôt à des footballeurs et à des étudiants Erasmus de retour d'Italie, ou encore à des congrès scientifiques ou des cultes religieux dans d'autres régions d'Europe.

49. L'Italie a notifié son premier cas le 30 janvier 2020 au travers du système d'alerte précoce de l'Union européenne. Cela n'est pas inhabituel étant donné que les pays européens ont un double système de notification – à la fois au travers du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et du site d'information sur les événements (EIS) de l'OMS, par l'intermédiaire du point focal national RSI. Ces systèmes sont bien intégrés. Sur les 55 États Parties de la Région européenne, la première notification de cas a eu lieu par le système d'alerte précoce pour 20 d'entre eux, par notification directe par le point focal national RSI pour 12 d'entre eux. Pour 10 États Parties, cette première notification était en réponse à des demandes de vérification des points de contact RSI régionaux fondées sur un article de presse ou une autre source, et dans le cas de 12 États Parties, elle provenait de sites Web gouvernementaux.

50. Le Comité d'examen a par ailleurs examiné le rapport de la mission d'étude conjointe menée à Wuhan du 14 janvier au 10 février 2021 sous la direction de l'OMS,¹ dont il a conclu que bien qu'un foyer de cas inhabituels de pneumonie ait été détecté pour la première fois à Wuhan les 26 et 27 décembre 2019, suite à des notifications, confirmations et alertes, des cas antérieurs ont été identifiés rétrospectivement, ce qui porte à croire à une circulation substantielle du virus à Wuhan pendant la deuxième quinzaine de décembre 2019. Les résultats des analyses de séquences du SARS-CoV-2 suggèrent que l'ancêtre commun le plus récent du virus date de fin octobre à début décembre 2019. Il n'y a pas eu de transmission significative avant décembre 2019, toutefois, une certaine diversité du virus était déjà présente en décembre 2019 à Wuhan, ce qui porte à croire à une circulation antérieure. Les tests réalisés sur des échantillons prélevés de chauves-souris dans la province du Hubei et d'animaux sauvages dans l'ensemble de la Chine se sont avérés négatifs pour le SARS-CoV-2. Les coronavirus isolés sur des chauves-souris et des pangolins se sont avérés les plus semblables au SARS-CoV-2, mais aucun ne l'était suffisamment pour pouvoir être considéré comme progéniteur direct. D'autres recherches sont en cours et prévues, davantage de recherches étant nécessaires pour mieux cerner la source et le lieu d'origine de la flambée épidémique.

¹ WHO-convened Global Study of Origins of SARS-CoV-2: China Part. Joint WHO-China Study. 14 January-10 February 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-convened-global-study-of-origins-of-sars-cov-2-china-part>, consulté le 27 avril 2021).

51. Le premier groupe de cas de pneumonie grave a été détecté dans une grande ville moderne au système de santé bien développé, ce qui illustre le rôle central de médecins et infirmiers vigilants et de systèmes de notification et de surveillance bien intégrés, indispensables pour identifier tôt les événements de maladies. Tous les échantillons animaux et environnementaux ont été prélevés au marché de Huanan le 1^{er} janvier 2020, simultanément à la désinfection initiale et à la fermeture du marché. Aucun produit animal ne s'est avéré positif pour le virus, mais une contamination environnementale importante a été constatée. La difficulté générale d'identification précoce des événements d'origine zoonotique renforce également la nécessité de se concentrer non seulement sur la riposte aux flambées de maladies, mais également sur les activités de prévention de l'émergence de nouvelles zoonoses et de promotion d'une approche « Une seule santé ». Parmi ces activités figurent la réglementation de l'élevage et de l'utilisation d'espèces sauvages ; les exigences de sûreté biologique en matière d'élevage d'animaux et de sécurité alimentaire ; des systèmes de santé publique robustes et un appui aux éleveurs et aux producteurs d'aliments en matière de surveillance des maladies ; et les restrictions concernant l'utilisation des terres et la réglementation des schémas d'utilisation des sols.

52. Le Comité d'examen a noté l'importance grandissante du séquençage génomique dans le cadre de l'alerte et de la riposte aux flambées épidémiques. Cette technologie novatrice est très utile pour la mise au point rapide de produits de diagnostic, de traitements et de vaccins appropriés, comme on l'a constaté dans le cadre de la pandémie de COVID-19. En outre, elle peut également contribuer à suivre l'évolution des flambées épidémiques et à identifier les variants émergents. Combinée à la surveillance génomique dans les secteurs animal, alimentaire et environnemental, elle peut permettre de mieux cerner le potentiel de propagation de zoonoses et de mieux se préparer et faire face aux maladies émergentes.

Recommandations

- 1) Les États Parties devraient transmettre, dès qu'elles sont disponibles, les informations de santé publique dont l'OMS a besoin pour évaluer le risque pour la santé publique associé à un événement notifié ou vérifié, et continuer de communiquer ces informations à l'Organisation après la notification ou la vérification, afin que celle-ci puisse procéder à une évaluation fiable des risques. Les États Parties devraient utiliser plus activement le site d'information sur les événements de l'OMS pour communiquer avec les autres États et le Secrétariat de l'Organisation. L'OMS devrait surveiller et documenter le respect, par les pays, de leurs obligations concernant le partage des informations et les demandes de vérification au titre du RSI, et rendre compte de l'application du Règlement dans son rapport annuel à l'Assemblée mondiale de la Santé.
- 2) L'OMS devrait élaborer un mécanisme permettant aux États Parties de partager automatiquement les informations en temps réel relatives aux situations d'urgence, notamment les informations de séquençage génomique, dont l'OMS a besoin pour l'évaluation des risques, lequel s'appuierait sur les systèmes numérisés régionaux et mondiaux pertinents.
- 3) L'OMS devrait élaborer des options permettant de renforcer et, le cas échéant, de mettre en place une infrastructure mondiale de séquençage génomique, dans le but de tirer le plus grand parti de cette technologie cruciale dans le cadre de la préparation et de l'action face aux pandémies futures.
- 4) Dans le cadre de l'approche « Une seule santé » en matière de préparation, d'alerte, de riposte et de recherche face aux zoonoses émergentes, l'OMS devrait travailler en étroite collaboration avec les États Parties, en association avec l'Organisation mondiale de la santé animale, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et le Programme

des Nations Unies pour l'environnement, ainsi qu'avec d'autres réseaux, parties prenantes et partenaires indiqués, pour faire face aux risques d'émergence et de transmission de zoonoses, et assurer une réaction rapide et coordonnée et la fourniture d'une assistance technique le plus tôt possible en cas d'événement aigu.

3.5 Évaluation des risques et échange d'informations

Justification et dispositions du RSI

53. Le Règlement stipule que l'OMS doit identifier, vérifier et évaluer rapidement les risques pour la santé publique susceptibles d'avoir une portée internationale et veiller à ce que les États Parties reçoivent les informations dont ils ont besoin pour protéger leur population. Les articles 5.4, 9.1 et 10.1 du RSI chargent l'OMS de mener des activités de surveillance de santé publique à l'échelle mondiale et d'obtenir auprès des États Parties la vérification d'événements qui n'ont pas été notifiés par un État et peuvent constituer une urgence de santé publique de portée internationale. L'article 10.2 du Règlement exige que les États Parties accusent réception des demandes de vérification et fournissent dans les 24 heures les informations de santé publique disponibles sur l'événement visé. En vertu des articles 10.4 et 11 du RSI, l'OMS est tenue de fournir les informations relatives à un événement qu'elle reçoit conformément aux articles 5 à 10 à l'ensemble des États Parties, si ces informations sont nécessaires pour permettre à ceux-ci de faire face à un risque pour la santé publique ou pour empêcher que leur population soit affectée. Ces informations sont transmises par l'intermédiaire du site d'information sur les événements, plateforme sécurisée accessible à tous les points focaux nationaux RSI et aux organismes de l'ONU avec lesquels l'OMS est tenue de collaborer au titre du RSI. Si un État Partie refuse de répondre à la demande de vérification de l'OMS ou n'accepte pas son offre de collaboration, l'OMS peut communiquer à d'autres États Parties les informations dont elle dispose, lorsque cela est justifié par l'ampleur du risque pour la santé publique. Conformément aux articles 6, 9.2 et 8, respectivement, l'OMS ne met pas à la disposition générale des autres pays les informations contenues dans les notifications, les rapports et les consultations, à moins que les circonstances justifient leur diffusion.

54. En ce qui concerne l'évaluation des risques et l'échange d'informations par l'OMS dans le contexte de la pandémie de COVID-19, le Comité d'examen a cherché à cerner les difficultés liées à l'évaluation, par l'OMS, du risque pour la santé publique dans les premiers jours de cet événement et à la communication aux États Parties d'informations à son sujet.

Conclusions

55. Dans le cadre des entretiens mentionnés dans la section précédente, le Comité a appris qu'après avoir reçu des réponses de la Chine à une demande de vérification en vertu de l'article 10 du RSI émise le 3 janvier 2020, l'OMS a envoyé à la Chine, le 4 janvier 2020, un projet de publication sur le site d'information sur les événements, pour examen et approbation par le point focal national RSI du pays. Le 5 janvier, la Chine a communiqué ses commentaires et son approbation, et l'OMS a publié l'information sur le site d'information sur les événements, ainsi que sur son site Web dans le Bulletin d'information sur les flambées épidémiques.¹ Les informations transmises concernaient notamment le nombre de cas et leur état clinique, l'exposition possible à un marché aux poissons et les mesures prises par les autorités de Wuhan. Le Bulletin d'information précisait que les informations permettant de déterminer le risque global présenté par le groupe signalé de cas de pneumonie d'étiologie inconnue

¹ <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/fr/> (consulté le 27 avril 2021).

étaient limitées, et que les recommandations de l'OMS relatives aux mesures de santé publique et à la surveillance de la grippe et des infections respiratoires aiguës sévères continuaient de s'appliquer.

56. De plus, le 2 janvier 2020, l'OMS a informé le GOARN de l'événement, et le 10 janvier 2020, elle a convoqué le Groupe consultatif stratégique et technique sur les risques infectieux.¹ Le 10 janvier 2020, l'OMS a publié des orientations initiales sur la nouvelle maladie, ainsi que des conseils concernant les voyages internationaux.

57. L'évaluation rapide des risques de l'OMS est un processus interne robuste qui lui permet d'analyser les informations officielles et non officielles concernant le potentiel de propagation internationale des maladies. L'OMS estimait le 5 janvier 2020 que le risque de flambées de pneumonie d'étiologie inconnue à Wuhan était « élevé » au niveau national, « modéré » au niveau régional et « faible » au niveau mondial. Les conclusions de cette évaluation du risque ont été reprises dans un Bulletin d'information sur les flambées épidémiques et sur le site d'information sur les événements accessible aux États Parties le 5 janvier 2020.

58. L'OMS a continué d'actualiser l'évaluation des risques à mesure qu'elle recevait de nouvelles informations et, le 14 janvier, le risque étant estimé « modéré » aux niveaux régional et mondial, il a été jugé nécessaire de soumettre l'événement à l'examen d'un Comité d'urgence du RSI afin de déterminer s'il constituait ou non une urgence de santé publique de portée internationale. Le même jour, les conclusions de l'évaluation des risques ont également été diffusées dans un Bulletin d'information sur les flambées épidémiques. Lorsque le Comité d'urgence convoqué par le Directeur général s'est réuni le 22 janvier 2020, le niveau de risque était estimé « très élevé » au niveau national et « élevé » aux niveaux régional et mondial.

59. La qualité des évaluations des risques dépend des informations dont dispose l'OMS, lesquelles, au début de la flambée épidémique, étaient limitées à la fois pour les pays affectés et pour l'OMS. À cet égard, le Comité a proposé que l'OMS élabore des formulaires plus normalisés pour collecter l'information requise pour procéder à une évaluation réaliste des risques. De telles informations devraient comprendre, au minimum, les données épidémiologiques, la charge de morbidité et les capacités de santé publique et des systèmes de santé. L'Encadré 1 présente une proposition concernant le type d'informations que de tels formulaires pourraient inclure aux fins de l'évaluation des risques d'un événement lié à une maladie infectieuse. Certaines de ces informations peuvent déjà être connues pour plusieurs maladies, tandis que d'autres informations sont propres au contexte. La liste proposée sert d'orientation et n'est pas exhaustive. Les informations devraient être communiquées à l'OMS au fur et à mesure qu'elles deviennent disponibles, sans attendre que toutes les informations figurant sur la liste aient été rassemblées.

60. Le Comité a considéré que les alertes et évaluations des risques relatifs à la COVID-19 reçues de l'OMS par les pays par l'intermédiaire du site d'information sur les événements ou d'un Bulletin d'information sur les flambées épidémiques et par les partenaires au travers du GOARN étaient utiles pour la préparation de mesures de riposte appropriées. Le Comité a noté que l'OMS ne publie pas intégralement ses évaluations des risques, bien qu'une grande partie des informations contenues dans ces documents (qui sont systématiquement communiqués intégralement au Comité d'urgence) soit présentée dans les Bulletins d'information sur les flambées épidémiques et, dans une plus grande mesure encore, sur le site d'information sur les événements.

¹ Ce groupe fournit au Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire des analyses et des conseils indépendants sur les risques infectieux susceptibles de constituer une menace pour la sécurité sanitaire mondiale.

61. Lors de ses discussions sur les dispositions du RSI relatives aux demandes de vérification de l'OMS et à ses obligations de diffuser les informations conformément au Règlement, le Comité d'examen a constaté que certains États Parties pensent que les informations fournies par l'OMS en vertu de l'article 11 du RSI requièrent leur approbation. En fait, seule leur consultation est requise, toutefois, certains pays considèrent que la « consultation » requiert également l'« approbation » de l'État Partie. Le Comité a jugé que l'OMS peut utiliser l'article 11 du Règlement de manière plus volontariste pour communiquer même des informations non vérifiées avec d'autres États Parties si cela est jugé nécessaire pour éclairer l'évaluation des risques.

Encadré 1. Proposition d'informations pouvant être requises aux fins de l'évaluation des risques d'un événement lié à une maladie infectieuse

Informations microbiologiques : agent pathogène, séquence génomique complète, méthodes de diagnostic, vaccins

Informations épidémiologiques : incidence, répartition selon l'âge, voies de transmission (y compris la transmission interhumaine), taux de reproduction de base, période de latence, temps de génération (ou intervalle sériel), période d'infectiosité, taux d'atteinte secondaire

Informations cliniques : période d'incubation, symptômes et signes, spectre de la maladie (proportion d'infections asymptomatiques, tableau clinique, maladie sévère et létalité), facteurs de risque de maladie sévère, durée de la maladie, modalités de traitement, immunité

Charge de morbidité : produit de l'ampleur de l'événement et de la sévérité individuelle

Capacités des soins de santé : disponibilité et accessibilité, dans la zone affectée, des installations médicales, des personnels, des produits de diagnostic, des vaccins et des traitements nécessaires

Capacités de santé publique : capacité, dans la zone affectée, d'appliquer des mesures de surveillance et de santé publique appropriées, tel qu'indiqué à l'annexe 1 du RSI

Possibilité d'urgence de santé publique de portée internationale : voir l'annexe 2 du RSI

Recommandations

1) Lorsque l'OMS considère un événement comme posant un risque significatif et que l'État Partie supposément affecté ne répond pas à la demande de vérification de l'Organisation concernant un éventuel événement, et si d'autres informations relatives à l'événement sont déjà dans le domaine public, l'OMS devrait fournir ces informations non vérifiées figurant déjà dans le domaine public concernant l'événement, tout en protégeant la source. Cela permettra aux États Parties : a) de prendre connaissance des signaux qui ont suscité l'inquiétude de l'OMS et de l'état de la demande de vérification de l'OMS ; et b) d'y réagir en fournissant des informations sur l'événement en question.

2) L'OMS devrait élaborer des formulaires standard de demande d'informations et de vérification des événements au titre des articles pertinents du RSI, énumérant clairement le type d'informations dont elle a besoin pour procéder à l'évaluation des risques. Il peut notamment s'agir d'informations microbiologiques, de données sur l'épidémiologie de l'infection (par exemple schémas de transmission, période d'incubation, taux d'atteinte, incidence), d'informations sur la charge de morbidité (par exemple tableau clinique, taux de létalité) ou encore de renseignements sur les capacités de riposte du système de santé et des services de santé publique. L'OMS devrait diffuser ces formulaires et former les points focaux nationaux RSI à leur utilisation.

3) L'OMS devrait exploiter activement et fermement les dispositions de l'article 11 du RSI pour communiquer des informations sur les risques pour la santé publique aux États Parties (y compris des informations non officielles provenant de sources fiables sans obtenir l'accord des États Parties concernés) et devrait rendre compte annuellement à l'Assemblée mondiale de la Santé sur la manière dont elle a appliqué les dispositions de cet article, notamment s'agissant de communiquer des informations non vérifiées aux États Parties par l'intermédiaire du site d'information sur les événements.

4) L'OMS devrait renforcer ses interactions informelles avec les États Parties afin d'être en mesure de réaliser des évaluations des risques rapides et de qualité. À cette fin, l'OMS devrait continuer de développer les mécanismes de renforcement des connaissances et de la confiance (par exemple conférences périodiques, séances d'information informelles) entre elle et les points focaux nationaux RSI ou les autorités compétentes aux niveaux mondial, régional et des pays.

3.6 Comité d'urgence sur la COVID-19 et détermination de l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale

Justification et dispositions pertinentes du RSI

62. Une urgence de santé publique de portée internationale est définie dans l'article premier du RSI comme « un événement extraordinaire dont il est déterminé, comme prévu dans le Règlement : i) qu'il constitue un risque pour la santé publique dans d'autres États en raison du risque de propagation internationale de maladies ; et ii) qu'il peut requérir une action internationale coordonnée ». Ce même article définit par ailleurs un « risque pour la santé publique » comme « la probabilité d'un événement qui peut nuire à la santé des populations humaines, plus particulièrement d'un événement pouvant se propager au niveau international ou présenter un danger grave et direct ». Enfin, le terme « événement » est défini comme « une manifestation pathologique ou un fait créant un risque de maladie », et l'expression « recommandations temporaires » comme un « avis non contraignant émis par l'OMS en vertu de l'article 15 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, de manière à prévenir ou à réduire la propagation internationale des maladies en créant le minimum d'entraves au trafic international ».

63. Conformément à l'article 12 du RSI, le Directeur général détermine si un événement constitue une urgence de santé publique de portée internationale. Le Directeur général doit consulter l'État Partie où l'événement se produit pour une conclusion préliminaire, après quoi il doit convoquer un Comité d'urgence conformément aux articles 48 et 49 du Règlement et solliciter ses vues concernant les recommandations temporaires appropriées.

64. Conformément aux articles 48 et 49 du RSI, un Comité d'urgence examine l'information qui lui est transmise par le Secrétariat de l'OMS et les États Parties affectés, évalue l'événement au regard de la définition d'une urgence de santé publique de portée internationale donnée à l'article premier, et indique au Directeur général s'il estime que l'événement correspond à cette définition. Si c'est le cas, il lui donne son avis quant aux recommandations temporaires associées, conformément aux dispositions des articles 15, 17 et 18 du RSI.

65. Dans sa détermination finale, le Directeur général doit tenir compte, conformément à l'article 12.4 du RSI « a) des informations fournies par l'État Partie ; b) de l'instrument de décision figurant à l'annexe 2 ; c) de l'avis du Comité d'urgence ; d) des principes scientifiques, ainsi que des éléments de preuve scientifiques disponibles et autres informations pertinentes ; et e) d'une évaluation du risque pour la santé humaine, du risque de propagation internationale de maladies et du risque d'entraves au trafic international ».

66. Un des objectifs du Comité d'examen était d'évaluer le fonctionnement du RSI et la performance de l'OMS concernant la création, les méthodes de travail et les résultats du Comité d'urgence sur la COVID-19 convoqué en janvier 2020. Le Comité a cherché à cerner comment le Comité d'urgence a été mis en place (déclenchement, chronologie et composition); comment il fonctionnait (réception et examen des informations, discussions et conclusions); si l'OMS communiquait suffisamment concernant les raisons pour lesquelles une urgence de santé publique de portée internationale n'avait pas été déclarée après la première réunion du Comité d'urgence; comment il a été parvenu à la décision finale; les vues des membres du Comité d'urgence; les différents rôles et responsabilités du Comité d'urgence et du Directeur général; l'importance et les conséquences de la détermination de l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale; et les incidences des recommandations temporaires formulées pour les États Parties.

Conclusions

Comité d'urgence

67. Pour éclairer ses délibérations, le Comité d'examen s'est entretenu avec le Président du Comité d'urgence sur la COVID-19 et les Présidents des Comités d'urgence précédents, ainsi qu'avec des personnels du Siège et des bureaux régionaux de l'OMS. Il a examiné les documents reçus par le Comité d'urgence pour ses premières réunions, notamment les évaluations des risques de l'Organisation et des présentations de pays. Il a également examiné le rapport interne d'une consultation technique de l'OMS menée en novembre 2019 sur l'application du RSI au regard des Comités d'urgence et de la détermination de l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale.

68. Le Comité d'examen a noté que l'OMS estimait, le 5 janvier 2020, que le risque était élevé au niveau national, modéré au niveau régional et faible au niveau mondial. Cependant, le 14 janvier, sur la base de nouvelles informations disponibles, notamment concernant un cas exporté de Wuhan (Chine) vers la Thaïlande, l'OMS a estimé que le risque au niveau mondial était désormais modéré, et il a été jugé que l'événement devait être examiné par un comité d'urgence. Les préparatifs en vue de la convocation du Comité d'urgence ont commencé par l'identification des experts appropriés figurant sur la liste du RSI et membres d'autres groupes consultatifs de l'OMS. Une mission dirigée par l'OMS s'est rendue en Chine les 20 et 21 janvier 2020, où elle a été informée qu'il existait une transmission interhumaine, mais qu'il était nécessaire de mener des analyses supplémentaires pour en comprendre pleinement l'ampleur. L'OMS a offert son soutien à la Chine en vue des analyses plus approfondies.¹

69. Le Comité d'urgence s'est réuni le 22 janvier 2020,² mais n'a pas pu parvenir à une conclusion sur la base des informations disponibles présentées. C'est pourquoi le Directeur général a demandé que les délibérations se poursuivent le lendemain et a fait un point de presse. Lors de la réunion suivante du Comité d'urgence, le 23 janvier 2020, plusieurs membres étaient d'avis que l'on ne disposait toujours pas de données suffisantes pour pouvoir évaluer si l'événement constituait ou non une urgence de santé publique de portée internationale. Le Comité s'estimait limité par la nature restreinte et binaire de la détermination, en ce sens qu'un événement est une urgence de santé publique de portée internationale ou ne l'est pas, et qu'il n'existe pas de niveau intermédiaire d'avertissement. En raison des avis partagés, le Comité d'urgence n'a pas indiqué au Directeur général que l'événement constituait une urgence de santé publique de portée internationale, et a convenu de se réunir à nouveau dans les 10 jours.

¹ <https://www.who.int/china/news/detail/22-01-2020-field-visit-wuhan-china-jan-2020> (consulté le 27 avril 2021).

² <https://www.who.int/groups/covid-19-ihc-emergency-committee> (consulté le 27 avril 2021)

70. Le Directeur général a accepté ce conseil et fait un second point de presse. Le 23 janvier, il a annoncé qu'il ne déclarait pas, à ce moment, que l'événement constituait une urgence de santé publique de portée internationale et déclaré que le Comité d'urgence était divisé quant à savoir si la flambée de nouveau coronavirus constituait une telle urgence. Il ajouta : « Ne vous trompez pas. C'est une urgence en Chine mais pas encore une urgence sanitaire mondiale. L'OMS estime que cette flambée représente un risque très élevé en Chine et un risque élevé aux niveaux régional et mondial ». ¹ À cette date, neuf cas seulement, et aucun décès, avaient été notifiés en dehors de la Chine.

71. Après la deuxième réunion du Comité d'urgence, le 30 janvier 2020, le Directeur général a déclaré que la flambée du nouveau coronavirus 2019 (2019-nCoV) constituait une urgence de santé publique de portée internationale, présenté les conseils du Comité à l'OMS et transmis ces conseils aux États Parties en tant que recommandations temporaires au titre du RSI.

72. En termes de processus, le Comité d'examen a été informé que, bien qu'il n'existe pas de critères formels pour la convocation d'un Comité d'urgence, l'OMS examine généralement, entre autres facteurs, si trois critères sont remplis, à savoir : la situation se généralise-t-elle ? La situation est-elle grave/sévère ? La déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale s'avèrera-t-elle utile ? Plus précisément, l'évaluation standard des risques de l'OMS présente l'analyse détaillée des informations disponibles concernant trois questions liées aux risques : quel est le risque pour la santé humaine, quel est le risque de propagation de l'événement, et quel risque suppose des capacités insuffisantes de maîtrise de l'événement. Pour chacune de ces questions, elle présente l'appréciation des probabilités et des conséquences possibles. Elle présente en outre l'évaluation détaillée du risque, de l'exposition et du contexte, ainsi que les mesures recommandées, notamment s'il convient ou non de soumettre l'événement à l'examen d'un Comité d'urgence. L'équipe chargée de l'évaluation des risques comporte des personnels techniques des volets concernés de la riposte, au Siège et dans les bureaux régionaux de l'OMS.

73. Concernant la sélection des membres du Comité d'urgence, le Comité d'examen a constaté que la représentation géographique était adéquate et a noté que la plupart des membres étaient anglophones. Les réunions étaient en anglais, mais un service d'interprétation pouvait être assuré si la demande en était faite. Concernant la Liste d'experts du RSI, au sein de laquelle les membres étaient sélectionnés, il a été noté que l'OMS n'a jamais lancé un appel ouvert à candidatures d'experts. Par ailleurs, si l'article 48 du RSI permet aux États Parties de désigner des experts à inclure dans la Liste, seuls 82 pays l'ont fait. La majorité des plus de 400 experts ont été nommés au travers de réseaux techniques de l'OMS en fonction de leurs compétences techniques.

74. Pour chaque réunion du Comité d'urgence, les membres reçoivent des documents des États Parties affectés et des présentations du Secrétariat sur l'état actuel de l'événement, les activités de riposte et l'évaluation rapide des risques de l'OMS. Le Comité d'examen a estimé que, par rapport au temps affecté aux présentations, les membres ont peu de temps pour délibérer, conclure leur appréciation de l'événement au regard de la définition d'une urgence de santé publique de portée internationale et formuler les recommandations temporaires proposées.

Urgence de santé publique de portée internationale

75. Le Comité a noté certaines difficultés concernant la détermination de l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale. Premièrement, les critères utilisés par le Comité d'urgence pour formuler ses conseils concernant la détermination offrent une grande latitude d'interprétation,

¹ <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-the-advice-of-the-ih-emergency-committee-on-novel-coronavirus> (consulté le 27 avril 2021).

notamment concernant les questions suivantes : qu'est-ce qui constitue un « événement extraordinaire » ? Comment convient-il d'évaluer et de différencier le niveau de sévérité de différentes maladies ? Faut-il prendre en compte la propagation internationale réelle ou plutôt le risque de propagation ? Que signifie la nécessité d'une « action internationale coordonnée » dans une situation où des pays ont déjà mis en œuvre des mesures de riposte exhaustives ? Entend-on par « action internationale » une action qui a lieu dans plusieurs États Parties ou une action coordonnée par plusieurs États Parties à l'appui de la région ou du pays affecté ? Une action au sein de l'État affecté appuyée par d'autres États constitue-t-elle une action internationale ou simplement une action nationale appuyée par d'autres pays ? Le terme « action » englobe-t-il les activités visant directement à endiguer la propagation de la maladie dans les États affectés, ou également les activités de préparation menées dans d'autres États en prévision de la propagation possible de la maladie dans ces États ? Le terme « coordonnée » se rapporte-t-il à la coordination par toute partie, par exemple l'État affecté, des organisations non gouvernementales ou des organismes de l'ONU, ou uniquement à la coordination par l'OMS en vertu du RSI, avec les recommandations temporaires pour principal outil ?

76. Le Comité d'examen a également noté que la libération de fonds par les partenaires internationaux pour appuyer la riposte de santé publique n'est souvent déclenchée que lorsqu'un événement est déclaré urgence de santé publique de portée internationale, ce qui exerce une pression sur le Comité d'urgence afin qu'il recommande une telle détermination si le financement est considéré comme un facteur limitatif pour la riposte à l'événement. En outre, les procédures de l'OMS concernant l'évaluation et l'approbation de vaccins ou de traitements non homologués pour une utilisation d'urgence sont principalement destinées à être utilisées dans le cadre d'une urgence de santé publique de portée internationale, bien que la procédure révisée puisse également être autorisée par le Directeur général pour toute urgence de santé publique s'il estime que cela est dans l'intérêt de la santé publique.¹

77. Le Comité d'examen a par ailleurs noté un manque de clarté quant aux actions requises après la détermination d'une urgence de santé publique de portée internationale et à la manière dont il convient d'y mettre fin formellement. Sur les conseils du Comité d'urgence, le Directeur général formule des recommandations temporaires non contraignantes, principalement concernant des mesures sanitaires liées aux voyages, conformément à l'article 18 du RSI. En pratique, les recommandations temporaires couvrent également de larges mesures de riposte, notamment en matière de surveillance et de prise en charge clinique. Pour les événements postérieurs à la mise en place totale du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire en 2016, l'OMS a publié des conseils détaillés de santé publique dans son Bulletin d'information sur les flambées épidémiques. Ce bulletin, qui paraît chaque semaine pendant la pandémie de COVID-19, fournit des détails sur les mesures de riposte de santé publique recommandées par l'OMS pour les pays affectés.

78. En outre, le Comité a également abordé la question de la distinction entre une pandémie et une urgence de santé publique de portée internationale. Le terme « pandémie » n'est pas défini dans le RSI, or le Comité a constaté que la majorité des pays n'ont commencé à mettre en œuvre des mesures de riposte, en particulier des restrictions des déplacements, ainsi que des efforts de coordination en vue de la mise au point et de la distribution de vaccins, qu'après que l'OMS a qualifié l'événement de pandémie le 11 mars 2020. De nombreux pays ont perçu cela comme un niveau plus élevé d'alerte et d'action que l'urgence de santé publique de portée internationale.

¹ https://cdn.who.int/media/docs/default-source/medicines/eulprocedure_a63b659c-1cdc-4cee-aa2d-ef5dd9d94f0b.pdf?sfvrsn=55fe3ab8_7&download=true (consulté le 29 avril 2021).

79. Dans le cadre des discussions avec le Programme de préparation en cas de grippe pandémique de l’OMS, le Comité a appris qu’en cas d’émergence d’un nouveau virus grippal engendrant une pandémie de grippe, l’élément déclencheur le plus important pour bon nombre des mécanismes de riposte mis en place par l’OMS et ses partenaires est la déclaration d’une pandémie par l’OMS. Ce critère est précisé dans un grand nombre des documents, notamment les contrats d’approvisionnement anticipé juridiquement contraignants au titre du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique. De nombreux mécanismes de riposte ne peuvent pas être activés sans cette déclaration précise, ou ne peuvent l’être que moyennant un niveau de risque considérable pour l’OMS et les populations vulnérables du monde entier. Ainsi, par exemple, les contrats d’approvisionnement anticipé et le fonds de riposte au titre du Cadre ne sont pas renouvelables. S’ils sont déclenchés et utilisés avant une pandémie, et que la pandémie n’est pas déclarée, les approvisionnements ou les fonds ne sont pas renouvelés, et risquent donc de ne pas être disponibles au moment où on en aura le plus besoin.

80. La nature binaire d’une urgence de santé publique de portée internationale a été portée à l’attention du Comité d’examen par le Président du Comité d’urgence sur la COVID-19, le Président de l’IOAC et certains des États Membres qui ont présenté des contributions au Comité d’examen. En 2016, le Comité d’examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l’épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte a recommandé l’introduction d’un niveau d’alerte intermédiaire, mais cette recommandation n’a pas été adoptée par les États Membres dans le plan stratégique mondial quinquennal pour améliorer la préparation et l’action de santé publique, qui reprenait les recommandations du Comité d’examen sur la flambée de maladie à virus Ebola.¹ Le Comité d’examen sur la COVID-19 a longuement pesé le pour et le contre d’un niveau d’alerte intermédiaire, notamment au cours d’une consultation avec les États Membres qui s’est tenue le 12 janvier 2021. L’évaluation du Comité concernant un niveau intermédiaire d’alerte est résumée dans l’Encadré 2.

Encadré 2. Niveau intermédiaire d’alerte : résumé des délibérations du Comité d’examen

Avantages potentiels

- Cela aurait un effet sensibilisateur et soulignerait le besoin de préparation et de riposte.
- Cela pourrait permettre des mesures de riposte plus adaptées, mieux programmées dans le temps, plus proportionnées, plus souples et plus adaptées à l’échelle régionale.
- Cela pourrait permettre une préparation progressive, échelonnée et adéquate, proportionnelle au niveau de risque.
- Cela pourrait encourager les pays à communiquer promptement afin d’éviter que la situation n’empire.
- Cela promouvoir la transparence sans que les pays ne craignent les conséquences négatives d’éventuelles restrictions aux voyages liées à une urgence de santé publique de portée internationale.
- Cela pourrait permettre de mobiliser les ressources en fonction de la gravité de la situation.

Inconvénients potentiels

- L’adoption d’un ou plusieurs niveaux supplémentaires d’urgence de santé publique de portée internationale ne résoudrait pas les difficultés plus larges, telles que la non-conformité et la pression à ne pas déclarer d’urgence de santé publique de portée internationale.
- Un débat sur son introduction risque de détourner l’attention de questions plus pressantes dont l’impact potentiel est bien plus important, telles que la clarté et le respect des recommandations de l’OMS et l’application générale du RSI.

¹ Documents A71/8 et décision WHA71(15) (2018).

- Cela compliquerait davantage l'évaluation d'un événement et son suivi (déjà complexes au moyen de l'instrument de décision figurant à l'annexe 2 du RSI).
- Un niveau intermédiaire pourrait s'avérer trompeur si un événement requiert l'attention mondiale mais n'est pas (encore) sévère ou est (encore) limité sur le plan régional.
- Le RSI et les autres mécanismes ne sont pas clairs quant à la manière dont une détermination de niveau intermédiaire serait effectuée (les critères et le processus seraient-ils décidés par un Comité d'urgence ou par le Directeur général ?).
- Il n'y a pas de clarté quant aux actions de l'OMS qu'une telle détermination déclencherait (seraient-elles différentes des conseils concernant les événements de santé publique que l'OMS prodigue par l'intermédiaire du Bulletin d'information sur les flambées épidémiques ?).
- Il ne serait pas utile s'il avait pour seul objet d'alerter la population.
- Il devrait exiger des mesures de riposte clairement délimitées, la fourniture de ressources et l'échange ouvert d'informations entre l'OMS et les États Parties aux fins d'une évaluation efficace des risques. Cela ne se produit pas systématiquement à l'heure actuelle, même dans le cadre d'une urgence de santé publique de portée internationale.

81. Le Comité d'examen a conclu que l'introduction d'un niveau intermédiaire formel d'alerte ne résoudrait pas le problème actuel du manque d'action en réponse aux conseils et aux recommandations de l'OMS. Il est essentiel d'avoir de meilleures évaluations des risques, adaptées sur le plan régional, et assorties de recommandations claires concernant la capacité de réaction et les mesures de riposte. Une diffusion plus ferme et ouverte des conclusions de l'évaluation rapide des risques de l'OMS a été jugée nécessaire, soit dans le Bulletin d'information sur les flambées épidémiques, soit dans de nouveaux produits tels qu'un avis mondial d'alerte et d'action (WARN).

82. En outre, il y a lieu de clarifier les éléments déclencheurs de mesures de coordination et d'action mondiales en cas de pandémie, qui iraient éventuellement au-delà de ce qui est prévu dans le RSI (à savoir la formulation de recommandations temporaires lors de la détermination de l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale). Ces éléments déclencheurs et ces actions pourraient être liés à la coordination des chaînes mondiales d'approvisionnement, à la mise en commun des agents pathogènes et des avantages en découlant ou à la coordination de la recherche-développement en vue de la mise au point de contre-mesures médicales. Ces aspects ont été soulevés à la lumière des récentes discussions sur un traité mondial relatif à la préparation aux pandémies et aux mécanismes d'alerte (voir les détails à la section 3.9).

Recommandations

Comité d'urgence

- 1) L'OMS devrait publier son processus décisionnel concernant la convocation d'un Comité d'urgence sur son site Web et veiller à ce qu'il repose sur une évaluation des risques.
- 2) L'OMS devrait, par l'intermédiaire du site d'information sur les événements, mettre les informations dont elle dispose, les conclusions des évaluations rapides des risques et la documentation technique qu'elle fournit au Comité d'urgence pour chacune de ses réunions à la disposition de l'ensemble des États Parties. L'OMS devrait prévoir un délai suffisant pour permettre aux membres du Comité d'urgence de délibérer, de parvenir à une conclusion et de préparer ses conseils au Directeur général. Les membres du Comité d'urgence ne devraient pas être tenus de parvenir à un consensus. En cas de divergences d'opinion, les différents points de vue devraient être consignés dans le rapport du Comité d'urgence, conformément à la règle 12 du mandat de ce dernier.

3) L'OMS devrait envisager un appel ouvert à candidats à la Liste d'experts du RSI, conçu de manière à promouvoir la diversité et l'égalité en matière de genre, d'âge, d'origine géographique et de compétences professionnelles, et devrait, de façon générale, accorder davantage d'attention aux dimensions de genre, de géographie et autres aspects de l'égalité et à la planification de la relève (identification et désignation d'experts plus jeunes).

Sonnette d'alarme

1) L'OMS devrait adopter une approche plus formelle et plus claire concernant la diffusion des informations relatives aux réunions du Comité d'urgence auprès des États Parties et du public. À cette fin, elle devrait fournir un modèle de déclaration à émettre après chaque réunion, lequel devrait comporter les informations suivantes :

- les renseignements fournis au Comité d'urgence et le contenu de ses délibérations ;
- les raisons et les bases factuelles qui ont mené aux conseils du Comité d'urgence ;
- les différents points de vue exprimés par les membres du Comité d'urgence ;
- le raisonnement ayant mené l'OMS à déclarer ou non une urgence de santé publique de portée internationale ;
- la formulation, la modification, la prorogation ou l'annulation de recommandations temporaires ;
- la classification des mesures sanitaires recommandées ;
- l'ampleur d'une urgence de santé publique de portée internationale et les principales mesures de santé publique attendues des États Parties en lien avec les activités de vaccination, le financement, la libération de stocks ou d'autres aspects ; et
- la différence entre la déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale et l'identification d'une pandémie.

2) Pour les événements qui ne répondent pas nécessairement aux critères d'une urgence de santé publique de portée internationale mais qui requièrent néanmoins une action de santé publique urgente, l'OMS devrait alerter activement la communauté mondiale. Il conviendrait de mettre au point, sur la base du Bulletin d'information de l'OMS sur les flambées épidémiques en ligne, un nouveau système d'avis mondial d'alerte et d'action (WARN) destiné à informer les pays quant aux actions requises pour faire face rapidement aux événements et éviter qu'un événement ne se transforme en crise mondiale. Cet avis devrait contenir l'évaluation des risques par l'OMS, communiquée selon des modalités conformes à l'article 11 du RSI, ainsi que les actions de santé publique requises pour prévenir une urgence de santé publique de portée internationale, et appeler à une action renforcée de la part de la communauté internationale.

3.7 Mesures relatives aux voyages

Justification et articles pertinents du RSI

83. Le RSI révisé a été préparé et négocié de 1995 à 2005 selon le principe que les mesures sanitaires en réponse aux urgences de santé publique ne devraient pas entraver inutilement le trafic et le commerce internationaux. Le RSI prévoit différentes mesures relatives aux voyages internationaux qui peuvent être mises en œuvre par les États Parties sur la recommandation de l’OMS (conformément à l’article 18), ou en tant qu’exigences à des fins de santé publique à l’arrivée ou au départ (conformément à l’article 23). Ces mesures peuvent aller de mesures qui ne restreignent pas la circulation des voyageurs à des mesures qui la restreignent de manière significative. Les mesures non restrictives peuvent inclure la vérification de l’itinéraire ou de l’historique de déplacement des passagers, ainsi que l’exigence d’un examen médical, d’une vaccination ou d’autres mesures prophylactiques ou de preuves de ceux-ci. Parmi les mesures plus restrictives figurent le dépistage à la sortie des personnes en provenance de zones affectées, le placement des personnes suspectes en observation à des fins de santé publique, l’isolement des personnes affectées, la recherche des contacts des personnes suspectes ou affectées, et la mise en quarantaine des personnes suspectes et en isolement des personnes infectées. Les mesures les plus restrictives que l’OMS peut recommander au titre du RSI comprennent le refus d’entrée des personnes suspectes et affectées ou des personnes non affectées dans des zones affectées, ou encore des restrictions imposées aux personnes en provenance de zones affectées.

84. En vertu de l’article 43 du RSI, les États Parties peuvent mettre en œuvre des mesures sanitaires supplémentaires en réponse à des risques pour la santé publique ou à une urgence de santé publique de portée internationale si elles assurent un niveau de protection égal ou supérieur à celui des recommandations de l’OMS. Cependant, ces mesures ne devraient pas être plus restrictives pour le trafic international ni plus intrusives ou invasives pour les personnes que les autres mesures raisonnablement applicables qui permettraient d’assurer le niveau approprié de protection de la santé. Elles devraient reposer sur des principes scientifiques, des données scientifiques prouvant l’existence d’un risque pour la santé humaine, des informations provenant de l’OMS et d’autres instances internationales ou des conseils de l’OMS. Si ces mesures entravent de manière significative le trafic international (défini comme le refus d’entrée ou de départ pendant plus de 24 heures), les États Parties sont tenus de communiquer la justification sur le plan de la santé à l’OMS dans un délai de 48 heures, à moins qu’elles soient couvertes par les recommandations temporaires. L’OMS est tenue de communiquer ces informations aux autres États et peut demander aux États de reconsidérer leurs mesures après avoir évalué les justifications fournies.

85. Depuis le début de la pandémie de COVID-19, jamais autant de mesures sanitaires en lien avec le trafic international n’avaient été mises en œuvre depuis l’entrée en vigueur du RSI révisé en 2007. Fin janvier 2020, près de 20 pays avaient fermé leurs frontières aux passagers en provenance de Chine. En août 2020, tous les pays avaient mis en œuvre des mesures relatives au trafic international. Le Comité a examiné les manières dont les dispositions du RSI en matière de trafic international et leur application par l’OMS et les États Parties ont favorisé ou entravé l’évolution et l’impact de la pandémie.

Conclusions

86. Le Comité d’examen a constaté une tension entre l’objet et la portée du RSI (la mise en œuvre de mesures de riposte en évitant de créer des entraves inutiles au trafic international, tel que décrit à l’article 2) et l’article 43, qui permet aux États Parties d’adopter des mesures restrictives si celles-ci

assurent un niveau de protection de la santé supérieur aux recommandations de l'OMS. En outre, le Comité d'examen a trouvé le terme « inutile » difficile à interpréter ou à comprendre dans le contexte d'une pandémie causée par un nouvel agent pathogène respiratoire se propageant rapidement dans le monde entier. En ce qui concerne l'application de l'article 43, l'OMS peut demander aux pays de reconsidérer leurs mesures en fonction des informations reçues, mais elle n'y est pas obligée, il y a un manque de clarté quant à ce qui constituerait une mesure justifiable, et il n'existe pas de mécanisme donnant à l'OMS les moyens d'exiger des comptes des pays concernant les mesures jugées injustifiées. Le Comité a été informé que l'OMS n'a mis sur la sellette aucun pays ayant signalé des mesures sanitaires supplémentaires, celles-ci étant entendues dans le contexte d'endiguement et de la protection de la population face à un agent pathogène inconnu.

87. Le Comité d'examen a été informé que l'OMS avait émis des conseils relatifs aux voyages le 10 janvier 2020, en lien avec des rapports sur la flambée de pneumonie causée par un nouveau coronavirus en Chine.¹ Reconnaisant la quantité limitée d'informations disponibles à ce stade, l'OMS a néanmoins recommandé le recours aux mesures habituelles de protection individuelle contre les maladies causées par un agent pathogène respiratoire, ainsi que la mise en œuvre, par les pays, des principales capacités du RSI aux points d'entrée. L'OMS a déconseillé l'imposition de restrictions aux voyages ou au commerce à l'encontre de la Chine, sur la base des informations disponibles à l'époque et conformément à l'esprit du RSI visant à éviter les entraves inutiles au trafic international et au commerce. La chronologie figurant à l'appendice 3 contient des informations sur le suivi des mesures relatives aux voyages.

88. Dans le cadre de la mise à jour de ses conseils relatifs aux voyages du 24 janvier 2020,² l'OMS a recommandé le dépistage à la sortie des passagers en provenance de zones affectées. Les recommandations temporaires formulées après la détermination de l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale le 30 janvier 2020 continuaient de mettre l'accent sur le dépistage à la sortie aux ports et aéroports internationaux de Chine, « dans le but d'identifier tôt les voyageurs symptomatiques en vue de leur évaluation et traitement, tout en minimisant les entraves au trafic international ».³ À ce stade, il n'était pas confirmé que les personnes asymptomatiques pouvaient être une source d'infection. En outre, l'OMS recommandait que tous les pays se préparent à l'endiguement (notamment au travers de la surveillance active, du dépistage précoce, de l'isolement et de la prise en charge des cas, de la recherche des contacts et de la prévention de la propagation de l'infection par le nouveau coronavirus) et lui notifient toutes les mesures sanitaires supplémentaires mises en œuvre au titre de l'article 43 du RSI.

89. L'OMS a ensuite commencé à surveiller les mesures mises en œuvre par les États Parties et, à partir du 6 février 2020, elle a mis à la disposition de tous les points focaux nationaux RSI, sur son site d'information sur les événements, des mises à jour hebdomadaires concernant ces mesures et leur justification sur le plan de la santé publique. Le 6 février 2020, soit une semaine après la détermination de l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale, 22 pays avaient mis en œuvre des mesures de restriction des voyages en lien avec le nouveau coronavirus, dont la Chine, qui avait suspendu toute sortie de Wuhan et introduit des restrictions internes de circulation. En outre, sept pays de la Région OMS des Amériques, un pays de la Région européenne et huit pays de la Région du

¹ <https://www.who.int/news-room/articles-detail/who-advice-for-international-travel-and-trade-in-relation-to-the-outbreak-of-pneumonia-caused-by-a-new-coronavirus-in-china> (consulté le 27 avril 2021).

² <https://www.who.int/news-room/articles-detail/updated-who-advice-for-international-traffic-in-relation-to-the-outbreak-of-the-novel-coronavirus-2019-ncov-24-jan/> (consulté le 27 avril 2021).

³ [https://www.who.int/fr/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/fr/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)) (consulté le 30 avril 2021).

Pacifique occidental refusaient l'entrée aux passagers en provenance de Chine et d'autres zones affectées, bien qu'ils fussent nombreux à continuer de permettre à leurs ressortissants de rentrer de ces zones. Cinq autres pays mettaient en œuvre des mesures de dépistage, de quarantaine ou de suspension de visa pour tout voyageur en provenance des zones affectées de la Chine. Le 18 mars 2020, une semaine après que l'OMS eut qualifié la flambée de pandémie,¹ 89 pays avaient mis en œuvre des mesures relatives aux voyages en lien avec la COVID-19, soit 32 de plus que la semaine précédente. Fin août 2020, l'ensemble des 194 États Membres de l'OMS avaient mis en œuvre des mesures relatives aux voyages, et ils étaient nombreux à continuer d'informer régulièrement l'OMS de ces mesures.

90. Le Comité d'examen a noté la nécessité de disposer de critères plus spécifiques au regard desquels les États Parties soient tenus de notifier leurs mesures sanitaires supplémentaires (par exemple les résultats d'une évaluation des risques, les indicateurs de santé publique utilisés, des évaluations scientifiques des mesures, les secteurs consultés et l'intégration au sein de la stratégie nationale de riposte). Les États Parties qui ont communiqué à l'OMS la justification de leurs mesures restrictives en termes de santé publique ont cité les facteurs suivants :

- la détermination, par l'OMS, de l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale, l'indication, par l'OMS, de ce que la flambée se trouvait encore dans la phase d'endiguement et les recommandations temporaires invitant tous les pays à se préparer à l'endiguement ;
- le fait que le SARS-CoV-2 était un nouveau virus, et que l'on en savait peu sur ses caractéristiques, notamment la source animale, sa durée de persistance dans l'environnement et son potentiel de mutation ;
- les vulnérabilités liées aux capacités limitées de laboratoire ; les inquiétudes concernant la surcharge des capacités d'action de santé publique, compte tenu de la concomitance de la saison grippale dans de nombreux pays, ainsi que des capacités limitées de placement en quarantaine des voyageurs rentrant au pays ;
- les vulnérabilités spécifiques des petits États insulaires en développement et des autres pays à revenu faible ou intermédiaire aux capacités d'action de santé publique limitées ;
- les connaissances limitées de l'épidémiologie de la maladie, notamment concernant la possibilité de transmission par des porteurs asymptomatiques, et du spectre clinique complet de la maladie et de sa sévérité ;
- l'absence d'un traitement ou vaccin spécifique ; et
- la perception de l'anxiété publique et des menaces pour la sûreté et la sécurité en raison du volume de voyages d'affaires et de tourisme en provenance des zones affectées.

91. Le Comité d'examen a discuté en profondeur de la question de savoir si l'OMS aurait dû recommander des mesures plus restrictives concernant les voyages au début de la flambée, compte tenu des informations disponibles à l'époque. Le Comité a noté la nécessité d'une communication plus

¹ <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (consulté le 27 avril 2021).

claire dans les premières recommandations de l'OMS en matière de voyages. Le Comité a également constaté que l'appel initial à l'endiguement aurait dû inclure des conseils concernant les restrictions aux voyages, notamment des recommandations de quarantaine à l'arrivée. Cependant, le Comité a examiné la question de savoir si un recours plus généralisé à des mesures aux frontières, telles que le dépistage ou la quarantaine à l'entrée, aurait retardé (à défaut d'éviter entièrement) la phase de croissance exponentielle dans d'autres pays, qui auraient ainsi mieux pu se préparer à faire face à l'épidémie.

92. Le Comité a été informé qu'une revue systématique Cochrane commandée par l'OMS sur l'incidence des mesures relatives aux voyages au début de la pandémie de COVID-19 tendait à indiquer que les restrictions imposées aux voyages ont contribué à un retard et à une réduction de la transmission internationale, toutefois ces effets semblent avoir été de courte durée et variables selon le contexte. Les interdictions de sortie imposées par la Chine semblent avoir limité la propagation initiale sur le plan géographique et quantitatif et, associées aux autres mesures nationales, avoir donné du temps aux autres pays pour mieux se préparer et mieux maîtriser la propagation de la maladie. Globalement, toutefois, la qualité des bases factuelles examinées était faible : bon nombre des études incluses dans l'analyse étaient des études de modélisation, dont les hypothèses présentaient diverses limitations, et il s'agissait pour beaucoup de prépublications (qui n'avaient donc pas été soumises à un comité de lecture). Les méthodes et mesures examinées différaient, ce qui rendait les comparaisons difficiles, et les études ne tenaient pas compte de l'incidence des autres mesures nationales sur la réduction de la transmission. En ce qui concerne l'efficacité des restrictions sur les voyages, davantage de recherches de qualité sont nécessaires pour étudier les facteurs susceptibles d'influer sur l'incidence des restrictions et déterminer quelle combinaison de mesures est la plus efficace.

93. Le Comité a estimé qu'en règle générale, les pays qui ont imposé tôt des restrictions sur les voyages pour réduire l'importation du virus, dans le cadre d'un ensemble exhaustif de mesures sociales et de santé publique, en ont maintenu l'incidence à un faible niveau. Il est toutefois nécessaire d'examiner les effets à long terme du maintien des restrictions au-delà de la phase initiale dans le contexte plus large de recherche d'un équilibre entre l'incidence économique des mesures et les gains en matière de santé publique. Il convient de continuer de promouvoir l'approche fondée sur les risques proposée par l'OMS afin d'éclairer les décisions relatives aux mesures relatives aux voyages.

94. Le Comité a par ailleurs constaté que, dans le cadre de la pandémie de COVID-19, les décisions relatives aux mesures visant les déplacements étaient souvent prises au niveau politique uniquement, sans apport technique et en dehors du champ d'intervention des autorités sanitaires. De plus, la déclaration de la pandémie a mené à des restrictions supplémentaires du fait du déclenchement des plans de préparation à la pandémie de nombreux pays. Cela crée des difficultés particulières en matière de communication sur les risques car, d'une part, le RSI fournit un cadre juridique pour la formulation de recommandations en matière de mesures visant les déplacements dans le cadre d'une urgence de santé publique de portée internationale, mais, d'autre part, il n'indique pas clairement quelles mesures doivent être déclenchées dès lors qu'une pandémie est déclarée.

95. Le Comité a conclu que l'efficacité des mesures relatives aux voyages dépend du moment auquel les restrictions sur les voyages sont mises en œuvre (le plus tôt étant le mieux), de l'ampleur de ces restrictions, des facteurs contextuels (par exemple épidémiologie, géographie et tendances en matière de voyages), ainsi que de la mise en œuvre simultanée de mesures sociales et de santé publique. Le dépistage devrait faire partie intégrante de la riposte de santé publique, afin d'identifier les personnes à placer en isolement et en quarantaine en vue de réduire la transmission.

96. Dans la recherche d'un équilibre entre l'incidence des mesures de santé publique sur le commerce et les déplacements internationaux, d'une part, et le risque pour la santé publique de l'autre, il est important de tenir compte du principe de précaution (ou « sans regrets ») lorsque l'on a affaire à un nouvel agent pathogène et que de nouvelles bases factuelles émergent au fil de l'évolution de la situation. Ce principe permet à l'OMS et aux États Parties de mettre en œuvre des mesures de précaution lorsque les données scientifiques sur un risque émergent et probablement élevé sont incertaines. Les principales variables à prendre en compte lors de l'application de mesures de précaution sont, entre autres, le degré de certitude des données scientifiques, la sévérité du risque, l'ampleur des enjeux et le coût potentiel de l'action et de l'inaction. Lorsque l'on est confronté à un nouvel agent pathogène clairement susceptible de provoquer une grave pandémie, tant les risques que les enjeux et le coût de l'inaction sont très élevés. Cependant, les mesures de précaution doivent être proportionnelles à la menace perçue, non discriminatoires, évaluées en permanence au regard des nouvelles connaissances et appliquées conformément au RSI, notamment aux dispositions de l'article 3.

97. Le Comité d'examen a par ailleurs évalué le défi que représentent les grands navires de croisière, qui peuvent créer des conditions telles qu'un grand nombre de passagers séjournant dans un espace exigu peuvent être exposés, leur isolement et leur placement en quarantaine posant alors des difficultés. Cette éventualité entraîne des difficultés nouvelles pour les États Parties et pour les exploitants de moyens de transport à une échelle qui n'est pas envisagée dans le RSI.

98. Le Comité s'est attaché à examiner la mesure dans laquelle les dispositions du RSI relatives aux droits de l'homme ont été respectées dans le cadre de la riposte à la COVID-19, notamment en ce qui concerne les mesures mises en œuvre en matière de voyages. Le Comité ne disposait pas de suffisamment de temps pour analyser cette question à fond, toutefois il a longuement débattu des domaines à analyser à l'avenir en matière de protection des droits de l'homme en situation d'urgence sanitaire. Des données empiriques ont été recensées concernant les éventuels problèmes de droits de l'homme dans le cadre de l'application de mesures sociales et de santé publique aux points d'entrée, tels que des violences à l'égard des femmes, des enfants et des personnes âgées en quarantaine. Parmi les exemples de violations des droits de l'homme en raison de mesures strictes de fermeture des frontières, on peut citer l'interdiction à des membres d'équipage de quitter leur navire ou à des travailleurs migrants et à d'autres citoyens de rentrer dans leur pays d'origine. Des personnes sont ainsi restées bloquées pendant des semaines, voire des mois, avec les graves difficultés financières et l'extrême détresse psychologique que cela suppose souvent.

Recommandations

- 1) Les États Parties devraient adopter une approche fondée sur les risques concernant la mise en œuvre de mesures sanitaires supplémentaires en réponse aux risques pour la santé publique et aux événements aigus de santé publique, notamment ceux dont il a été établi qu'ils constituent une urgence de santé publique de portée internationale ou une pandémie, et procéder à des évaluations fréquentes et régulières des risques et à des réévaluations des mesures en place, selon les conseils de l'OMS. Un examen plus rigoureux est requis pour vérifier que les mesures de santé publique sont nécessaires, proportionnées et non discriminatoires.
- 2) Les États Parties devraient se conformer à l'article 43 du RSI lorsqu'ils mettent en œuvre des mesures sanitaires supplémentaires qui restreignent le trafic international, en veillant à en respecter à la fois la lettre et l'esprit, notamment en observant strictement les exigences concernant les délais dans lesquels ils doivent informer l'OMS des mesures et de leur justification au regard de la santé publique. Il faudrait envisager de délimiter clairement les responsabilités des États Parties en vertu du RSI concernant l'application de mesures d'isolement et de quarantaine à bord des navires de croisière internationaux, et réfléchir à la recherche des contacts à l'international et à la prise en charge et au rapatriement des passagers de ces croisières.

- 3) L'OMS devrait appuyer les efforts de recherche visant à étoffer la base de données probantes ainsi que ses recommandations sur l'incidence et l'opportunité des restrictions aux voyages dans le cadre d'une urgence de santé publique de portée internationale ou d'une pandémie. À cet égard, l'OMS devrait examiner l'expression « entrave inutile au trafic international » en vue de parvenir à une interprétation plus pratique et plus consensuelle de cette expression dans le contexte des mesures relatives aux voyages pendant une urgence de santé publique de portée internationale ou une pandémie.
- 4) L'OMS devrait rendre public son mécanisme de collecte et d'échange d'informations en temps réel concernant les mesures relatives aux voyages, en collaboration avec les États Parties et les partenaires internationaux.

3.8 Numérisation et communication

Justification et dispositions pertinentes du RSI

99. Les technologies numériques ont considérablement évolué depuis l'entrée en vigueur du RSI en 2007. Les informations peuvent être recueillies plus rapidement à l'aide des systèmes de surveillance, et des signaux peuvent être décelés par des sources extérieures au secteur de la santé. Outre la collecte rapide de données, les analyses de ces données et leur mise en commun offrent de nombreuses possibilités d'accélération des processus de riposte. Pour tirer pleinement parti des opportunités qu'offrent les technologies numériques en matière de mise en œuvre du RSI, aujourd'hui et dans les années à venir, il est nécessaire de trouver des solutions aux problèmes de sécurité et de confidentialité des données.

100. Bon nombre des processus et actions envisagés dans le RSI doivent être adaptés de manière à tenir compte de ces développements. Ainsi, à l'heure actuelle, au titre du RSI, le statut vaccinal des voyageurs internationaux est consigné sur le certificat international de vaccination ou de prophylaxie, selon le modèle présenté à l'annexe 6 du RSI. Ce certificat, antérieur aux révisions du RSI de 2005, a toujours été délivré en format papier. Si certains pays ont instauré la vérification numérique du statut de vaccination contre la fièvre jaune par la vérification en ligne du certificat à la frontière, cette pratique n'est pas très répandue. Les articles 31, 36, 40, 43 et les annexes 6 et 7 du RSI portent sur les exigences de vaccination pour les voyageurs internationaux. Les dispositions relatives à la formulation de recommandations temporaires ou permanentes en vertu du Règlement autorisant les pays à exiger des preuves de vaccination aux voyageurs internationaux comme condition d'entrée ou de sortie figurent dans les articles 12, 15, 18 et 53.

Conclusions

101. Depuis le début de la pandémie de COVID-19, de nombreux pays ont commencé à exiger que les voyageurs présentent des documents attestant qu'ils ont été vaccinés contre la COVID-19, qu'ils ont des anticorps contre le SARS-CoV-2 en raison d'une infection passée ou qu'un test de laboratoire par dosage d'acides nucléiques ou d'antigènes du SARS-CoV-2 a révélé qu'ils ne souffrent pas d'infection aiguë. Suite à sa sixième réunion tenue en janvier 2021,¹ le Comité d'urgence a conseillé à l'OMS de se concerter avec les parties prenantes concernées en vue de l'élaboration de normes relatives à la documentation numérique, sur des plateformes numériques interopérables, des mesures

¹ [https://www.who.int/fr/news/item/15-01-2021-statement-on-the-sixth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/fr/news/item/15-01-2021-statement-on-the-sixth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic) (consulté le 27 avril 2021).

de réduction du risque de COVID-19 dans le cadre des voyages. Le Comité d'examen a également pris connaissance de la note de synthèse provisoire de l'OMS¹ demandée en janvier 2021 par le Comité d'urgence, qui présente les considérations scientifiques, déontologiques, juridiques et technologiques relatives aux preuves de vaccination contre la COVID-19 pour les voyageurs internationaux. La note signale qu'à cette époque (février 2021), les autorités nationales et les exploitants de moyens de transport ne devaient pas exiger de preuves de vaccination contre la COVID-19 comme condition de départ ou d'entrée dans le cadre des voyages internationaux, au motif que l'on manquait encore cruellement de connaissances sur l'efficacité de la vaccination en termes de réduction de la transmission et en raison de la disponibilité limitée des vaccins à l'échelle mondiale. Le Comité d'examen est conscient de la possibilité que la position de l'OMS change dans un avenir proche, au vu de l'évolution rapide de la situation en avril 2021, mois de finalisation du présent rapport.

102. Le Comité a pris note de préoccupations relatives à l'accès inéquitable aux technologies numériques, notamment dans les pays à faible revenu et parmi les populations pauvres de tous les pays, ainsi que d'inquiétudes concernant la protection des informations personnelles de santé. Les solutions numériques laissent en outre pour compte les personnes réticentes à utiliser l'Internet ou un téléphone portable. Plusieurs organisations commerciales et non gouvernementales, ainsi que des organismes des Nations Unies, s'emploient activement à mettre au point des applications de santé numériques, notamment des applications permettant de documenter le statut vaccinal. Des progrès rapides sont enregistrés en matière de numérisation des dossiers médicaux, des informations de santé publique pertinentes et d'autres informations à caractère personnel dans des formats adaptés à une utilisation à l'échelle mondiale.

103. S'il s'agit là de questions importantes qui doivent être débattues à l'échelle mondiale, la vitesse du développement international requiert un engagement, une direction et des efforts de conciliation urgents de la part de l'OMS. Il est urgent d'élaborer des normes internationalement reconnues concernant l'utilisation des technologies numériques dans le cadre de l'application du RSI. Le Comité a été informé par l'OMS au sujet du Groupe de travail sur le certificat de vaccination intelligent, qui s'attache à l'établissement de normes en vue d'un certificat de vaccination numérique à l'appui de la vaccination contre la COVID-19 et d'autres maladies.

Communication et échange d'informations

104. La pandémie de COVID-19 a touché le monde entier et continuera de le faire dans un avenir prévisible. Des informations claires, exactes et disponibles en temps opportun sont nécessaires pour renforcer l'action de santé publique. La communication rapide au travers des réseaux sociaux, qui a pris son essor peu après l'entrée en vigueur du Règlement, est désormais tellement généralisée que les informations deviennent parfois disponibles sur les réseaux sociaux avant même que les États Parties soient en mesure de communiquer officiellement avec l'OMS. Plus important encore, le contenu diffusé sur les réseaux sociaux n'est pas toujours exact. L'augmentation rapide de la quantité d'informations, conjuguée aux déficits d'information et aux messages prêtant à confusion, a mené à une surabondance d'informations, une « infodémie » sous l'effet de laquelle les gens ont du mal à savoir comment agir. Cette confusion suscite l'adoption de comportements à risque et érode la cohésion sociale et la confiance dans les autorités sanitaires – ce qui prolonge à son tour la pandémie.

¹ <https://www.who.int/news-room/articles-detail/interim-position-paper-considerations-regarding-proof-of-covid-19-vaccination-for-international-travellers> (consulté le 27 avril 2021).

105. L'OMS joue un rôle essentiel en diffusant dans les meilleurs délais des informations scientifiques exactes, notamment des outils pour faire face à la surabondance d'informations et à la désinformation dans la lutte contre la COVID-19. Le Comité d'examen est conscient du rôle de l'OMS en matière de fourniture d'informations et de conseils reposant sur des bases factuelles, opportunes, à jour et faisant autorité, à la fois à des fins de coordination de la riposte mondiale et de soutien aux ripostes nationales. Le leadership résolu de l'OMS à cet égard dans le cadre de la pandémie de COVID-19 – notamment par la tenue de points de presse réguliers et l'organisation de webinaires mondiaux au travers du Réseau OMS d'information sur les épidémies (EPI-WIN),¹ l'élaboration de supports d'information tels que les conseils pour en finir avec les idées reçues et la création d'une nouvelle discipline appelée gestion de l'infodémie – a permis de renforcer la confiance du public dans les conseils qu'elle prodigue. Le Comité a néanmoins noté que la coordination de la communication aux trois niveaux de l'Organisation reste difficile.

106. Lors d'entretiens avec l'équipe de l'OMS chargée de la communication, des inquiétudes ont été exprimées quant au fait que le terme « pandémie » n'est pas utilisé dans le RSI, alors qu'il pourrait éventuellement servir de déclaration d'une alerte, non seulement en lien avec la grippe, mais également pour des maladies causées par de nombreux agents pathogènes. Le Comité d'examen a aussi noté des préoccupations concernant l'acronyme anglais PHEIC (désignant traditionnellement une urgence de santé publique de portée internationale mais qui ne figure pas dans le texte du RSI) qui a la même prononciation que le mot anglais « fake » (faux), compte tenu de l'utilisation répandue du terme « fake news » (fausses nouvelles). Indépendamment de la prononciation du sigle, le Comité a noté qu'il est nécessaire d'en faire davantage concernant la communication de la définition d'une urgence de santé publique de portée internationale et les conséquences découlant de la déclaration d'une telle urgence. Comme mentionné dans les sections précédentes, de nombreux pays ont réagi plus activement après l'annonce de la pandémie que lors de la détermination de l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale.

Recommandations

- 1) L'OMS devrait, en consultation avec les États Parties et les partenaires, élaborer des normes pour la création d'une version numérique du certificat international de vaccination et de prophylaxie. À titre de priorité urgente, l'OMS devrait étudier les questions relatives aux certificats de vaccination numérisés, telles que l'authentification mutuelle et la sécurité des données.
- 2) L'OMS devrait élaborer des normes relatives aux applications de technologie numérique pertinentes dans le cadre des voyages internationaux, garantissant le respect de la vie privée et facilitant un accès équitable à toutes les personnes, y compris celles des pays à faible revenu. Il peut notamment s'agir de mettre au point des technologies numériques permettant la recherche des contacts à l'échelle internationale, ainsi que des options de numérisation de l'ensemble des formulaires sanitaires du RSI.
- 3) L'OMS devrait recourir davantage aux technologies numériques aux fins de la communication entre les points focaux nationaux RSI, et devrait aider les pays à renforcer les systèmes informatiques afin de garantir une communication rapide entre eux, l'OMS et les autres États Parties.

¹ <https://www.who.int/fr/teams/risk-communication/epi-win-updates> (consulté le 27 avril 2021).

4) L'OMS et les États Parties devraient renforcer leurs approches et leurs capacités en matière de gestion de l'information et de l'infodémie, de communication sur les risques et de participation communautaire, de manière à accroître la confiance du public dans les données, les éléments de preuve scientifiques et les mesures de santé publique, et à faire barrage aux informations inexactes et aux rumeurs sans fondement. Étant donné que l'acronyme anglais utilisé pour abréger l'expression « urgence de santé publique de portée internationale » – PHEIC – ne figure pas dans le texte du RSI et qu'il est souvent prononcé de la même manière que le mot anglais « fake » ([feɪk]) signifiant « faux », l'OMS et les États Parties devraient envisager d'utiliser un autre acronyme, par exemple PHEMIC.

3.9 Collaboration, coordination et financement

Justification et dispositions pertinentes du RSI

107. La mise en œuvre efficace du Règlement requiert que les États Parties collaborent activement entre eux et avec l'OMS. La coopération et la coordination internationales sont les fondements du RSI, elles figurent en bonne place dans de nombreux domaines stratégiques évoqués dans le présent rapport, notamment les discussions des points focaux nationaux RSI, la notification, la vérification et l'évaluation des risques. Conscient de ce que de nombreux secteurs de la société sont affectés par la pandémie et participent à la riposte mondiale, le Comité d'examen a cherché à cerner la mesure dans laquelle le RSI a rendu possibles la collaboration et la coordination dans le cadre de la riposte mondiale à la COVID-19. Les dispositions correspondantes du RSI figurent dans l'article 14 (coopération entre l'OMS et d'autres organisations intergouvernementales et organismes internationaux), l'article 44 (collaboration et assistance mutuelles entre les États Parties et collaboration et assistance de l'OMS avec les États Parties) et l'article 46 (transport et manipulation de substances biologiques, réactifs et matériels utilisés à des fins diagnostiques).

108. Le Comité d'examen a tenté de déterminer le degré d'efficacité des mécanismes actuels de collaboration et de coordination pour la riposte mondiale aux flambées de maladies dans le cadre de la pandémie de COVID-19. L'OMS a-t-elle collaboré efficacement avec les États Parties pendant la pandémie, notamment en termes de fourniture ou de facilitation de coopération technique et de soutien logistique, et qu'y a-t-il lieu de modifier ou d'améliorer ? En particulier, le Comité, soucieux de comprendre les difficultés de financement liées à la mise en œuvre des obligations de l'OMS au titre du RSI, a demandé une évaluation du niveau actuel de financement et des lacunes dans le travail de l'OMS relatif au RSI.

Conclusions

Collaboration et coordination

109. Le Règlement comprend des dispositions détaillées sur la détection et la notification des menaces sanitaires graves au niveau international. Toutefois, ces dispositions manquent de précision en ce qui concerne la coordination et le déploiement de la riposte, en dehors de l'exigence de publication de recommandations temporaires si l'événement constitue une urgence de santé publique de portée internationale, recommandations qui ne font généralement référence qu'aux mesures relatives aux voyages visées à l'article 18 du RSI. L'article 44 prévoit la collaboration et l'assistance entre les États Parties et avec l'OMS, mais ne donne pas d'orientations pratiques à cet égard. Le Comité a noté que le Règlement pourrait être plus pertinent s'il fournissait des orientations sur la coordination des mesures de riposte nationales et internationales, au-delà de la publication de recommandations temporaires.

110. Ces dernières années, l'OMS a souvent eu recours au GOARN pour appuyer la riposte mondiale aux situations d'urgence. Le Comité s'est entretenu avec le Président et le Vice-Président du GOARN, qui l'ont informé d'une enquête auprès du Comité directeur du réseau sur les difficultés liées à la riposte à la COVID-19, la participation du réseau à l'application des dispositions pertinentes du RSI et les options pour l'avenir.

111. Le Comité directeur du GOARN a reconnu le RSI comme élément clé de la préparation aux flambées épidémiques, de l'alerte et de l'action en cas de flambée, mais a fait remarquer que son application doit être renforcée aux niveaux communautaire, national et international. Les priorités sont notamment l'élaboration d'un système numérisé de détection précoce, d'alerte rapide et de confirmation des flambées épidémiques ; le renforcement des capacités d'intervention rapide au niveau communautaire ; l'amélioration des processus décisionnels liés à la gestion des urgences fondés sur des conseils scientifiques solides, les communications relatives aux risques et la reddition de comptes au titre du RSI ; et la modification de l'évaluation des capacités principales d'alerte et d'action de manière à traduire à la fois les capacités internationales et des pays en matière de gestion des flambées épidémiques et des pandémies.

112. Il est largement admis qu'un GOARN plus fort pourrait appuyer une meilleure application des dispositions applicables du RSI, en particulier en ce qui concerne l'évaluation rapide des risques, la mise en œuvre des activités de riposte face aux flambées aiguës, la coordination internationale de la riposte aux flambées épidémiques et la planification et le suivi de la préparation et de la capacité d'intervention. Les personnes interrogées ont évoqué la nécessité de modifier le modèle actuel de riposte aux flambées épidémiques du GOARN afin d'accorder davantage de priorité au renforcement des capacités nationales et régionales, notamment par une application efficace des modes opératoires normalisés en matière de coordination du travail des partenaires dans les pays et sur le plan international.

113. En ce qui concerne la détermination de l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale, l'enquête a également révélé un soutien en faveur d'une approche facilitant les alertes les plus précoces possible, des conseils scientifiques et techniques solides aux pays, et le déclenchement d'activités de riposte rapide, notamment la coordination internationale et le soutien technique, le cas échéant. Parmi les autres domaines à examiner de manière plus approfondie figurent le caractère opérationnel du soutien financier mondial aux capacités de préparation et d'action des partenaires, et les options d'intégration des capacités du RSI au sein du système de santé et d'amélioration de l'évaluation des capacités sans que cela pèse sur les États Parties.

114. La coordination de la riposte mondiale à la COVID-19 au travers de l'équipe de gestion des crises de l'ONU a été activée à la demande du Secrétaire général de l'ONU le 4 février 2020, sous la direction de l'OMS. Étant le seul organe à même de rassembler un éventail si large d'organismes des Nations Unies, elle a joué un rôle important en termes de renforcement de la cohérence dans l'ensemble du système de l'ONU en diffusant les informations pertinentes.

115. Le Comité a également été informé du Cadre d'action d'urgence de l'OMS,¹ qui définit la manière dont l'Organisation gère l'évaluation des risques, le classement des événements de santé publique et la riposte opérationnelle face à ceux-ci, à l'appui des États Membres et des communautés affectées. Le Cadre est axé sur l'intensification et la gestion des activités de riposte dans le cadre des événements et urgences aigus, définit les rôles et responsabilités aux trois niveaux de l'Organisation et

¹ <https://www.who.int/hac/about/erf/en/> (consulté le 27 avril 2021).

adopte une approche « tous risques ». Il est en cours de mise à jour à la lumière des recommandations du Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire et des enseignements des flambées de maladie à virus Ebola, de la COVID-19 et d'autres situations d'urgence. Lors de l'examen de la relation entre le Règlement et le Cadre d'action d'urgence, le Comité a constaté que l'information sanitaire du Cadre couvre la surveillance, l'épidémiologie, les produits d'information, l'analyse et la gestion des données. Une autre composante du Cadre d'action d'urgence de l'OMS est la coordination et la participation des partenaires, notamment du GOARN, des équipes médicales d'urgence, du Groupe sectoriel mondial pour la santé et des chargés de liaison des partenaires.

116. L'émergence d'un agent pathogène nouveau requiert de mettre rapidement au point des tests de diagnostic, des interventions thérapeutiques, des vaccins et des mesures de prophylaxie. Pour associer la communauté scientifique mondiale à la riposte, il est essentiel que les agents pathogènes, leur séquence génomique et les échantillons cliniques utiles soient rapidement mis à la disposition de la recherche médicale à travers le monde. Le Comité d'examen a noté que les découvertes scientifiques rapides concernant la COVID-19 et la mise au point de tests de diagnostic ont été rendues possibles par la divulgation à l'OMS par la Chine, le 11 janvier 2020, de la séquence génomique du nouveau coronavirus. L'isolat viral, en revanche, n'a pas été mis à disposition à l'international. Si l'article 46 du RSI stipule que les États Parties doivent faciliter le transport et la manipulation des substances biologiques, le Règlement n'impose cependant pas explicitement la fourniture rapide d'échantillons aux fins de l'évaluation des risques.

117. Cherchant à déterminer comment le Règlement pourrait faciliter l'échange rapide des résultats scientifiques et des échantillons au sein de la communauté scientifique mondiale en vertu de l'article 6, le Comité d'examen a constaté la nécessité de disposer d'un nouveau mécanisme de coopération dans ce domaine. Les leçons tirées de la planification de la préparation en cas de grippe pandémique peuvent fournir des indications utiles pour les travaux ultérieurs. Par ailleurs, d'autres dispositions pertinentes du droit international, à l'instar du Protocole de Nagoya, doivent être prises en considération. Le Comité a été informé des discussions en cours sur la façon dont ces éléments, parmi d'autres, peuvent renforcer la coordination et les collaborations mondiales dans le cadre d'urgences sanitaires mondiales et de pandémies, au travers d'une éventuelle convention mondiale sur la préparation et la riposte aux pandémies (voir l'Encadré 3).

Encadré 3. Contenu possible d'une future convention mondiale sur la préparation et la riposte aux pandémies

L'article 57 du RSI aborde la relation entre le Règlement et d'autres accords internationaux, notamment les traités et conventions. L'article appelle à ce que les instruments pertinents soient interprétés de manière à assurer leur compatibilité avec le RSI et prévoit la possibilité de « conclure des traités ou arrangements distincts » pour faciliter l'application du RSI.

Toute convention ou tout traité futurs relatifs aux pandémies devraient non seulement être compatibles avec l'article 57, mais également avoir pour effet de le renforcer.

À l'heure actuelle, le RSI concerne essentiellement la détection, l'évaluation et l'alerte, et contient également des dispositions sur la préparation en lien avec les capacités principales. Plusieurs autres éléments sont nécessaires pour disposer d'une architecture mondiale complète en matière de préparation et de riposte en situation d'urgence, mais ils n'entrent pas dans le champ d'application du RSI.

Prévention et protection

- Prévention et gestion des risques zoonotiques dans le cadre de l'approche « Une seule santé » : identification et prévention de la propagation zoonotique depuis les espèces sauvages et d'élevage. Cela nécessite une coordination avec les traités environnementaux concernant des questions telles que la biodiversité et le commerce des espèces menacées.

- Planification et préparation pangouvernementales et pansociétales aux urgences sanitaires, coordonnées à l'échelle nationale, notamment en matière de modalités de stockage. Cela ferait en partie double emploi avec les capacités principales du RSI, mais la mise en œuvre s'en verrait renforcée.

Riposte aux situations d'urgence

- Systèmes structurés d'échange d'informations concernant les échantillons d'agents pathogènes, les séquences génomiques et les avantages qui en résultent en termes de santé publique.
- Coopération internationale améliorée et accessibilité accrue de la recherche et de l'innovation relatives aux urgences sanitaires, notamment en ce qui concerne l'efficacité des mesures sociales et de santé publique.
- Capacités locales, régionales et mondiales accrues et optimisées économiquement en matière de fabrication et de distribution de fournitures médicales et de contre-mesures.
- Ressources humaines mondiales pour l'action sanitaire d'urgence, qui puissent être déployées rapidement aux niveaux national, régional et international afin de détecter les urgences sanitaires et d'y faire face.
- Protection de l'intégrité des chaînes d'approvisionnement mondiales.

Facteurs favorables

- Financement durable et prévisible de la préparation et de la riposte aux situations d'urgence sanitaire, y compris au moyen des budgets nationaux et de modalités novatrices de financement.
- Processus d'examen par des pairs et des experts et mécanismes de responsabilité mutuelle.
- Mesures promouvant la conformité, telles que des procédures de vérification et d'inspection, des processus améliorés de règlement des différends et des sanctions en cas de non-conformité.
- Processus d'élaboration normative structurée, par exemple de protocoles et de lignes directrices comme dans la Convention-cadre pour la lutte antitabac.
- Priorisation claire de la protection de la santé publique dans l'objectif du traité.
- Protection des droits de l'homme et de la vie privée dans le contexte des technologies de surveillance, de l'intelligence artificielle et de l'utilisation des mégadonnées à des fins de santé publique.

Financement

118. Le Règlement ne met pas suffisamment l'accent sur la responsabilité financière de chaque État Partie, et ne met pas en lumière le rôle du financement international en termes de sensibilisation et d'instauration d'une vision commune du RSI et de renforcement des capacités principales des États Parties.

119. Le Comité d'examen a demandé une analyse du niveau actuel de financement des fonctions liées au RSI à tous les niveaux de l'OMS. Il a reçu une cartographie fonctionnelle des niveaux actuels de personnels mettant en œuvre les obligations de l'OMS dans le cadre du RSI, au Siège et dans les six bureaux régionaux de l'Organisation. Il s'agissait de cartographier les personnels de l'OMS mettant en œuvre les obligations de l'Organisation au titre du RSI en lien avec les aspects suivants : les points focaux nationaux RSI et les capacités principales ; la surveillance, la notification, la vérification et l'échange d'informations ; l'action de santé publique ; le Comité d'urgence et la détermination de l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale ; les mesures sanitaires supplémentaires ; le Comité d'examen et les recommandations permanentes ; l'établissement de rapports ; et les mesures propres aux maladies à transmission vectorielle. Il ressort de cette analyse

préliminaire qu'environ 194 équivalents plein temps assurent des fonctions relatives au RSI de l'OMS, pour un coût total estimé à quelque 42 millions de dollars des États-Unis. Cette analyse n'incluait pas les personnels de l'OMS participant aux activités d'action de santé publique au Siège et dans certains des bureaux, étant donné qu'ils varient d'un événement à l'autre. Elle ne couvre pas non plus le financement d'activités telles que les ateliers, l'élaboration d'orientations et les activités d'appui aux pays. La majeure partie des personnels assure des fonctions relatives au suivi des capacités principales du RSI ainsi qu'à la surveillance, la notification et la vérification.

120. C'est la première fois, à la connaissance du Comité d'examen, qu'une telle cartographie complète des ressources humaines des fonctions relatives au RSI a été réalisée. Cependant, compte tenu du fait qu'il n'y avait pas de base de comparaison, ni d'indication standard quant aux exigences minimales de dotation en personnel pour l'ensemble des fonctions relatives au RSI, et que ces exigences varient souvent d'un événement à l'autre, ces estimations ne représentent qu'un aperçu de la situation actuelle. Une analyse plus approfondie est nécessaire pour pleinement apprécier le financement actuel des fonctions relatives au RSI, leur affectation et les éventuelles lacunes.

Recommandations

- 1) Les États Parties devraient garantir un financement adéquat et durable aux fins de l'application du RSI aux niveaux national et infranational, et fournir un financement adéquat et durable au Secrétariat de l'OMS pour ses travaux en matière de prévention, de détection et de riposte aux flambées épidémiques, conformément aux recommandations du Groupe de travail sur le financement durable mis en place par le Conseil exécutif en janvier 2021.
- 2) L'OMS devrait s'attacher à ce que ses bureaux au niveau du Siège, des Régions et des pays disposent de ressources humaines et financières suffisantes pour pouvoir s'acquitter efficacement des obligations de l'Organisation au titre du RSI liées aux fonctions relatives à la communication avec les points focaux nationaux RSI, au renforcement et à l'évaluation des principales capacités, à la notification, à l'évaluation des risques et à l'échange d'informations, à la coordination et à la collaboration durant les urgences de santé publique, et aux autres dispositions pertinentes du RSI.
- 3) Les États Parties devraient donner à l'OMS un mandat clair s'agissant de leur fournir un soutien individuel actif lorsqu'elle prend connaissance d'informations sur des événements à haut risque. À l'heure actuelle, ce soutien ne peut être fourni qu'à la demande d'un État Partie. L'OMS devrait continuer de renforcer ses travaux avec les réseaux concernés afin d'offrir et de coordonner un appui technique immédiat dans le cadre d'enquêtes sur des flambées épidémiques et d'évaluations des risques lorsque l'Organisation prend connaissance d'informations sur des événements à haut risque, et ces offres devraient être acceptées par les États Parties. Lorsque ceux-ci n'acceptent pas les offres de soutien, ils devraient justifier promptement leur position par écrit.
- 4) L'OMS devrait établir et mettre en œuvre des procédures et mécanismes clairs de coordination et collaboration intersectorielles en matière de préparation et d'alerte et action rapide face aux événements aigus, notamment face aux urgences de santé publique de portée internationale, et renforcer les opérations existantes au moyen d'un GOARN élargi et en travaillant avec les équipes médicales d'urgence, le Groupe sectoriel mondial pour la santé et d'autres réseaux indiqués.

5) L'OMS et les États Parties devraient étudier les avantages de l'élaboration d'une convention mondiale sur la préparation et la riposte aux pandémies à l'appui de la mise en œuvre du RSI. Une telle convention pourra comporter des dispositions relatives à la préparation, à la capacité de réaction et à la riposte dans le cadre d'une pandémie qui ne figurent pas dans le RSI, par exemple concernant des stratégies d'échange rapide d'agents pathogènes, d'échantillons et d'informations sur les séquences génomiques à des fins de surveillance et d'action de santé publique, notamment pour mettre au point des contre-mesures efficaces ; fournir un accès équitable, à l'échelle mondiale, aux avantages découlant de ces échanges ; et permettre le déploiement rapide d'une équipe de l'OMS pour assurer une enquête et une action rapides, maintenir la chaîne d'approvisionnement mondiale et prévenir et gérer les risques zoonotiques dans le cadre de l'approche « Une seule santé ».

6) L'OMS devrait faciliter et appuyer les efforts visant à renforcer les bases factuelles et les recherches sur l'efficacité des mesures sociales et de santé publique dans le cadre des pandémies, de manière à étayer les efforts de préparation, notamment l'élaboration d'orientations et de conseils d'urgence.

3.10 Conformité et responsabilité

121. Le Comité d'examen a noté que le RSI ne contient pas de mécanisme clair de suivi du respect des nombreuses obligations de l'OMS et des États Parties, en dehors d'un rapport d'autoévaluation statique sur les capacités principales et d'un rapport annuel du Secrétariat de l'OMS à l'Assemblée mondiale de la Santé sur la mise en œuvre. Ces rapports, ainsi que les outils utilisés aux fins de leur élaboration, n'évaluent pas les performances des différents pays au regard des fonctions et obligations relatives au RSI, ni la mesure dans laquelle l'OMS s'est acquittée de ses obligations au titre du Règlement. Le Comité a constaté à maintes reprises que le RSI n'est assorti d'aucun mécanisme permettant d'en faire respecter l'application.

122. La responsabilité globale d'application du RSI incombe aux États Parties. Le Comité a noté que l'application effective du RSI exige de nombreuses fonctions qui ne font pas partie du mandat restreint du point focal national RSI, comme la coordination multisectorielle de la préparation et l'intervention en cas d'urgence ou l'évaluation des risques à réaliser en collaboration. La distinction entre le point focal national RSI et l'autorité compétente d'un État Partie (« les autorités responsables, dans sa propre juridiction, de la mise en œuvre des mesures sanitaires prévues au présent Règlement », tel que défini à l'article 4.1 du RSI) est souvent floue, ce qui porte à confusion quant aux rôles et attentes du point focal national RSI et suscite une difficulté apparente en termes de responsabilisation des États Parties concernant l'ensemble de leurs obligations au titre du RSI. Il ressort des évaluations actuelles que peu d'États Parties coordonnent leurs actions dans les secteurs concernés selon une approche pangouvernementale ou pansociétale. L'absence d'entité nationale spéciale dotée d'une autorité suffisante et d'un mandat clair pour diriger la mise en œuvre du RSI est vue comme une entrave significative à l'application efficace du Règlement aux niveaux national et infranational.

123. Le Comité d'examen a été informé du processus d'examen périodique universel élaboré et mis en œuvre par le Conseil des droits de l'homme¹ pour évaluer le respect, par les pays, de leurs obligations en matière de droits de l'homme (voir l'Encadré 4). Le Comité estime qu'un mécanisme d'examen collégial semblable pourrait être utile pour améliorer la préparation et la riposte aux situations d'urgence, et faire en sorte que les obligations imposées par le Règlement soient mieux

¹ <https://www.ohchr.org/FR/hrbodies/upr/pages/uprmain.aspx> (consulté le 27 avril 2021).

respectées par les États Parties. Dans le domaine des droits de l'homme, il a été montré que l'Examen périodique universel favorise la coordination intersectorielle, les approches pangouvernementales et la participation de la société civile, incite à suivre les bonnes pratiques et relie l'application des recommandations découlant de l'Examen aux objectifs de développement durable et à d'autres programmes gouvernementaux. Ces résultats sont particulièrement parlants quant à la nécessité de promouvoir et favoriser la coopération intersectorielle aux fins de l'application du RSI au niveau des pays.

Encadré 4. L'Examen périodique universel au service de l'amélioration des droits de l'homme

- L'Examen périodique universel (EPU) est un mécanisme global d'examen d'État à État instauré en 2006 sous l'égide du Conseil des droits de l'homme en vue de passer en revue, tous les quatre ans et demi, le respect de leurs obligations et engagements en matière de droits de l'homme par les 193 États Membres des Nations Unies. Ce mécanisme fournit aux États l'opportunité de présenter les mesures qu'ils ont prises pour améliorer la situation des droits de l'homme sur leur territoire. Il sert par ailleurs à rappeler aux États leur responsabilité de respecter pleinement tous les droits de l'homme et libertés fondamentales, dans l'objectif ultime d'améliorer la situation des droits de l'homme dans tous les pays et de répondre aux violations des droits de l'homme, où qu'elles se produisent.
- Le processus d'Examen périodique universel comporte trois sessions de deux semaines par an, au cours desquelles les représentants de 14 pays sont interrogés pendant trois heures et demie par des représentants d'autres pays. Des experts sélectionnés sur la liste du HCDH d'experts en matière de droits de l'homme se rendent dans les pays concernés. L'examen de chaque pays est étayé par trois documents, à savoir : 1) un rapport national d'un maximum de 10 000 mots rédigé par le pays concerné (souvent sous la direction du ministère des affaires étrangères, du pouvoir judiciaire ou de plusieurs ministères travaillant conjointement) ; 2) un document du HCDH reposant sur les rapports d'experts indépendants des droits de l'homme sur le respect des traités et normes internationaux ; et 3) un document synthétisant les commentaires généraux d'autres parties prenantes concernées, notamment des organisations non gouvernementales. Le HCDH met l'accent sur la fiabilité et l'objectivité des informations. Pour chaque examen de pays, un groupe de travail prépare des recommandations, qui devront être approuvées par le Conseil. Les pays ainsi examinés peuvent ensuite choisir d'accepter les recommandations ou d'en prendre note. Les recommandations acceptées sont censées être mises en œuvre.
- L'EPU est un processus ouvert, transparent et participatif, axé sur les améliorations systémiques. Il ne traite pas de situations spécifiques. Les États Membres donnent généralement suite aux recommandations qu'ils ont acceptées, parfois avec le soutien d'autres États Membres, toutefois l'inaction n'a pas de répercussions pour eux. Pour sa part, le HCDH accorde en règle générale une plus grande importance aux bonnes pratiques, à titre d'encouragement pour les autres pays. L'EPU est de plus en plus utilisé par les organismes humanitaires pour attirer l'attention sur les abus au sens des Conventions de Genève et, à l'occasion, pour signaler des questions liées à la santé en tant que droit de l'homme.

Recommandations

- 1) Chaque État Partie devrait informer l'OMS concernant la mise en place de son autorité nationale chargée de l'application globale du RSI, qui sera reconnue et tenue responsable de la fonctionnalité du point focal national RSI et de l'acquittement d'autres obligations au titre du RSI. L'OMS, en consultation avec les États Membres, devrait élaborer un cadre de responsabilité pour les autorités compétentes chargées de l'application du RSI.
- 2) L'OMS devrait travailler en collaboration avec les États Parties et les parties prenantes concernées à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un mécanisme d'examen périodique universel afin d'évaluer la conformité au RSI, d'en faire rapport et de l'améliorer, et de garantir la responsabilisation au regard des obligations relatives au RSI, au moyen d'une approche multisectorielle et pangouvernementale.

3) Compte tenu de l'expérience de la pandémie de COVID-19 et de la nécessité d'une collaboration multisectorielle, l'OMS devrait poursuivre l'élaboration d'orientations sur la manière de structurer des évaluations rigoureuses, inclusives et faisant intervenir l'ensemble des pouvoirs publics ainsi que d'autres activités de préparation, et devrait collaborer avec les États Membres en vue de mobiliser les parties prenantes au-delà du secteur de la santé pour identifier et combler les lacunes au niveau des pays en matière de préparation.

4) L'OMS devrait collaborer avec les organismes internationaux de droits de l'homme afin de surveiller les actions des États Parties durant des situations d'urgence sanitaire et de rappeler régulièrement l'importance de veiller à ce que les ripostes respectent les principes internationaux en matière de droits de l'homme, notamment la protection des données à caractère personnel et de la confidentialité, comme convenu par les États Parties dans le RSI.

4. MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS DES PRÉCÉDENTS COMITÉS D'EXAMEN DU RSI

124. Le Comité avait notamment pour tâche d'examiner les progrès réalisés au regard des recommandations des trois précédents Comités d'examen du RSI. Au vu de la similitude de certaines des recommandations émises par les quatre Comités d'examen, il est clair que, si des progrès ont certes été réalisés, la mise en œuvre s'est avérée inégale et la cadence des changements depuis 2011 a été trop lente : si des suites avaient été données aux recommandations formulées en 2011, 2015 et 2016, les États Parties et l'OMS auraient été mieux préparés face à la COVID-19.

4.1 Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A(H1N1) 2009

125. Le rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A(H1N1),¹ présenté à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2011, mettait en lumière un certain nombre de problèmes qui restent d'actualité et requièrent une solution. Le rapport mentionne notamment que « la faiblesse structurelle la plus importante du RSI est l'absence de sanctions exécutoires. Ainsi, par exemple, si un pays omet d'expliquer pourquoi il a adopté des mesures plus restrictives pour le trafic et le commerce que celles recommandées par l'OMS, cela n'a pas de conséquences légales. » On peut également y lire ce qui suit : « Le Comité a également constaté des difficultés systémiques auxquelles s'est heurtée l'OMS et certaines carences dans l'action de celle-ci : L'absence de description cohérente, mesurable et compréhensible de la gravité de la pandémie. Même si la définition d'une pandémie repose exclusivement sur son extension, son degré de gravité influe sur les choix concernant la politique à mener, les décisions personnelles et l'intérêt général. On a besoin d'avoir une bonne évaluation de la gravité aux niveaux national et sous-national. Ces données aident l'OMS à analyser la situation mondiale au fur et à mesure de son évolution et lui permet de fournir des informations en temps utile aux États Membres. Le Comité reconnaît cependant que la caractérisation de la gravité est une chose complexe et difficile à réaliser sur le plan pratique. ».

¹ Document A64/10 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-fr.pdf, consulté le 27 avril 2021).

126. L'Assemblée mondiale de la Santé a pris note du rapport et a demandé au Directeur général, par l'intermédiaire de la résolution WHA64.1 (2011),¹ de présenter une mise à jour exposant les progrès accomplis dans la mise en œuvre de ces recommandations à sa Soixante-Sixième Assemblée. La mise à jour présentée dans le document A66/16² met en lumière les progrès accomplis ainsi que les lacunes restantes, concluant en ces termes : « Le rapport et les recommandations du Comité d'examen continuent de jouer un rôle important en influant sur les travaux du Secrétariat, tant dans l'application du Règlement sanitaire international (2005) que dans les préparations à de futures pandémies grippales. Même si l'intérêt du Règlement pour les pays et le Secrétariat est constamment démontré dans la gestion d'événements aigus de santé publique, telle que les cas actuellement observés d'une maladie associée à un nouveau coronavirus, dans un même temps, les procédures d'octroi de délai supplémentaire ont attiré l'attention de la communauté internationale sur la mise en place des capacités nationales. Dans le contexte de crise économique mondiale, où les progrès rapides sont freinés par les restrictions dans les ressources techniques, humaines et financières, le Règlement reste au cœur des engagements pour préserver et améliorer la sécurité sanitaire mondiale. ».

127. L'OMS a analysé de manière plus approfondie les progrès accomplis dans la mise en œuvre des 15 recommandations. Cette analyse est en cours d'examen par un comité de lecture en prévision de sa publication. Un aperçu en a été présenté au Comité d'examen sur la COVID-19, qui a constaté que des progrès substantiels ont été accomplis concernant les recommandations suivantes :

- le renforcement de la capacité interne de l'OMS d'assurer une riposte soutenue par la mise en place du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, assorti du Cadre d'action d'urgence révisé et de la mise en œuvre régulière d'un système de gestion des incidents pour les urgences de santé publique ;
- l'amélioration des pratiques de nomination d'un Comité d'urgence par l'élaboration de procédures standard de convocation ;
- la révision des lignes directrices sur la préparation en cas de pandémie ;
- la création d'un fonds de réserve pour les urgences de santé publique ; et
- l'obtention d'un accord sur l'échange d'échantillons de virus grippaux et l'accès aux vaccins antigrippaux et à d'autres avantages par l'adoption, en 2013, du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique.³

128. Des progrès modestes ont été enregistrés dans cinq domaines : l'amélioration du site d'information sur les événements ; les ressources nécessaires pour tous les points focaux nationaux RSI ; l'élaboration et l'application de mesures d'évaluation de la gravité ; la simplification de la gestion des documents d'orientation ; et l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique de communication stratégique à l'échelle de l'Organisation. Des progrès limités ont été accomplis dans trois domaines : le renforcement de la prise de décisions fondées sur des données factuelles concernant les voyages et les échanges commerciaux internationaux ; la promotion de la conclusion d'accords préalables pour la distribution et la livraison des vaccins ; et la constitution d'une réserve plus

¹ Résolution WHA64.1 (2011) (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-REC1/A64_REC1-fr.pdf, consulté le 27 avril 2021).

² Document A66/16 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_16-fr.pdf, consulté le 27 avril 2021).

³ Document A66/17 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_17-fr.pdf, consulté le 27 avril 2021).

importante de personnels de santé publique à l'échelle mondiale. Le présent Comité d'examen note avec préoccupation les difficultés persistantes liées au rôle de l'OMS dans le domaine des voyages et du commerce, mises en lumière dans le cadre de la riposte à la COVID-19.

4.2 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

129. Le rapport de ce Comité d'examen,¹ présenté à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2015, souligne que « malgré les progrès réalisés dans de nombreux domaines, [...] il subsiste [...] des pays confrontés à d'importantes difficultés pour appliquer pleinement le RSI, les principaux obstacles étant notamment les suivants : pouvoir/capacité insuffisants des points focaux nationaux ; idée erronée selon laquelle l'application du RSI incombe uniquement au ministère de la santé ; participation/sensibilisation limitées des secteurs autres que la santé humaine ; [...] idée selon laquelle l'application est une procédure juridique rigide peu préoccupée par des considérations opérationnelles et des enseignements tirés de l'expérience acquise ». Dans la résolution WHA68.5 (2015),² l'Assemblée de la Santé saluait le Comité d'examen pour son rapport, invitait instamment les États Membres à soutenir la mise en œuvre des recommandations contenues dans le rapport et demandait au Directeur général de présenter une mise à jour sur les progrès accomplis à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

130. En réponse à la recommandation invitant le Directeur général à envisager différentes approches pour l'évaluation à court et à long terme et l'acquisition des principales capacités prévues par le RSI »,³ l'OMS a élaboré le cadre de suivi et d'évaluation du RSI pour les principales capacités, lequel, outre le rapport annuel, prévoit des examens a posteriori, des exercices de simulation et une évaluation externe indépendante.⁴

4.3 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

131. Le 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 a formulé 12 recommandations dans son rapport à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé de mai 2016.⁵ Dans la décision WHA69(14) (2016), l'Assemblée de la Santé priait le Directeur général « de dresser, pour examen par les comités régionaux en 2016, un projet de plan mondial de mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen [...] et [...] de présenter une version définitive du projet de plan mondial de mise en œuvre au Conseil exécutif à sa cent quarantième session pour examen ». ⁶ Ce plan mondial a été élaboré à la suite des discussions menées au sein des six comités régionaux en 2017, d'une consultation en ligne

¹ Document A68/22 Add.1 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_22Add1-fr.pdf, consulté le 27 avril 2021).

² Résolution WHA68.5 (2015) (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_2015_REC1-fr.pdf#page=38, consulté le 27 avril 2021).

³ Document A68/22 Add.1, paragraphe 43 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_22Add1-fr.pdf, consulté le 29 avril 2021).

⁴ Annexe au document A69/20 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_20-fr.pdf, consulté le 27 avril 2021).

⁵ Document A69/21 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-fr.pdf, consulté le 27 avril 2021).

⁶ Décision WHA69(14) (2016) (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69-REC1/A69_2016_REC1-fr.pdf#page=85, consulté le 27 avril 2021).

menée par le Secrétariat de l’OMS entre le 19 septembre et le 13 octobre 2017, et d’une consultation menée le 8 novembre 2017 avec les États Membres, par l’entremise des missions permanentes à Genève. Le plan a été accueilli favorablement par la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé dans la décision WHA71(15) (2018), mais il n’a pas encore été largement adopté. Le rapport annuel sur l’application du RSI présenté à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé évaluait les progrès accomplis dans des domaines précis du plan stratégique mondial quinquennal.¹

132. Le Comité d’examen sur la COVID-19 a noté les progrès accomplis dans la mise en œuvre d’évaluations exhaustives des capacités principales au travers du cadre de suivi et d’évaluation du RSI, faisant néanmoins remarquer que la pandémie de COVID-19 a révélé certaines limitations de cette approche, à savoir que de nombreux pays qui ont pourtant un score d’évaluation élevé ont du mal à mener une riposte efficace aux flambées épidémiques. Le Comité a également pris note des progrès accomplis dans l’approche de l’OMS en matière de communication relative aux risques et d’échange d’informations, en particulier dans son approche normalisée d’évaluation rapide des risques pour les événements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale (tel que mentionné à la section 3.6). En outre, le Groupe consultatif stratégique et technique sur les risques infectieux a été mis sur pied en 2018 en tant que groupe consultatif technique auprès du Programme OMS de gestion des situations d’urgence sanitaire,² et le Réseau EPI-WIN a été créé en 2020 comme mécanisme d’échange d’informations de santé publique et de lutte contre les fausses informations relatives à la pandémie de COVID-19.³ Des progrès ont été accomplis dans la mise en œuvre des recommandations du Comité d’examen sur la flambée de maladie à virus Ebola concernant le renforcement des points focaux nationaux RSI, l’appui aux pays les plus vulnérables et le renforcement des capacités des systèmes de santé, bien qu’il reste encore beaucoup de chemin à faire.

133. Une fois terminée la pandémie de COVID-19, le Comité recommande de procéder à une évaluation plus exhaustive des progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations des précédents Comités d’examen, axée sur la manière dont leurs recommandations ont été mises en œuvre aux niveaux national et régional, ainsi qu’au Siège de l’OMS. Pour l’heure, ni les États Parties ni l’OMS n’ont le temps et les ressources nécessaires pour entreprendre cette tâche.

5. CONCLUSIONS

134. Lors de l’entrée en vigueur du RSI le 15 juillet 2007, deux ans après son adoption par l’Assemblée mondiale de la Santé, l’OMS a annoncé que la communauté internationale disposait désormais d’un nouveau cadre juridique permettant de mieux gérer ses défenses collectives pour détecter les événements liés aux maladies et faire face aux risques et urgences de santé publique.⁴ La principale priorité du RSI consiste à prévenir et maîtriser la propagation internationale des risques pour la santé publique.

¹ Document A72/8 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_8-fr.pdf, consulté le 27 avril 2021).

² https://www.who.int/emergencies/diseases/strategic-and-technical-advisory-group-for-infectious-hazards/STAG_IH_TOR_2018_final.pdf?ua=1 (consulté le 29 avril 2021).

³ <https://www.who.int/teams/risk-communication/about-epi-win> (consulté le 29 avril 2021).

⁴ <https://www.who.int/ihr/publications/ihrbrief1en.pdf> (consulté le 29 avril 2021).

135. Le Règlement est un pilier de la sécurité sanitaire mondiale, le fondement de l'architecture mondiale de suivi et d'action face aux risques et urgences de santé publique, à laquelle participent les pays, les institutions et les réseaux coordonnés par l'OMS. Cette architecture a pour finalité de permettre la prévention, la détection et l'endiguement des risques et menaces pour la santé, le renforcement des capacités nationales à cet effet et la coordination d'un système mondial d'alerte et d'action.

136. Malgré les près de deux décennies investies, aucun de ces éléments ne s'est avéré suffisant face au SARS-CoV-2 : depuis le début de 2020, nous sommes plongés dans une crise prolongée, sans précédent dans notre histoire récente. Des millions de vies ont été perdues ; des millions d'autres personnes qui ont été atteintes par une forme aiguë de la maladie souffrent de complications à long terme, et d'innombrables individus sont affligés de problèmes de santé mentale résultant de mois d'anxiété, de dépression, de privations et d'isolement social. Les enfants ont perdu des mois d'enseignement à l'école, les adultes des mois de travail, et les inégalités existantes ont été exacerbées. Les voyages connaissent de graves perturbations. L'économie de la plupart des pays a enregistré un déclin significatif en 2020, et les gouvernements ont accumulé des niveaux d'endettement inédits depuis la Deuxième Guerre mondiale.

137. À l'heure où le Comité d'examen présente ce rapport, la pandémie n'est pas encore maîtrisée et la plupart des pays imposent encore des restrictions sur les voyages. Des vaccins hautement efficaces, mis au point à une vitesse remarquable, sont source d'optimisme. Cependant, en raison de leur déploiement inégal et inéquitable dans le monde et de l'identification de rares problèmes d'innocuité, de la difficulté à maintenir la mise en œuvre efficace des autres mesures de santé publique et de l'émergence de nouveaux variants du virus, il faudra un certain temps pour maîtriser la pandémie. Si quelques pays sont parvenus à une faible incidence de la COVID-19 et réussissent à la maintenir, beaucoup d'autres connaissent de nouvelles vagues alimentées par des variants du virus identifié pour la première fois en décembre 2019, dont certains ont un taux de reproduction plus élevé et peuvent causer des formes plus sévères de la maladie ou échapper à l'immunité procurée par les vaccins.

Plus d'un an plus tard, pourquoi le monde a-t-il encore du mal à endiguer le SARS-CoV-2 ?

138. Les raisons de la riposte inadéquate sont nombreuses. Il importe de noter, comme l'ont du reste fait tous les autres Comités d'examen du RSI, que les capacités nationales en matière de prévention, de détection et d'action face aux risques pour la santé publique sont faibles. Dans le cadre de la COVID-19, le temps qu'il a fallu pour identifier la transmission interhumaine du virus, ainsi que la transmission asymptomatique et présymptomatique, a probablement constitué l'un des éléments les plus difficiles d'une riposte appropriée au début de la flambée. L'OMS aurait pu utiliser ses propres évaluations des risques, sans attendre l'approbation des pays affectés ou les conseils du Comité d'urgence. L'incapacité collective à prévoir, au début de la pandémie, l'impact sanitaire, social et économique en l'absence d'interventions pharmacologiques efficaces, a été un autre facteur important. Le monde n'était pas prêt pour ce genre de menace.

139. Si la communauté internationale avait su, dans les premiers jours de 2020, ce qu'elle sait aujourd'hui, il est probable que l'OMS, de nombreux gouvernements et les autres parties prenantes concernées auraient agi différemment. Tout en reconnaissant les nombreuses inconnues au début de la flambée épidémique, le Comité d'examen considère qu'une mise en œuvre plus robuste des mesures de santé publique conseillées par l'OMS aurait pu retarder la propagation internationale et empêché la croissance exponentielle au début de la flambée, et donc donner aux gouvernements le temps de mettre en place des stratégies afin de maîtriser l'épidémie et de réduire la charge de morbidité.

Messages clés

140. Malgré les difficultés et les restrictions liées au travail virtuel et à l'exécution de son examen en pleine pandémie, le Comité d'examen a entrepris d'évaluer article par article le fonctionnement du RSI dans le cadre de la COVID-19. Les conclusions et les recommandations figurant au chapitre 3 reposent sur les bases factuelles disponibles au 31 mars 2021 et sur la centaine d'entretiens réalisés. Dès le début de ses délibérations, les membres du Comité d'examen sont convenus que les recommandations de celui-ci se devaient d'être exhaustives et pratiques plutôt qu'ambitieuses, afin de déterminer les mesures à prendre pour améliorer le fonctionnement du RSI. Au cours de ses délibérations, le Comité a formulé les messages clés suivants.

Conformité et responsabilisation

1. Le non-respect, par les États parties, de certaines obligations au titre du RSI, en particulier en matière de préparation, a contribué à ce que la pandémie de COVID-19 soit devenue une urgence de santé publique mondiale de longue durée.

141. Le Comité d'examen a noté que la conception du RSI répond à son objectif initial de cadre convenu de protection de la santé mondiale, et qu'aucune modification importante n'est requise à ce stade. Cependant, l'interprétation et l'application du RSI, à la fois par l'OMS et par les États Parties, sont sous-optimales. Le Comité a constaté que la tension inhérente entre l'objectif du RSI de protection de la santé et la nécessité de protéger les économies en évitant les restrictions sur les voyages et le commerce constitue le principal facteur limitant le respect du Règlement. S'il n'a pas eu le temps d'examiner l'application et le respect du RSI par chaque État Partie, le Comité considère, sur la base des entretiens et des évaluations réalisés, qu'un engagement renouvelé est nécessaire en faveur des dispositions du RSI relatives aux aspects suivants :

- notification et demandes de vérification des risques pour la santé au moyen des mécanismes existants d'échange d'informations entre les pays et l'OMS ;
- fourniture, par les pays, d'informations suffisantes à l'OMS pour permettre une évaluation éclairée des risques ;
- recours plus ferme, par l'OMS, aux dispositions pertinentes du RSI pour permettre une communication précoce relative aux risques aux fins des alertes et de l'action en matière de santé publique ;
- approche plus systématique de convocation et de délibérations du Comité d'urgence ;
- priorisation des politiques de protection de la santé par rapport aux politiques de protection des voyages et du commerce ; et
- recours plus ferme au principe de précaution face à de nouveaux agents pathogènes.

2. La responsabilité de l'application du RSI doit être élevée au plus haut niveau d'autorité des États.

142. Dans le cadre des entretiens et des déclarations écrites, les États Membres et les experts ont exprimé leur adhésion massive au RSI en tant que pierre angulaire du droit international de la santé publique et de la sécurité sanitaire. Cependant, ce soutien tranche nettement avec la réalité, en ce sens

que le respect du Règlement est inégal et que celui-ci n'a pas été intégré dans l'ensemble des institutions gouvernementales. Il est crucial que le Règlement bénéficie d'un soutien politique de haut niveau. Il convient de clarifier les attributions respectives des États Parties et de l'OMS, et de mieux cerner les entraves auxquelles se heurte l'OMS dans la mise en œuvre des dispositions du RSI.

3. Un mécanisme solide de responsabilisation permettant d'évaluer et d'améliorer le respect des obligations au titre du RSI renforcerait l'état de préparation, la coopération internationale et la notification en temps opportun des événements de santé publique.

143. Le Comité d'examen a noté que l'évaluation statique des capacités principales a, dans de nombreux cas, donné un faux sentiment de sécurité, et que même des pays dont les capacités ont été jugées robustes selon les outils existants n'ont pas réagi de manière adéquate. Un système solide d'évaluation de la conformité a été cité au cours des entretiens comme une solution possible pour renforcer le cadre général du Règlement et sa crédibilité en tant qu'instrument juridique. Le Comité recommande vivement que l'OMS et les États Parties mettent en œuvre un mécanisme universel et obligatoire d'examen par les pairs afin de promouvoir la responsabilité pangouvernementale et pansociétale d'application du RSI. Il conviendrait parallèlement d'instituer une autorité nationale habilitée à élever les questions de santé au rang de processus politiques de haut niveau et à superviser l'application du RSI au sein des pouvoirs publics.

Alerte précoce, notification et riposte

4. L'alerte précoce est importante pour le déclenchement rapide de l'action, notamment pour permettre au Secrétariat de l'OMS d'utiliser les pouvoirs que lui confère le RSI.

144. L'échange précoce d'informations sur les événements susceptibles de poser un risque de propagation internationale d'une maladie est essentiel à l'application efficace du RSI. Il permet à l'OMS de procéder à une évaluation éclairée des risques et d'alerter la communauté internationale concernant les mesures nécessaires pour éviter qu'un tel risque ne devienne une urgence de santé publique de portée internationale, voire une pandémie. L'OMS tend à ne pas diffuser d'informations non vérifiées car les États Parties ont pour leur part tendance à interpréter une demande de vérification comme une demande d'approbation de l'échange des informations non vérifiées dont la vérification est demandée. Face à l'essor inexorable des réseaux sociaux, ces informations sont souvent déjà dans le domaine public, et l'OMS devrait faire preuve de plus de fermeté et de volontarisme dans son utilisation des articles 8 et 11 du Règlement. La communication de l'OMS sur les risques pour la santé publique doit être plus rapide et mise à jour régulièrement, de manière à réagir aux urgences le plus tôt possible. Les pays devraient par ailleurs informer l'OMS dès que possible de tout événement devant être notifié au titre du RSI, de manière à permettre à celle-ci de procéder à des évaluations des risques rapides et fondées sur des bases factuelles et à rendre possibles une alerte et une action rapides.

5. Une riposte rapide requiert une meilleure collaboration, une meilleure coordination et une plus grande confiance.

145. Le Comité a également pris note des contraintes juridiques pesant sur l'appui technique que l'OMS peut offrir aux pays en matière de vérification précoce, d'évaluation et d'action rapide : cet appui ne peut être prodigué qu'à la demande des pays. L'OMS devrait être habilitée à collaborer avec un GOARN élargi, l'IANPHI et d'autres réseaux pour offrir un appui technique immédiat dans le cadre des enquêtes sur les flambées épidémiques et de l'évaluation des risques. Lorsque les États Parties n'acceptent pas ces offres de soutien, ils devraient justifier promptement leur position. En outre, l'OMS devrait publier ses évaluations des risques et élaborer un mécanisme permettant l'échange ouvert d'informations sur les événements faisant l'objet d'un examen.

6. L'application du principe de précaution dans la mise en œuvre des mesures liées aux voyages permettrait d'agir rapidement face à un agent pathogène émergent au potentiel pandémique.

146. Lorsque l'on a affaire à un nouvel agent pathogène, de nouvelles données faisant surface au fil de l'évolution de la situation, l'accent devrait être mis sur la protection de la santé, l'échange d'informations essentielles et d'échantillons, et la reconnaissance du fait qu'il peut s'avérer nécessaire d'imposer des restrictions sur les voyages et le commerce. Les communications et les orientations émanant de l'OMS sont vitales pour éclairer la riposte des pays. Il conviendrait de mettre au point, dans la lignée du Bulletin d'information de l'OMS sur les flambées épidémiques en ligne, un nouvel avis mondial d'alerte et d'action (WARN) destiné à informer les pays quant aux actions requises pour faire face rapidement aux événements et éviter qu'un événement ne tourne en crise. Cela est possible en vertu du Règlement, même en l'absence de conseils du Comité d'urgence.

Financement et engagement politique

7. L'application efficace du RSI requiert un financement prévisible et durable, à la fois au niveau national et au niveau international.

147. Tous les précédents Comités d'examen du RSI ont souligné la nécessité d'allouer des ressources suffisantes à l'application du Règlement. Cela concerne notamment le financement national destiné à renforcer les capacités de détection et de riposte dans le contexte de la mise en place de système de santé résilients. Il s'agit également de prévoir un financement permettant à l'OMS de mener des efforts efficaces, coordonnés, multisectoriels et fondés sur des bases factuelles visant à protéger l'humanité face aux risques pour la santé publique. Des mécanismes de soutien financier sont également nécessaires pour certains pays.

8. Une nouvelle ère de coopération internationale est nécessaire pour mieux appuyer l'application du RSI.

148. Le RSI porte sur la détection précoce, l'alerte, la préparation et la riposte, mais, comme la pandémie COVID-19 l'a démontré, une action mondiale bien plus robuste et mieux coordonnée est nécessaire pour améliorer à la fois la préparation et la riposte. Les questions importantes qui ne sont pas mentionnées explicitement dans le RSI sont notamment les suivantes : échange rapide d'informations génétiques et d'échantillons d'agents pathogènes sources de préoccupation, assorti d'un accès équitable aux avantages ; coordination de la recherche ; mise au point de contre-mesures médicales et d'autres innovations dans les situations d'urgence et accès équitable à ces contre-mesures ; effectifs mondiaux à l'appui d'une action rapide ; chaîne d'approvisionnement mondiale pour les urgences sanitaires ; et promotion d'une approche « Une seule santé » pour faire face aux risques d'émergence et de transmission de zoonoses. Ces questions requièrent une volonté politique accrue, davantage de coopération internationale entre l'ensemble des parties prenantes concernées des différents secteurs, et des mesures harmonisées en vue d'atteindre les objectifs communs. L'engagement politique en faveur de l'élaboration et de la mise en œuvre des cadres juridiques requis pour étayer ces processus semble se renforcer, comme en témoigne le soutien croissant à la proposition d'une convention mondiale sur la préparation et la riposte aux pandémies.

9. Perspectives d'avenir

149. Les recommandations du Comité d'examen mettent en lumière un certain nombre d'éléments qu'il est nécessaire de renforcer ou de modifier, rappelant que l'objectif principal du Règlement est la protection de la santé. C'est là la seule considération sur laquelle l'OMS devrait fonder son action. Les priorités comprennent une coopération plus substantielle pendant et entre les urgences sanitaires ; une

plus grande transparence ; des échanges plus fréquents de données et expériences en temps réel et détaillées à tous les niveaux ; et l'échange plus rapide de séquences génomiques et d'échantillons d'agents pathogènes. Heureusement, de plus en plus de technologies numériques rendant tout cela possible sont disponibles, telles que l'exploration de données afin de détecter tôt les flambées de maladie et les outils moléculaires de nouvelle génération permettant de suivre la propagation et l'évolution des agents pathogènes.

150. Le Comité est d'avis que ses 40 recommandations devraient être mises en œuvre sans retard. Il revient toutefois aux États Parties de décider quelles recommandations adopter et comment les mettre en œuvre. Il est clair que des systèmes nationaux de santé durables et accessibles à tous constituent un fondement essentiel de la préparation et de l'action face aux urgences sanitaires mondiales, et qu'une collaboration internationale efficace repose sur la confiance et la transparence. Or, aucun de ces deux objectifs ne peut être atteint sans que l'autre le soit également, il s'agit des deux faces d'une même médaille.

151. Le monde doit être préparé à mieux réagir à la prochaine urgence de santé publique de portée internationale, a fortiori si celle-ci a le potentiel de prendre l'ampleur d'une pandémie. Les changements essentiels à la mise en œuvre efficace du RSI doivent faire l'objet d'une action urgente, et non d'années de négociations politiques.

Appendice I

Nom et affiliation des membres du Comité d'examen

Preben Aavitsland, consultant principal, professeur, prévention des maladies infectieuses, santé et environnement, Institut norvégien de santé publique, Oslo, Norvège (Rapporteur)

Ximena Aguilera, Directrice, Centre d'épidémiologie et de politique sanitaire, Faculté de médecine, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chili

Seif Salam Al-Abri, Directeur général de la surveillance et de la lutte contre les maladies au Ministère de la santé d'Oman

Vincent Anami, représentant de continent (Afrique), Center for Disaster and Humanitarian Assistance Medicine, Uniformed Services University of the Health and Sciences, Friends International Centre, Nairobi, Kenya

Thouraya Annabi Attia, ancienne Directrice du département de la sécurité alimentaire à l'Agence nationale de contrôle sanitaire et environnemental des produits, Ministère de la santé, Tunisie

Carmen Aramburu, Directrice de la politique sanitaire et sociale, Délégation du Gouvernement espagnol en Catalogne, Espagne

Lucille Blumberg, Directrice adjointe, Institut national des maladies transmissibles, Service national des laboratoires de santé, Johannesburg, Afrique du Sud (Vice-Présidente)

Malinee Chittaganpitch, Conseiller scientifique médical, Département des sciences médicales, Ministère de la santé publique, Thaïlande

James LeDuc, Directeur, Galveston National Laboratory, University of Texas Medical Branch, Galveston, États-Unis d'Amérique

Dexin Li, ancien Directeur, Institut national de lutte contre les maladies virales, Center for Disease Control and Prevention de la Chine, République populaire de Chine

Rinat Maksyutov, Directeur général, Institution de recherche budgétaire fédérale – Centre étatique de recherche en virologie et biotechnologie VECTOR, Service fédéral de surveillance en matière de protection des droits des consommateurs et de bien-être humain, Koltsovo, Fédération de Russie

Talat Mokhtari Azad, Directrice, Centre national iranien de la grippe, Université des sciences médicales de Téhéran, École de santé publique, Téhéran, République islamique d'Iran

Mohamed Moussif, Chef de la santé publique, aéroport international Mohammed V, coordonnateur national du programme des points d'entrée, Maroc

Olubunmi Ojo, premier Directeur à la retraite, Surveillance et épidémiologie, responsable de l'application du Règlement sanitaire international à l'Institut national de santé publique, Centre nigérian de lutte contre les maladies, ancien directeur, Surveillance des maladies, Centre for Disease Control du Nigéria, Abuja, Nigéria

Jean-Marie Okwo-Bele, consultant en santé publique, République démocratique du Congo

Tomoya Saito, Directeur, Centre de préparation et de riposte aux situations d'urgence, Institut national de santé publique du Japon

Amadou Alpha Sall, Directeur, Institut Pasteur de Dakar et Centre collaborateur de l'OMS pour les arbovirus et les fièvres hémorragiques virales, Sénégal

Mark Salter, consultant en santé mondiale, Public Health England, Londres, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord

Myongsei Sohn, Professeur émérite, Collège de médecine, Université Yonsei, République de Corée

Lothar H. Wieler, Président de l'Institut Robert Koch, Allemagne (Président)

Les experts suivants ont été nommés membres du Comité d'examen mais se sont retirés durant le processus d'examen :

- Kalpana Baruah (Inde),
- John Lavery (Canada)

Appendice II

Liste des documents examinés par le Comité

Publications de l'OMS

Règlement sanitaire international (2005). Troisième édition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246187/9789242580495-fre.pdf;jsessionid=BF9069B2BBCB4CE5F11309E2B414CD15?sequence=1>, consulté le 29 avril 2021).

Résolution WHA73.1 de l'Assemblée mondiale de la Santé (2020). (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-fr.pdf, consulté le 27 avril 2021).

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, mai 2011 (document A64/10). (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-fr.pdf, consulté le 27 avril 2021).

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. Rapport du Directeur général. Genève, Organisation mondiale de la Santé, mars 2015 (document A68/22 Add.1) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_22Add1-fr.pdf, consulté le 27 avril 2021)

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. Genève, Organisation mondiale de la Santé, mai 2016 (document A69/21) (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-fr.pdf, consulté le 27 avril 2021).

Toutes les déclarations sur les réunions du **Comité d'urgence** du Règlement sanitaire international (2005) concernant la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19). (<https://www.who.int/groups/COVID-19-ihr-emergency-committee>, consulté le 27 avril 2021).

Cadre d'action d'urgence de l'OMS, deuxième édition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017. ([https://www.who.int/publications/i/item/emergency-response-framework-\(-erf\)-2nd-ed](https://www.who.int/publications/i/item/emergency-response-framework-(-erf)-2nd-ed), consulté le 27 avril 2021).

Action de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire. Préparation et riposte : renforcer l'action mondiale de l'OMS face aux situations d'urgence. Rapport du Directeur général. Genève, Organisation mondiale de la Santé, janvier 2021 (document EB148/18). (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_18-fr.pdf, consulté le 27 avril 2021).

Rapport intérimaire du Comité consultatif (**IOAC**) sur la riposte de l'OMS à la COVID-19, février 2020. (<https://www.who.int/publications/m/item/ioac-interim-report-on-who-s-response-to-COVID-19>, consulté le 27 avril 2021).

Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire. Faire le bilan pour aller de l'avant. Novembre 2020 (document A73/10) (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_10-fr.pdf, consulté le 27 avril 2021).

Documents de référence élaborés par le Secrétariat du Comité d'examen du RSI

Article-by-article analysis of the IHR, C. Dolea, F. Gonzalez-Martin, T. Hofman, H. Hollmeyer, K. Abe, septembre 2020

Functions of the IHR that may require revisions preliminary literature review D. Bramley, septembre 2020

Summary of recommendations from previous IHR Review Committees – C. Dolea, F. Gonzalez-Martin, T. Hofman, H. Hollmeyer, K. Abe, septembre 2020

Perceived systemic challenges and weaknesses in the design and implementation of the IHR (2005), G. Burci, novembre 2020

A systematic review of recommendations made by the IHR Review Committees, G. Rodier, février 2021 (projet)

Member States inputs to the Review Committee – a compilation document prepared by the Review Committee Secretariat, février 2021

Mechanisms to alert the global community on public health risks, including the role of a public health emergency of international concern, and possible intermediate level of alert, under the International Health Regulations (2005), C. Dolea, février 2021

Conduct of the Emergency Committees under the IHR (2005) - operational manual, OMS, juin 2017 (projet)

Core capacity requirements: monitoring and reporting S. Chungong, J. Xing, N. Kandel, R. Sreedharan, octobre 2020

IHR legal preparedness, considerations for the Preparedness subgroup – F. Gonzalez-Martin, G. Howse, novembre 2020

Intra-action review materials and country features, S. Chungong *et al.*, octobre 2020

Analysis of Member States facing fragile, conflict and vulnerable settings, S. Chungong *et al.*, octobre 2020

International Health Regulations Orientation Programme, P. Gasquet *et al.*, novembre 2020

Documents de l'OMS et des États Parties présentés aux réunions du Comité d'urgence sur la COVID-19 des 22, 23 et 30 janvier 2020.

WHO rapid risk assessment template, O. Morgan, octobre 2020

Overview of virus importation: How SARS-CoV-2 moved around the world, I. Hunger, mars 2020

Legislative responses to COVID-19 G. Howse, décembre 2020

United Nations Crisis Management Team: light touch review, septembre 2020 (projet non publié de l'OMS)

A decade later: What we can learn from influenza pandemic preparedness progress.
S. Goldin, G. Samaan, C. Dolea, I. Bergeri, F. Gonzalez-Martin, K. Vandemaele, M. Frost, I. Ghiga, R. Ostad, H. Sillo, A. Huvos, W. Zhang, J. Mahjour, S. Briand, A. Moen, septembre 2020 (projet de manuscrit pour publication)

WHO Study on the ability of National IHR Focal Points to implement the International Health Regulations, Summary report for the World Health Organization, Ottawa, octobre 2020 (non publié)

WHO technical consultation on the implementation of the IHR, Emergency Committees and public health emergencies of international concern, novembre 2019, compte rendu définitif (non publié)

Présentations non publiées de l'OMS au Comité d'examen

IHR core capacities and COVID-19 response: Analysis of data from JEE, SPAR and NAPHS, S. Chungong, octobre 2020

IHR Review Committee – health security preparedness overview, S. Chungong, octobre 2020

WHO briefing on health security preparedness and the IHR, S. Chungong, octobre 2020

NFP functions and National Focal Points guide, H. Hollmeyer, novembre 2020

Travel and trade measures during COVID-19 (IHR, Article 43), C. Dolea, octobre 2020 et mars 2021

PHEIC and intermediate level of alert, C. Dolea, février 2021

Detection of public health events, O. Morgan, février 2021

Emergency Response Framework, M. Yao, février 2021

Digitalization in the context of the IHR, background for discussion, C. Dolea, mars 2021

Smart Vaccination Certificate: General Overview, G. Mehl, mars 2021

Mapping of IHR functions across the Organization, preliminary findings, C. Dolea, mars 2021

A potential framework convention for pandemic preparedness and response, Member States briefing, J. Mahjour, mars 2021

Universal health and preparedness review, Member States information session, J. Mahjour, décembre 2020

Influenza capacity building and preparedness, influenza programme, A. Moen, G. Samaan, octobre 2020

Pandemic influenza preparedness and response: the need for a pandemic declaration by WHO, Influenza Preparedness and Response Team (A. Moen, A. Huvos), février 2021

Articles et autres publications

Packer, C., Halabi, S.F., Hollmeyer, H. *et al.*, A survey of International Health Regulations National Focal Points experiences in carrying out their functions. *Global Health* **17**, 25 (2021). (<https://doi.org/10.1186/s12992-021-00675-7>, consulté le 29 avril 2021)

Rapid risk assessment of acute public health events. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012. (https://www.who.int/csr/resources/publications/HSE_GAR_ARO_2012_1/en/, consulté le 29 avril 2021)

The WHO in the Age of the Coronavirus, J.E. Alvarez, 2020 (<https://doi.org/10.1017/ajil.2020.70>, consulté le 27 avril 2021)

The WHO—Destined to Fail? Political Cooperation and the COVID-19 Pandemic, E. Benvenisti, 2020 (<https://doi.org/10.1017/ajil.2020.66>, consulté le 27 avril 2021)

The Legal Response to Pandemics, G.L. Burci, 2020 (<https://doi.org/10.1163/18781527-01102003>, consulté le 27 avril 2021)

The outbreak of COVID-19 coronavirus: are the International Health Regulations fit for purpose? G.L. Burci, février 2020 (<https://www.ejiltalk.org/the-outbreak-of-COVID-19-coronavirus-are-the-international-health-regulations-fit-for-purpose/>, consulté le 27 avril 2021)

Evidence of the effectiveness of travel-related measures during the early phase of the COVID-19 pandemic: a rapid systematic review, K.A. Grépin, novembre 2020 (<https://doi.org/10.1101/2020.11.23.20236703>, consulté le 27 avril 2021)

The Stellenbosch Consensus on Legal National Responses to Public Health Risks. Clarifying Article 43 of the International Health Regulations, J.D. Roojin Habibi *et al.*, 2020 (<https://doi.org/10.1163/15723747-2020023>, consulté le 27 avril 2021)

The Stellenbosch Consensus on the International Legal Obligation to Collaborate and Assist in Addressing Pandemics. Clarifying Article 44 of the IHR, M.M. Cinà *et al.*, 2020 (<https://doi.org/10.1163/15723747-2020024>, consulté le 27 avril 2021)

Managing borders during public health emergencies of international concern: A proposed typology of cross-border health measures. K. Lee, 2021 (https://assets.researchsquare.com/files/rs-278629/v1_stamped.pdf, consulté le 27 avril 2021)

The Failure of ‘Core Capacities’ under the WHO International Health Regulations, G. Bartolini, janvier 2021 (<https://doi.org/10.1017/S0020589320000470>, consulté le 27 avril 2021)

International Law on Pandemic Response: A First Stocktaking in Light of the Coronavirus Crisis, A. von Bogdandy, P. Villarreal, mars 2020 (<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3561650>, consulté le 27 avril 2021)

Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights, American Association for the International Commission of Jurists, avril 1985 (<http://www.icj.org/wp-content/uploads/1984/07/Siracusa-principles-ICCPR-legal-submission-1985-eng.pdf>, consulté le 27 avril 2021)

COVID-19 immunity passports and vaccination certificates: scientific, equitable and legal challenges, A.L. Phelan, mai 2020 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31034-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31034-5), consulté le 27 avril 2021)

Global coordination on cross-border travel and trade measures crucial to COVID-19 response, K. Lee, C. Worsnop, K.A. Grépin, A. Kamradt-Scott, mai 2020 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31032-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31032-1), consulté le 27 avril 2021)

International Law Perspectives on Cruise Ships and COVID-19, N. Klein, décembre 2020 (<https://doi.org/10.1163/18781527-bja10003>, consulté le 27 avril 2021)

Improving National Intelligence for Public Health Preparedness: a methodological approach to finding local multi-sector indicators for health security. N.A. Erondou et al. *BMJ Global Health* ; 2021 (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004227>, consulté le 27 avril 2021)

The IHR Review from an International Relations Perspective: Recommendations for Action. S.E. Davies, S. Rushton, M. Voss, C. Wenham, document de référence commandé par le Président pour le Comité d'examen.

Problems with traffic light approaches to public health emergencies of international concern. C. Wenham *et al.*, *The Lancet*, avril 2021 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00474-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00474-8), consulté le 27 avril 2021)

Autres documents de référence ou présentations fournis par les personnes interrogées

FORUM: Legal compliance is not enough: cross-border travel and trade measures and COVID-19, C. Worsnop, *International Studies Review*, février 2020 (projet)

Pandemics and Borders project (formally: Understanding compliance with the International Health Regulations (2005): Recommended strategies to inform and strengthen global coordination of the COVID-19 outbreak response), K. Lee, C. Worsnop, K.A. Grépin, novembre 2020

Universal Periodic Review (UPR), the third cycle, 2017–2022, HCR, G. Magazzeni, novembre 2020

Event reporting, restrictions and PHEIC, Technical consultation on the implementation of the IHR, C. Worsnop, novembre 2019

Cross-border travel measures during COVID-19, K Lee, C. Worsnop, K.A. Grépin, novembre 2020

IATA Travel Pass, Re-opening borders safely, décembre 2020

Program of Work of the Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, octobre 2020 (<https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2020/10/The-Independent-Panel-Program-of-Work-October-20-2.pdf>, consulté le 27 avril 2021)

Deuxième rapport de situation du Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie, janvier 2021 (document EB148/INF4).
(https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_INF4-fr.pdf, consulté le 27 avril 2021)

Renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire : application du Règlement sanitaire international (2005) **Rapport intérimaire** du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) pendant la riposte à la **COVID-19**. Rapport du Directeur général. Organisation mondiale de la Santé, Genève, janvier 2021
(https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_19-fr.pdf, consulté le 27 avril 2021)

Appendice III

**Chronologie des événements liés au fonctionnement du RSI
dans le cadre de la riposte à la COVID-19**

Les événements mentionnés ci-après sont liés aux fonctions suivantes du RSI :

- notification, vérification et échange d'informations par les États Parties ;
- diffusion de l'information par l'OMS ;
- convocation du Comité d'urgence et détermination de l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale ;
- conseils relatifs aux voyages, recommandations temporaires et communication d'informations sur les mesures sanitaires supplémentaires en vertu de l'article 43 par les États Parties ;
- collaboration et coordination au titre de l'article 44.

31 décembre 2019

Le Bureau de pays de l'OMS en Chine relève une déclaration aux médias du site Web de la Commission sanitaire municipale de Wuhan sur des cas de « pneumonie virale » et informe le point focal RSI au Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental. La plateforme de veille épidémiologique EIOS de l'OMS détecte elle aussi une dépêche de ProMED (un programme de la Société internationale des maladies infectieuses) sur le même foyer de cas de « pneumonie de cause inconnue » à Wuhan.

1^{er} janvier 2020

Le point focal régional RSI pour le Pacifique occidental demande des informations sur le foyer de cas de pneumonie atypique notifié à Wuhan auprès des autorités chinoises. L'OMS met sur pied une équipe d'appui à la gestion des incidents aux trois niveaux de l'Organisation.

2 janvier 2020

L'OMS informe les partenaires du GOARN (organismes de santé publique importants, laboratoires, organismes des Nations Unies, organisations internationales et ONG) du foyer de cas de pneumonie en Chine.

3 janvier 2020

Les responsables chinois répondent à la demande de vérification de l'OMS au titre de l'article 10 du RSI, confirmant que le bulletin émis le 31 décembre par la commission sanitaire municipale de Wuhan était une notification formelle du Gouvernement à l'intention du public. Ils fournissent également à l'OMS des informations sur un groupe de 44 cas de « pneumonie virale de cause inconnue » identifié à Wuhan, dont 11 cas graves.

4 janvier 2020

L'OMS publie un tweet signalant un foyer de cas de pneumonie à Wuhan n'ayant pas fait de morts et indiquant qu'une enquête est en cours pour en identifier la cause.

5 janvier 2020

L'OMS publie des informations sur une flambée de pneumonie d'origine inconnue à Wuhan sur son site Web, dans un Bulletin d'information sur les flambées épidémiques, et diffuse les mêmes informations sur le site d'information sur les événements, qui est une plateforme protégée par mot de passe uniquement accessible aux États Parties au RSI et à certains organismes des Nations Unies.

8 janvier 2020

Le Siège de l'OMS adresse une communication écrite au point focal RSI de la Chine, sollicitant des informations supplémentaires : « aux fins de l'évaluation exhaustive des risques et de la communication avec les États Parties, nous demandons de toute urgence une confirmation spécifique concernant la découverte d'un nouveau coronavirus, ainsi que des détails sur l'épidémiologie, le tableau clinique, les résultats supplémentaires de laboratoire, notamment le séquençage, et les mesures d'endiguement mises en place ».

9 janvier 2020

L'OMS signale que les autorités chinoises ont déterminé qu'un nouveau coronavirus est à l'origine de la flambée épidémique. Le Directeur exécutif du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire demande par écrit au point focal national de la Chine de transmettre l'amorce d'amplification en chaîne par polymérase (PCR) et la séquence génomique complète.

10 janvier 2020

Le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire convoque la première réunion de son Groupe consultatif stratégique et technique sur les risques infectieux afin d'obtenir des conseils techniques et scientifiques.

L'OMS publie en ligne des orientations techniques initiales offrant des conseils sur la manière de détecter, dépister et prendre en charge les éventuels cas. Ces orientations sont transmises aux directeurs chargés des situations d'urgence dans les bureaux régionaux, afin qu'ils les transmettent aux représentants de l'OMS dans les pays.

L'OMS publie des conseils sur les voyages et le commerce internationaux, indiquant qu'aucune transmission interhumaine significative n'a été signalée à ce stade. Compte tenu des nombreux déplacements de population à l'occasion du Nouvel An chinois et du risque accru que des cas soient notifiés ailleurs, l'OMS recommande des mesures de protection individuelle pour les voyageurs et déconseille d'imposer des restrictions au trafic international.

11 janvier 2020

L'OMS publie un tweet signalant qu'elle a reçu de la Chine la séquence génomique complète du nouveau coronavirus.

12 janvier 2020

Les autorités chinoises présentent la séquence génomique complète de la COVID-19 à la plateforme GISAID sur gisaid.org.

L'OMS publie un second Bulletin d'information sur les flambées épidémiques sur la base des informations supplémentaires provenant de Chine. Il comporte notamment des données pointant vers une exposition à un marché aux poissons qui a été fermé le 1^{er} janvier 2020, ainsi que des rapports des pouvoirs publics selon lesquels il n'y a pas de preuves claires de ce que le virus se transmet facilement d'une personne à l'autre.

13 janvier 2020

La Thaïlande confirme son premier cas importé. Il s'agit du **premier cas de la Région OMS de l'Asie du Sud-Est** signalé à l'OMS. L'information est publiée dans un Bulletin d'information sur les flambées épidémiques et sur le site d'information sur les événements. Le sujet, un voyageur en provenance de Wuhan (Chine), a été identifié par surveillance thermique à l'aéroport de Bangkok-Suvarnabhumi le 8 janvier, et son diagnostic a été confirmé à l'hôpital le 12 janvier.

L'OMS convoque la première téléconférence avec le réseau mondial d'experts de diagnostic et de laboratoire.

L'OMS publie le premier protocole de test d'amplification génique après transcription inverse pour le diagnostic du nouveau coronavirus.

14 janvier 2020

La responsable technique pour la riposte indique lors d'un point presse qu'il y a pu avoir une transmission interhumaine limitée du coronavirus (dans les 41 cas confirmés) et qu'il existe un risque de flambée de plus grande ampleur.

17 janvier 2020

Le Japon confirme son premier cas importé. Le sujet, un voyageur rentrant au Japon après avoir manifesté des symptômes pendant un séjour à Wuhan (Chine) fin décembre 2019, a été diagnostiqué à l'hôpital le 15 janvier. L'information est publiée dans un Bulletin d'information sur les flambées épidémiques et sur le site d'information sur les événements.

19 janvier 2020

Le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental publie un tweet indiquant que, selon les dernières informations reçues et l'analyse de l'OMS, il existe des preuves d'une transmission interhumaine limitée.

20 janvier 2020

Des experts chinois déclarent publiquement qu'une transmission interhumaine soutenue a été confirmée.

20-21 janvier 2020

L'OMS effectue une mission à Wuhan et reçoit, de la part de responsables de la santé publique, des informations sur les mesures prises face au groupe de cas d'infection par le nouveau coronavirus. L'équipe, composée de personnels du Bureau de pays en Chine et du Siège de l'OMS, se rend à l'aéroport de Wuhan-Tianhe, à l'hôpital Zhongnan et au CDC de la province du Hubei, notamment au laboratoire de biosécurité de niveau 3 qui traite des échantillons de coronavirus.

21 janvier 2020

La République de Corée signale son premier cas importé. Il s'agit d'un ressortissant chinois résidant à Wuhan (Chine), détecté par surveillance thermique à l'aéroport international d'Incheon et diagnostiqué le lendemain à l'hôpital. L'information est relayée dans un Bulletin d'information sur les flambées épidémiques et sur le site d'information sur les événements.

La diffusion d'informations dans les Bulletins d'information sur les flambées épidémiques est abandonnée. L'OMS commence à publier des rapports de situation quotidiens jusqu'au 16 août, lesquels sont remplacés par des rapports hebdomadaires à partir de cette date et jusqu'au 15 avril 2021.

23 janvier 2020

Les États-Unis d'Amérique signalent leur premier cas confirmé du nouveau coronavirus, le **premier cas de la Région OMS des Amériques**. L'information est relayée dans le rapport de situation quotidien.

22-23 janvier 2020

Le Directeur général de l'OMS convoque le Comité d'urgence du RSI le 22 janvier. À la fin de la réunion, les membres du Comité expriment des vues différentes sur la question de savoir si l'événement constitue ou non une urgence de santé publique de portée internationale. Le Directeur général demande au Comité de poursuivre ses délibérations le lendemain. Après avoir reçu des informations supplémentaires sur la situation en Chine, le Comité reste divisé mais est prêt à se réunir à nouveau selon les besoins. Le Comité suggère d'envoyer une mission pluridisciplinaire internationale de l'OMS en Chine afin d'appuyer les efforts d'identification de la source de la flambée épidémique et de riposte.

24 janvier 2020

La France informe l'OMS de trois cas du nouveau coronavirus, trois sujets en provenance de Wuhan (Chine). Il s'agit des **premiers cas confirmés dans la Région européenne de l'OMS**.

L'OMS publie des conseils actualisés concernant les voyages internationaux recommandant la fourniture de mesures de protection individuelle pour les voyageurs en provenance de Chine, le dépistage à la sortie dans les pays ou régions où le nouveau coronavirus (2019-nCoV) se transmet (actuellement la Chine), ainsi que le dépistage à l'entrée dans les pays exempts de transmission.

28 janvier 2020

Une délégation de haut niveau de l'OMS conduite par le Directeur général arrive à Beijing pour rencontrer les dirigeants chinois, en apprendre davantage sur la riposte menée par la Chine et offrir une assistance technique. Le Directeur général rencontre Xi Jinping, le Président chinois. Ils abordent la poursuite de la collaboration en ce qui concerne les mesures de confinement à Wuhan, sur les mesures de santé publique dans d'autres villes et provinces chinoises, sur la réalisation de nouvelles études concernant la gravité de l'infection et la transmissibilité du virus, sur la poursuite du partage de données avec l'OMS et sur une demande de partage par la Chine de matériel biologique avec l'OMS. Ils conviennent que l'OMS enverra une équipe internationale de scientifiques éminents en Chine, laquelle collaborera avec les homologues chinois afin de mieux comprendre le contexte et la riposte globale et d'échanger informations et données d'expérience. Le Directeur général et le Directeur régional de l'OMS s'entretiennent avec le Ministre chinois de la santé à propos de l'échange d'échantillons de virus à l'appui de la mise au point d'un vaccin.

Les Émirats arabes unis signalent les **premiers cas de la Région OMS de la Méditerranée orientale**.

30 janvier 2020

L'OMS fait état de 7818 cas confirmés dans le monde, et de 98 cas et aucun décès dans 18 pays autres que la Chine. Quatre pays (Allemagne, États-Unis d'Amérique, Japon et Viet Nam) ont des preuves de transmission interhumaine en dehors de la Chine. L'OMS estime les risques très élevés pour la Chine et élevés à l'échelle mondiale.

Le Comité d'urgence tient sa deuxième réunion. Le Directeur général déclare l'événement urgence de santé publique de portée internationale et émet des recommandations temporaires à l'intention des États Parties.

Les recommandations temporaires relatives aux voyages invitent notamment la Chine à maintenir le dépistage à la sortie aux principaux aéroports internationaux. Tous les pays doivent prêter une attention particulière à la réduction de l'infection chez l'homme, à la prévention de la transmission secondaire et de la propagation internationale, et s'attacher à contribuer à la riposte internationale, sur la base des conseils techniques de l'OMS. Le Comité d'urgence ne recommande pas de restrictions aux voyages et au commerce.

3 février 2020

Le navire de croisière Princess Diamond arrive à Yokohama (Japon), où il entame une quarantaine après qu'un passager qui a débarqué à Hong Kong a reçu un diagnostic positif le 1^{er} février.

L'OMS publie un Plan stratégique de préparation et de riposte décrivant les mesures de santé publique que la communauté internationale doit appliquer, et se tient prête à aider tous les pays à se préparer et faire face au 2019-nCoV.

6 février 2020

L'OMS commence à diffuser des informations sur les mesures relatives aux voyages sur le site d'information sur les événements : selon les bureaux régionaux de l'OMS, 22 pays mettent en œuvre des mesures en matière de voyage.

La première lettre circulaire du Directeur général est adressée aux États Membres, dans laquelle sont rappelées les obligations au titre de l'article 43 du RSI et les conseils de l'OMS en matière de voyage.

11 février 2020

L'OMS publie des conseils sur les principaux éléments à prendre en considération pour le rapatriement et la mise en quarantaine des voyageurs en provenance de Chine.

11-12 février 2020

L'OMS organise un Forum sur la recherche et l'innovation concernant la COVID-19 dans le but d'élaborer un programme de recherche concernant les inconnues scientifiques autour du nouveau virus.

16-24 février 2020

Une mission conjointe OMS-Chine évalue la gravité de la nouvelle maladie, sa dynamique de transmission et la nature et l'incidence des mesures de lutte anti-infectieuse prises par la Chine. Des équipes se rendent sur le terrain à Beijing, Guangdong, Sichuan et Wuhan.

17 février 2020

La deuxième lettre circulaire du Directeur général est adressée aux États Membres, dans laquelle sont rappelées les obligations au titre de l'article 43 du RSI et les conseils de l'OMS en matière de voyage.

25 février 2020

Premier cas confirmé en Algérie, le premier cas de la Région africaine de l'OMS.

29 février 2020

L'OMS met à jour ses conseils en matière de trafic international, définissant notamment les « zones affectées » et recommandant que « les voyageurs malades reportent leur départ ou évitent de se rendre dans les zones affectées ». Les restrictions se justifient uniquement au début d'une flambée épidémique, elles doivent reposer sur l'évaluation des risques, être proportionnelles à ceux-ci et de courte durée, et doivent être réexaminées régulièrement.

11 mars 2020

L'OMS qualifie la flambée de COVID-19 de pandémie.

L'Organisation de l'aviation civile internationale et l'OMS publient une déclaration conjointe.

Annnonce sur le site d'information sur les événements : 51 États Parties appliquent des mesures sanitaires supplémentaires relatives à la COVID-19.

16 mars 2020

L'OMS lance la Plateforme des partenaires contre la COVID-19, un outil permettant aux pays et aux autres parties prenantes de collaborer dans le cadre de la riposte mondiale à la COVID-19. La plateforme comporte un suivi en temps réel pour aider à la planification, à l'exécution et à l'affectation des ressources pour les activités de préparation et de riposte des pays.

18 mars 2020

Annnonce sur le site d'information sur les événements : 89 pays appliquent des mesures sanitaires supplémentaires relatives à la COVID-19.

14 avril 2020

L'OMS publie une mise à jour de la stratégie relative à la COVID-19 fournissant des orientations aux pays qui se préparent à passer progressivement d'une transmission généralisée à un niveau stable de transmission faible ou nulle. Elle vise à aider les pays à maîtriser la pandémie en mobilisant tous les secteurs et communautés en vue de prévenir et éliminer la transmission communautaire, de réduire la mortalité et de mettre au point des vaccins et des traitements sûrs et efficaces.

1^{er} mai 2020

Le Comité d'urgence tient sa troisième réunion. L'événement continue de constituer une urgence de santé publique de portée internationale. Sur les conseils du Comité d'urgence, le Directeur général adresse des recommandations temporaires aux États Parties concernant la coordination et la collaboration, la préparation, la surveillance, les mesures sanitaires supplémentaires, les agents de santé, la sécurité alimentaire, l'approche « Une seule santé », la communication relative aux risques et la participation communautaire, la recherche-développement et les services de santé essentiels. Les recommandations relatives aux voyages sont les suivantes : éviter d'apporter des restrictions aux transports internationaux de produits alimentaires, de fournitures médicales et d'autres fournitures essentielles et permettre le mouvement sans risque du personnel essentiel pour assurer une riposte efficace à la pandémie ; appliquer des mesures appropriées en matière de voyage, en tenant compte des avantages pour la santé publique ; appliquer et suivre la détection des cas et la recherche des contacts des voyageurs ; continuer de réexaminer les mesures applicables aux voyages et aux échanges commerciaux ; collaborer aux efforts mondiaux pour relever les défis de la COVID-19 dans la gestion des transports maritimes ; ne pas imposer de restrictions aux échanges commerciaux au-delà de celles considérées comme importantes pour la santé publique, conformément aux accords internationaux ; et continuer de fournir à l'OMS des justifications appropriées de santé publique concernant les mesures sanitaires supplémentaires imposées conformément au RSI.

18 mai 2020

Le Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, qui examine en permanence le travail de l'OMS dans les urgences sanitaires, publie son rapport intérimaire sur la riposte de l'OMS à la COVID-19 de janvier à avril 2020.

30 juillet 2020

L'OMS publie une mise à jour des conseils relatifs aux voyages : sa publication *Questions de santé publique à prendre en considération pour la reprise des voyages internationaux* décrit une analyse risques/avantages sur laquelle s'appuyer pour décider des mesures à appliquer aux voyages, en fonction de l'épidémiologie, de la santé publique et des capacités de riposte des systèmes de santé.

1^{er} août 2020

Le Comité d'urgence tient sa quatrième réunion. L'événement continue de constituer une urgence de santé publique de portée internationale. Le Directeur général de l'OMS adresse des recommandations temporaires aux États Parties. Les recommandations relatives aux voyages sont notamment les suivantes : mettre en œuvre des mesures et des conseils appropriés et proportionnés concernant les voyages, en se fondant sur des évaluations des risques, les mettre à jour régulièrement et les communiquer à l'OMS ; et mettre en œuvre les capacités nécessaires, y compris aux points d'entrée, pour atténuer les risques potentiels de transmission internationale de la COVID-19 et pour faciliter la recherche des contacts à l'échelle internationale.

8-9 septembre 2020

Le Directeur général convoque le Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) pendant la riposte à la COVID-19, en réponse à la demande formulée par l'Assemblée mondiale de la Santé dans la résolution WHA73.1.

30 octobre 2020

Le Comité d'urgence tient sa cinquième réunion. L'événement continue de constituer une urgence de santé publique de portée internationale. Le Directeur général de l'OMS adresse des recommandations temporaires aux États Parties concernant la direction et la coordination, la riposte fondée sur des données probantes, la recherche, la surveillance et la recherche des contacts, la communication relative aux risques et la participation communautaire, le diagnostic, les traitements et vaccins, les mesures sanitaires relatives au trafic international et les services de santé essentiels. Les recommandations relatives aux voyages sont notamment les suivantes : réexaminer régulièrement les mesures appliquées aux voyages internationaux conformément à l'article 43 du RSI et continuer de fournir à l'OMS des informations sur les mesures qui entravent de manière importante le trafic international, et les raisons qui les justifient ; veiller à ce que les mesures ayant une incidence sur le trafic international (y compris l'utilisation ciblée des outils de diagnostic et de la quarantaine) soient fondées sur les risques et les données probantes, cohérentes, proportionnées et limitées dans le temps ; et continuer de renforcer les capacités aux points d'entrée pour gérer les risques potentiels de transmission transfrontières et faciliter la recherche des contacts au niveau international.

16 décembre 2020

L'OMS publie une mise à jour des conseils relatifs aux voyages : les conseils figurant dans les orientations intitulées *Considérations de l'OMS pour la mise en œuvre d'une approche fondée sur les risques pour les voyages internationaux dans le contexte de la COVID-19* fournissent un outil de gestion des risques dans le cadre des mesures relatives aux voyages.

27 décembre 2020

La toute première Journée internationale de préparation aux épidémies est organisée pour promouvoir l'importance de la prévention, de la préparation et du partenariat dans le cadre de la lutte contre les épidémies.

31 décembre 2020

L'OMS publie un Bulletin d'information sur les flambées épidémiques sur les variants du SARS-CoV-2, incluant les notifications du Danemark, du Royaume-Uni et de l'Afrique du Sud. Il détaille la riposte de santé publique ainsi que l'évaluation des risques et les conseils de l'OMS.

14 janvier 2021

Treize scientifiques de l'équipe de la mission internationale, de l'OMS et de l'Organisation mondiale de la santé animale chargés d'étudier l'origine du virus responsable de la COVID-19 arrivent à Wuhan (Chine).

15 janvier 2021

Le Comité d'urgence tient sa sixième réunion. L'événement continue de constituer une urgence de santé publique de portée internationale. Le Directeur général adresse des recommandations temporaires aux États Parties concernant les variants du SARS-CoV-2, les vaccins anti-COVID-19, les mesures sanitaires relatives au trafic international, les stratégies de riposte fondées sur des bases factuelles, la surveillance et le renforcement des systèmes de santé. Les recommandations relatives au trafic international sont notamment les suivantes : pour l'heure, ne pas exiger de preuve de vaccination ou d'immunité comme condition d'entrée pour les voyageurs internationaux, compte tenu des inconnues critiques qui demeurent autour de l'efficacité des vaccins en termes de réduction de la transmission et de la disponibilité limitée des vaccins ; une preuve de vaccination ne devrait pas exonérer les voyageurs internationaux de se conformer à d'autres mesures de réduction des risques liés aux déplacements ; mettre en œuvre des approches coordonnées, limitées dans le temps, fondées sur les risques et reposant sur des données probantes en ce qui concerne les mesures sanitaires liées au trafic international, conformément aux orientations de l'OMS et aux dispositions du RSI ; et partager avec l'OMS des informations relatives aux effets des mesures sanitaires sur la réduction de la transmission du SARS-CoV-2 par les voyageurs internationaux, afin que l'Organisation puisse s'en servir pour élaborer des orientations fondées sur des données probantes.

18 janvier 2021

Le Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) pendant la riposte à la COVID-19 présente un rapport intérimaire à la cent quarante-huitième session du Conseil exécutif.

5 février 2021

L'OMS publie sa note de synthèse provisoire intitulée « Éléments à prendre en compte concernant les preuves de vaccination dans le cadre des voyages internationaux ».

= = =