



---

**Sécurité sanitaire mondiale – enjeux et opportunités – axée plus particulièrement sur  
le Règlement sanitaire international (2005)**

**Résumé d'orientation**

1. De nombreux pays sont confrontés à de sérieuses menaces pour la santé publique. Si les principales menaces pour la sécurité sanitaire sont dues aux maladies infectieuses à potentiel endémique émergentes et réémergentes, celles liées à la dissémination délibérée ou accidentelle d'agents chimiques, radiologiques et nucléaires sont de plus en plus préoccupantes. Il ne faut que quelques heures pour que les menaces pour la santé publique qui pèsent sur un pays touchent un autre pays et elles ont de plus en plus d'occasions de se propager au niveau international à tout moment. En outre, le développement de la résistance aux antimicrobiens compromet sérieusement les bénéfices obtenus dans de nombreux domaines de la lutte contre les maladies infectieuses. Les rassemblements de masse constituent eux aussi des risques uniques pour la sécurité sanitaire.

2. On connaît depuis longtemps l'importance de l'action collective dans la gestion des urgences sanitaires de portée internationale. Un grand nombre d'initiatives, d'accords, de cadres et de résolutions de l'OMS ont été adoptés pour soutenir le renforcement des capacités nationales dans des domaines d'activité spécifiques et renforcer la coordination et la collaboration internationales pour faire face à des événements liés. Le Règlement sanitaire international impose l'obligation pour les États Parties de développer et maintenir les principales capacités de santé publique pour la surveillance et l'action, y compris aux points d'entrée, afin de détecter, d'évaluer, de notifier et de déclarer rapidement à l'OMS les événements couverts par ses dispositions, et de prendre des mesures adaptées aux situations locales sur les conseils du Comité d'urgence. Le respect de ces obligations favorise la sauvegarde de la sécurité sanitaire mondiale.

3. Le délai de cinq ans prévu pour la mise en œuvre du Règlement après son entrée en vigueur en 2007 est arrivé à échéance en 2012. Sur les 21 États Parties dans la Région OMS de la Méditerranée orientale, 20 n'ont pas atteint les objectifs de mise en œuvre. La date limite de juin 2014 pour faire en sorte que certaines capacités fonctionnelles requises par le Règlement soient mises en place dans l'ensemble des territoires des États Parties est également passée et 13 pays ont demandé une seconde prorogation. Le niveau de mise en œuvre au niveau régional des principales capacités requises était de 70 % en 2013, contre 64 % en 2012, et seulement légèrement supérieur au niveau de mise en œuvre international de 68 %. Les États Parties progressent de façon satisfaisante en matière de surveillance, de laboratoires, de communication sur les risques, de législation, de coordination et de sécurité sanitaire des aliments. Toutefois, un certain nombre de problèmes entravent le renforcement des capacités requises ainsi que le maintien de ces capacités. L'OMS rencontre également des difficultés pour continuer à s'acquitter de sa mission de Secrétariat chargé de superviser la mise en œuvre du Règlement.

4. Il est urgent d'investir dans la surveillance de tous les risques et des capacités d'intervention dans la Région. Sans cet investissement, les obligations du Règlement seront peu respectées, entraînant certaines failles dans la sécurité sanitaire mondiale. Des efforts conjoints aux niveaux national et international s'imposent pour veiller à ce que tous les pays disposent des capacités nécessaires pour détecter, examiner et notifier rapidement les événements de santé publique et réagir dans les plus brefs délais. Avec ces efforts collectifs nationaux et internationaux, la mise en œuvre du Règlement et d'autres initiatives, cadres et résolutions permettra d'augmenter le niveau de sécurité sanitaire mondiale et la possibilité pour les maladies de traverser les frontières sera bien moindre.

car les pays seront plus nombreux à pouvoir assurer leur propre sécurité sanitaire. Le seul moyen de garantir la sécurité sanitaire aux niveaux international et régional est de mettre en œuvre le Règlement sanitaire international (2005).

5. Respecter les obligations du Règlement sanitaire international (2005) est une décision prise par les États Parties seuls. L'OMS ne peut que conseiller les États Membres, à leur demande, sur la mise en œuvre du Règlement. Ainsi, le fait pour un État Membre de déclarer respecter les obligations ne signifie pas nécessairement qu'il dispose de toutes les capacités requises sur le terrain pour détecter, évaluer et notifier rapidement les événements susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale et y faire face. Le Comité régional pourrait envisager la possibilité de renforcer et maintenir les capacités à examiner les progrès dans la mise en œuvre du Règlement. Cela peut nécessiter, par exemple, la création d'une structure régionale pour l'évaluation ainsi que la vérification et la certification indépendantes des capacités des États Parties à gérer les événements de santé publique.

## Introduction

6. Au cours des 60 dernières années, le monde a fait des progrès considérables pour améliorer la santé humaine. Toutefois, des problèmes de santé mondiaux persistent et des moyens pour y remédier sont à l'étude. Si des solutions adaptées à la situation locale sont nécessaires pour lutter contre la plupart des problèmes sanitaires, certains ne peuvent être résolus que dans le cadre d'une approche mondiale. Les expériences de ces dernières années, avec notamment le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et la grippe aviaire H5N1, ont attiré l'attention sur différentes questions relatives à la sécurité sanitaire. Les problèmes sanitaires mondiaux préoccupent tous les États Membres car ils dépassent les frontières nationales et différents acteurs doivent œuvrer ensemble pour les combattre.

7. De nombreux pays sont confrontés à de sérieuses menaces de santé publique. L'augmentation des mouvements de populations, dus au tourisme, aux migrations ou à des catastrophes, le développement du commerce international ainsi que les changements sociaux et environnementaux confirment qu'il ne faut que quelques heures pour qu'une maladie infectieuse survenant dans un pays devienne une menace dans un autre pays, voire dans le monde entier. Ces menaces peuvent dévaster des pays qui ne sont pas bien préparés à y faire face. Une flambée de maladie par exemple peut rapidement devenir une menace sanitaire à l'échelle mondiale suite à une combinaison de facteurs. Ces facteurs sont notamment les suivants : manque d'informations ; capacités insuffisantes au niveau des pays pour détecter rapidement les événements de santé publique et les endiguer ; crainte de répercussions coûteuses si ces événements sont notifiés ; et absence de mécanismes de riposte internationaux, à la fois juridiques et techniques.

8. Le concept de la sécurité sanitaire mondiale s'est élargi au fil du temps : portant à l'origine uniquement sur les maladies infectieuses, il englobe désormais tout risque sérieux pour la santé publique ayant des implications internationales. De nombreuses urgences de santé publique auraient pu être évitées ou mieux maîtrisées si les systèmes de santé concernés avaient été plus solides et mieux préparés. La sécurité sanitaire mondiale dépend en fin de compte de la qualité des systèmes nationaux de santé publique et nécessite une coopération et une gouvernance internationales.

9. De nombreuses mesures ont été prises au niveau mondial pour protéger les pays des menaces pour la santé publique. La plus importante de ces mesures ces dernières années a été l'établissement du Règlement sanitaire international (RSI 2005) qui régit la réponse apportée aux urgences de santé publique constituant une menace de portée internationale et qui a un caractère obligatoire pour les États Parties depuis le 15 juin 2007. Le Règlement fournit le cadre juridique pour la responsabilité collective en matière de sécurité sanitaire mondiale, imposant l'obligation aux États Parties de développer et maintenir des capacités essentielles en santé publique. Le respect de ces obligations favorise la sauvegarde de la sécurité sanitaire mondiale et permet de protéger tous les pays des sérieuses menaces pour la santé publique, qu'elles soient d'origine biologique, chimique, radiologique ou nucléaire.

10. Le présent document vise à souligner l'importance du Règlement sanitaire international (2005) pour la sécurité sanitaire mondiale et à fournir au Comité régional un compte rendu sur la situation de la Région en matière de mise en œuvre de ce Règlement.

### **Menaces pour la sécurité sanitaire mondiale**

11. Les principales menaces pour la sécurité sanitaire sont dues aux agents pathogènes émergents et aux maladies infectieuses réémergentes à potentiel endémique. Toutefois, les menaces liées à la dissémination délibérée ou accidentelle d'agents chimiques, radiologiques et nucléaires sont de plus en plus préoccupantes. Le monde étant de plus en plus interconnecté, les possibilités pour ces menaces à la santé publique d'avoir une portée internationale sont de plus en plus nombreuses.

#### *Maladies à potentiel épidémique*

12. Les flambées de maladies infectieuses aiguës, comme entre autres le choléra, la méningite, la rougeole, la fièvre jaune, les fièvres hémorragiques, les gripes et l'infection au virus Nipah, constituent une menace pour la sécurité sanitaire mondiale et doivent être confinées à la source pour prévenir la morbidité et la mortalité. En 2013-2014, plusieurs pays de la Région de la Méditerranée orientale ont signalé à l'OMS d'importantes flambées de maladies infectieuses aiguës. Il s'agissait notamment de la fièvre hémorragique Crimée-Congo, du choléra, de la dengue, de formes sévères de grippe pandémique (H1N1) 2009, de la rougeole, de la grippe aviaire (H5N1) et de la fièvre jaune.

13. L'actuelle flambée de maladie à virus Ebola, due à une souche d'Ebolavirus présentant une très grande homologie (98 %) avec Ebolavirus Zaïre, est une première en Afrique occidentale. Du fait de son évolution rapide en Guinée, de sa propagation aux pays voisins, le Libéria et la Sierra Leone, et d'un cas importé signalé par le Nigéria, il s'agit de la plus grande propagation géographique d'une flambée de virus Ebola jamais signalée depuis l'apparition de la maladie en 1976 dans les populations humaines au Zaïre (l'actuel République démocratique du Congo) et dans la partie sud du Soudan. Au 27 juillet 2014, le nombre total de cas attribués à la maladie dans les quatre pays s'élevait à 1323, dont 729 décès. Compte tenu de la fréquence des déplacements de personnes entre les pays touchés et certains pays de la Région de la Méditerranée orientale, cette dernière est exposée à un risque de transmission du virus.

14. Dans la Région, deux grands événements de santé mondiaux présentent actuellement un risque d'impact majeur sur des pays situés hors de la Région. Le premier, la poliomyélite, est l'une des quatre maladies à déclaration obligatoire au niveau international figurant sur la liste du Règlement sanitaire international (2005). Une infrastructure importante permet d'assurer la surveillance, la notification immédiate des cas confirmés de poliomyélite ainsi que l'investigation des cas potentiels. Fin 2013, 60 % des cas de poliomyélite étaient dus à la propagation internationale du poliovirus sauvage, et de plus en plus d'éléments laissent à penser que les voyageurs adultes contribuent à cette propagation. Pendant la saison de faible transmission de 2014, le poliovirus sauvage s'est propagé au niveau international à partir de trois pays sur les 10 pays qui étaient alors infectés. Les conséquences d'une propagation internationale plus importante sont particulièrement graves aujourd'hui compte tenu du grand nombre d'États exempts de poliomyélite mais ravagés par des conflits et fragiles. Ces pays disposent de services de vaccination systématique gravement affaiblis et présentent un risque élevé de réinfection. En mai 2014, l'OMS a déclaré la poliomyélite « urgence de santé publique de portée internationale » (USPPI) suite aux conseils unanimes du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international sur la propagation internationale du poliovirus sauvage. Le Directeur général a approuvé les recommandations du Comité à l'intention des « États d'où le poliovirus sauvage est actuellement exporté » (Pakistan, Cameroun et République arabe syrienne) et des « États infectés par le poliovirus sauvage mais d'où il n'est pas actuellement exporté » (Afghanistan, Guinée équatoriale, Éthiopie, Iraq, Israël, Somalie et Nigéria) et les a publiées à titre de recommandations temporaires afin de réduire la propagation internationale du poliovirus sauvage, avec effet au 5 mai 2014.

15. Le second événement de santé publique préoccupant est l'émergence dans la Région en 2012 du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), qui touche à ce jour 20 pays au sein et à l'extérieur de la Région. Fin juillet 2014, 837 cas d'infection à MERS-CoV confirmés en laboratoire, dont au moins 292 décès associés, ont été officiellement notifiés à l'OMS. Le virus semble circuler largement dans la Péninsule arabique, la plupart des cas étant signalés par l'Arabie saoudite. La majorité des cas concernaient des résidents, mais certains ont touché des voyageurs. Le nombre de cas a considérablement augmenté entre mars et fin mai 2014, principalement en Arabie saoudite et aux Émirats arabes unis, l'augmentation étant apparemment due à des flambées dans les hôpitaux. Le nombre de cas ayant contracté l'infection dans la communauté a également augmenté depuis la mi-mars. Certains personnes ayant été infectées ont indiqué avoir eu des contacts avec des animaux. Parmi les autres facteurs expliquant la forte augmentation des cas, il est possible que le printemps soit la haute saison pour la transmission, et que les pays affectés trouvent davantage de cas car ils soumettent un plus grand nombre de personnes à des tests. Il n'existe pas de données sérieuses sur le nombre de personnes ayant pu être infectées par le virus mais présentant peu ou pas de symptômes, sur la possibilité pour les cas asymptomatiques de propager le virus, ou sur la façon de traiter efficacement les patients. Bien que les chameaux soient suspectés d'être la principale source d'infection pour les humains, les modes exacts d'exposition directe ou indirecte restent inconnus. À ce jour, les conditions pour déclarer le MERS-CoV urgence de santé publique de portée internationale aux termes du Règlement sanitaire international (2005) ne sont pas remplies.

#### *Maladies d'origine alimentaire*

16. La sécurité sanitaire des aliments dans la Région s'est considérablement améliorée ces dernières années. Toutefois, les progrès dans les pays sont inégaux et les flambées d'origine alimentaire dues à des agents pathogènes microbiens, parasitaires et zoonotiques ainsi que la contamination par des produits chimiques et des toxines sont courantes dans de nombreux pays. Le commerce d'aliments contaminés entre les pays augmente le risque de propagation des flambées. En outre, l'émergence des nouvelles maladies d'origine alimentaire est très préoccupante. Parmi les exemples de propagation interrégionale de maladies d'origine alimentaire à partir de la Région, l'on peut citer la flambée d'infection par le virus de l'hépatite A entre le 1<sup>er</sup> novembre 2012 et le 30 avril 2013 et une flambée de *E.coli* entérohémorragique en 2011.

#### *Événements de santé publique accidentels et délibérés*

17. Depuis 2011, il y a eu plusieurs événements de santé alarmants dus à un accident chimique, radiologique ou nucléaire, à la dissémination délibérée d'agents infectieux, chimiques, radiologiques ou nucléaires et à des changements climatiques soudains. La fusion du cœur d'un réacteur à la centrale de Fukushima au Japon en mars 2011 a entraîné la dissémination de matière radioactive dans l'atmosphère, suscitant des inquiétudes quant à d'éventuelles conséquences à long terme sur la santé publique d'une exposition externe et interne aux rayonnements. L'OMS a publié une évaluation des risques sanitaires associés à la catastrophe.

18. L'utilisation d'armes chimiques en République arabe syrienne en 2013 et 2014, touchant des centaines de personnes, a attiré l'attention du monde entier sur la nécessité d'appliquer des lois nationales et internationales et de renforcer les capacités nationales pour faire face à ces incidents. Les inondations en Afghanistan en mars-mai 2014, touchant des milliers de personnes dans 27 provinces, ont eu des répercussions importantes sur la santé publique, notamment le risque de propagation de maladies infectieuses et à transmission vectorielle en raison des dégâts infligés aux infrastructures, de la contamination des sources d'eau et de l'interruption de la collecte et de l'élimination des déchets solides.

### *Résistance aux antimicrobiens*

19. L'augmentation du nombre de micro-organismes résistants aux plus puissants antibiotiques constitue l'une des plus grandes menaces pour la santé publique. La résistance aux antimicrobiens est reconnue comme une grave menace pour la sécurité sanitaire mondiale par de nombreux forums mondiaux, dont le groupe des huit pays les plus industrialisés (G8). La crise est due à l'utilisation irresponsable des antimicrobiens par les prestataires de santé, les communautés et les industries à travers le monde, notamment dans la production d'aliments, en particulier comme facteurs de croissance dans l'élevage d'animaux. On considère que les progrès accomplis dans de nombreux domaines de la lutte contre les maladies infectieuses sont gravement menacés par la propagation de la résistance aux antimicrobiens. Le rapport de l'OMS *Antimicrobial resistance: global report on surveillance 2014* a révélé d'importantes formes de résistance pour plusieurs bactéries d'importance de santé publique, dont *E. coli*, *Klebsiella pneumonia*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumonia*, *Salmonella* non-typhoïde, *Shigella* et *Neisseria gonorrhoeae*. Il existe désormais des exemples de souches pharmacorésistantes pour tous les types de micro-organismes, y compris les bactéries, virus, champignons et parasites. Aucune nouvelle classe d'antibactériens n'a été découverte depuis 1987, notamment parce que les sociétés ne peuvent plus faire suffisamment de bénéfices sur les antimicrobiens pour justifier l'investissement dans la recherche nécessaire. Le risque de conséquences médicales, sociales et économiques graves, en seulement quelques années, a incité l'OMS à appeler à une action coordonnée d'urgence de la part des nombreuses parties prenantes internationales. Une action est nécessaire à tous les niveaux et de la part de tous les pays du monde.

### *Rassemblements de masse*

20. Un grand nombre de personnes dans un espace restreint peut contribuer à la propagation de maladies infectieuses, entraîner des accidents, provoquer des attaques terroristes et dépasser les capacités des mesures de santé publique habituelles. Les rassemblements de masse constituent donc des risques uniques pour la sécurité sanitaire. La Région accueille plusieurs rassemblements de ce genre, dont certains annuels, comme le pèlerinage (Hadj) en Arabie saoudite et les fêtes de l'Arba'een et de Muharram in Iraq, des événements sportifs réguliers et récemment des rassemblements politiques qui ont attiré des centaines de milliers de personnes dans certains pays. Les mesures de préparation en matière de santé publique lors des rassemblements de masse dans la majorité des pays de la Région sont insuffisantes et doivent être renforcées. Le risque pour la santé publique associé aux rassemblements de masse réside non seulement dans le nombre de personnes qui tombent malades dans le pays hôte et la charge qui en résulte pour le système de santé, mais également dans la possibilité de propager des maladies infectieuses quand ces personnes rentrent dans leur pays.

### **Cadres et initiatives pour renforcer la sécurité sanitaire mondiale**

21. Le Règlement sanitaire international (2005) impose aux États Parties l'obligation d'acquiescer et de maintenir des capacités essentielles en santé publique, y compris aux points d'entrée, afin de détecter, d'évaluer, de notifier et de déclarer rapidement les événements couverts par ses dispositions. Dans ce domaine, les principales différences avec les versions précédentes sont notamment les suivantes : passage du confinement à la frontière au confinement à la source de l'événement ; passage d'une petite liste de maladies à déclaration obligatoire à l'accent mis sur tous les risques de santé publique, y compris les menaces chimiques, radiologiques et nucléaires ; et passage de mesures pré-établies à des interventions sur mesure, avec plus de flexibilité pour traiter les situations locales sur le terrain, et recommandation du Comité d'urgence. Le Règlement comprend le principal outil juridique régissant la réponse aux urgences de santé publique qui constituent une menace de portée internationale. La collaboration avec d'autres organisations mandatées est absolument essentielle et obligatoire aux termes de ce Règlement et le respect de ces obligations favorise la sauvegarde de la sécurité sanitaire mondiale.

22. Il existe un certain nombre d'autres cadres et résolutions pour protéger la sécurité sanitaire mondiale, renforcer les capacités nationales pour l'alerte et la riposte aux différentes urgences de santé publique et regrouper les différents partenaires pour coordonner la riposte. Dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments, la Commission du *Codex Alimentarius* (CCA) créée par la FAO et l'OMS a, depuis le début des années 1960, harmonisé les réglementations pour les compléments alimentaires dans le monde et établi des normes de sécurité internationales pour le commerce des aliments. Les statuts de la Commission du *Codex Alimentarius* ont été amendés (WHA59.16) en 2006 afin de protéger la santé des consommateurs, de promouvoir la coordination entre les différentes parties prenantes et d'établir des priorités, prendre l'initiative et guider la conduite du travail de préparation des normes alimentaires.

23. Parmi les résolutions importantes de l'Assemblée mondiale de la Santé, l'on peut citer les résolutions WHA54.14 sur la sécurité sanitaire mondiale, WHA55.16 intitulée Présence naturelle, dissémination accidentelle ou usage délibéré de matériel chimique, biologique ou radionucléaire affectant la santé : l'action de santé publique internationale et WHA59.15 sur l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques. Dans le domaines des situations d'urgence et des catastrophes, l'on peut mentionner les résolutions WHA58.1 sur les interventions sanitaires en cas de crises et de catastrophes, WHA59.22 sur la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours et WHA64.10 sur le renforcement au niveau national des capacités de gestion des urgences sanitaires et des catastrophes et de la résilience des systèmes de santé, tandis que les résolutions WHA51.29 et WHA61.19 portent sur la protection de la santé contre les risques liés aux changements climatiques. Dans la résolution WHA64.5, l'Assemblée de la Santé a adopté le cadre de préparation en cas de grippe pandémique visant à mettre en œuvre une approche mondiale de la préparation et la riposte à la grippe pandémique.

24. Dans d'autres forums, les gouvernements à travers le monde se sont engagés à agir pour réduire le risque de catastrophe. La résolution 60/195 de l'Assemblée générale des Nations Unies approuve la Déclaration de Hyogo et le Cadre de Hyogo pour 2005-2015, plan sur 10 ans pour réduire les vulnérabilités face aux catastrophes naturelles. Des consultations sont en cours dans le monde entier afin de formuler les recommandations pour l'élaboration d'un cadre après 2015. Le programme mondial de sécurité sanitaire lancé par les États-Unis d'Amérique en 2014, avec ses neuf objectifs liés à la prévention des épidémies évitables, la détection précoce des menaces et la réponse rapide et efficace, soutient la mise en œuvre du Règlement sanitaire international en favorisant la sécurité sanitaire mondiale. Les États-Unis d'Amérique se sont engagés à travailler avec au moins 30 pays pour prévenir et détecter les menaces de maladies infectieuses, et y réagir efficacement, qu'elles soient d'origine naturelle ou dues à des disséminations intentionnelles ou accidentelles d'agents pathogènes dangereux. Parmi les autres initiatives, l'on peut citer le G8, le G20 et le partenariat mondial contre la diffusion d'armes et de matériels de destruction massive, visant toutes à renforcer les capacités nationales dans des domaines d'action spécifiques ainsi que la coordination et la collaboration internationales pour faire face aux événements connexes.

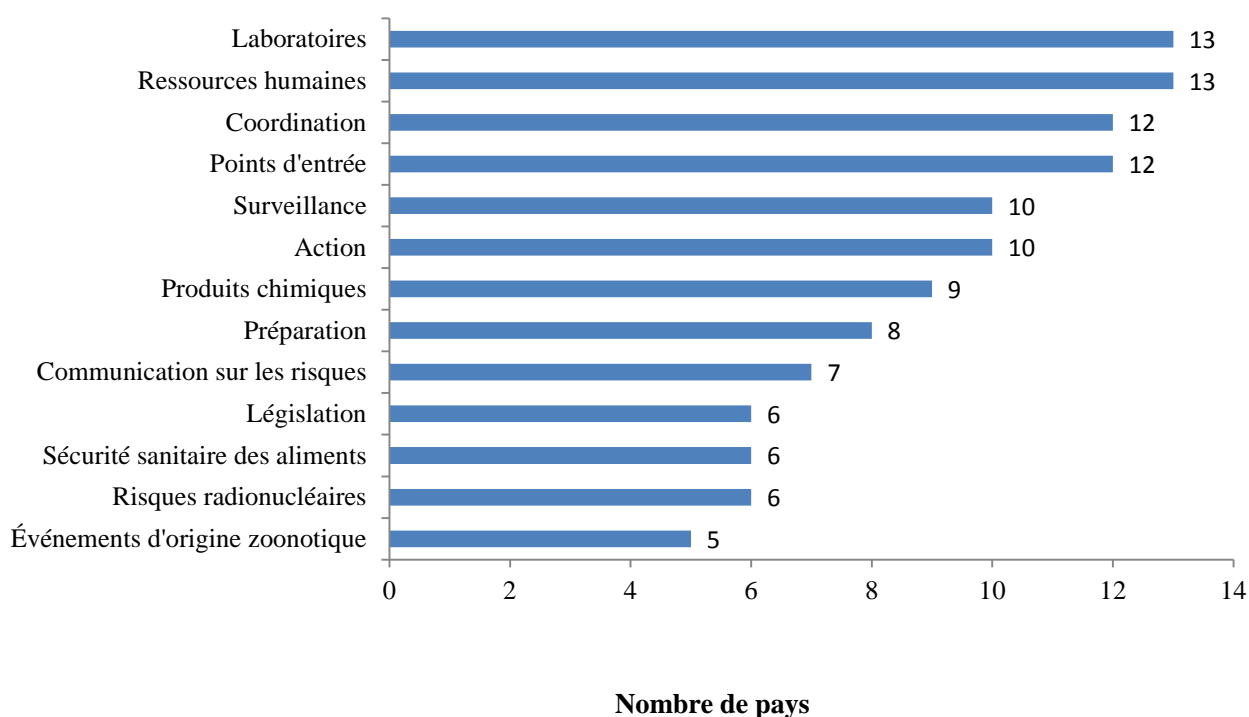
### **Progrès accomplis dans la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005)**

25. La date butoir à cinq ans pour la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) après son entrée en vigueur en 2007 est passée en 2012. Sur les 21 États Parties dans la Région OMS de la Méditerranée orientale, un seul (la République islamique d'Iran) a déclaré être prêt à satisfaire aux obligations d'ici juin 2012 ; les autres n'ont pas atteint les objectifs de mise en œuvre. Dix-neuf (19) États Parties ont obtenu une prorogation de deux ans pour atteindre les principales capacités requises d'ici au 15 juin 2014 et un État Partie n'a pas satisfait aux exigences pour la prorogation.

26. Le délai fixé à 2014 pour la mise en place de certaines capacités fonctionnelles requises par le Règlement dans l'ensemble des territoires des États Parties est également écoulé. Sept (7) États Parties ont indiqué être prêts à satisfaire aux obligations pour la date limite du 15 juin 2014 (Arabie saoudite, Bahreïn, Émirat arabes unis, Jordanie, Maroc, Oman et Qatar). Treize (13) États Parties dans la Région ont demandé une seconde prorogation (Afghanistan, Djibouti, Égypte, Iraq, Koweït, Liban,

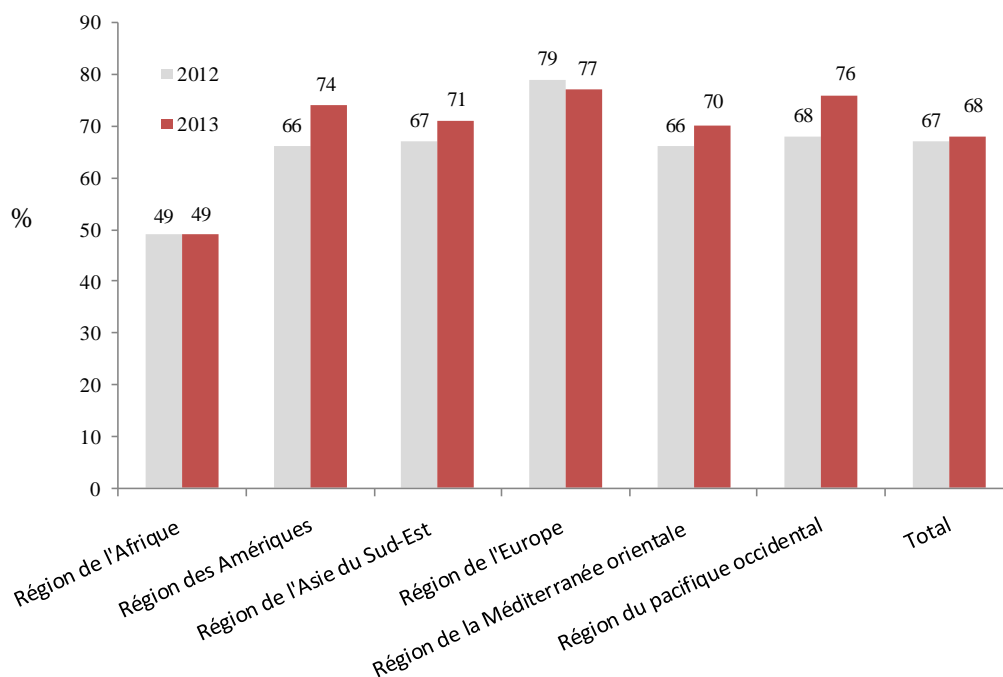
Libye, Pakistan, République arabe syrienne, Somalie, Soudan, Tunisie et Yémen). Tous les États Parties ayant demandé une prorogation supplémentaire ont soumis un nouveau plan de mise en œuvre à l'OMS.

27. L'analyse des demandes de prorogation révèle que les 13 États Parties concernés ont indiqué que les capacités des laboratoires devaient être davantage renforcées. Venaient ensuite les capacités de coordination et de communication des points focaux nationaux RSI et les capacités aux points d'entrée par 12 États Parties, ainsi que les capacités de surveillance et de riposte par 10 États Parties. Quelques États Parties ont fait des capacités en ressources humaines une priorité pour demander une prorogation. Cependant, le renforcement des capacités en matière de ressources humaines pour mettre en œuvre les différentes capacités essentielles a été souligné par chaque État Partie. Les 13 États Parties considèrent donc que ces capacités nécessitent un soutien supplémentaire. Les capacités zoonotiques sont celles qui ont été les moins citées par les États Parties comme nécessitant un soutien supplémentaire. La Figure 1 montre les capacités nécessitant un soutien supplémentaire.



**Fig. 1 Règlement sanitaire international (2005) : principales capacités nécessitant un soutien supplémentaire dans les États Parties demandant une prorogation jusqu'en juin 2016**

Source : Plans implementation of the International Health Regulations submitted to WHO by States Parties requesting extension (non publié)

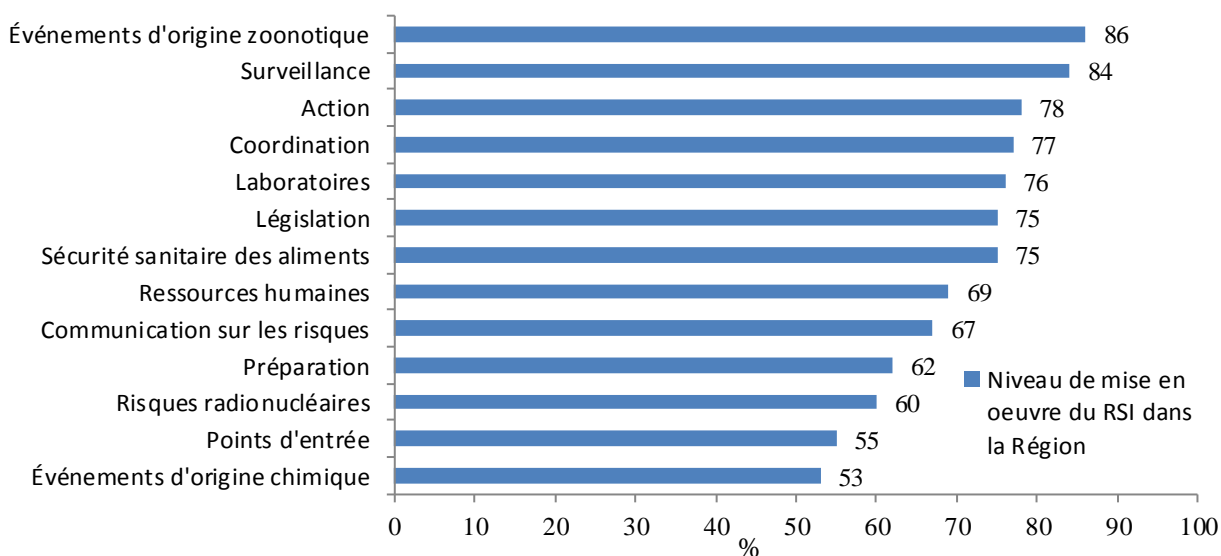


**Fig. 2 Niveau de mise en œuvre des capacités du RSI par Région, 2013**

Source : Summary of States Parties 2013 report on IHR core capacity implementation. Geneva: World Health Organization; 2014.

28. L'OMS surveille la mise en œuvre du Règlement et présente chaque année les résultats à l'Assemblée mondiale de la Santé à l'aide de l'outil de surveillance du RSI. Les résultats obtenus par le biais de cet outil indiquent que le niveau régional de mise en œuvre des principales capacités requises était de 70 % en 2013, légèrement supérieur aux 64 % de 2012. Le niveau de mise en œuvre régional de 2013 était légèrement supérieur au niveau de mise en œuvre mondial de 68 % (Figure 2).

29. Dans l'ensemble, les États Parties progressent de façon satisfaisante en matière de surveillance, de laboratoires, de communication sur les risques, de législation, de coordination et de sécurité sanitaire des aliments. Toutefois, les capacités pour les points d'entrée et la prise en charge des événements d'origine chimique et radionucléaire restent insuffisantes (Figure 3).



**Fig. 3 Règlement sanitaire international (2005) : niveau de mise en œuvre des principales capacités (%) dans la Région de la Méditerranée orientale, 2013**

Source : Summary of States Parties 2013 report on IHR core capacity implementation. Geneva: World Health Organization; 2014.



30. En plus de l'outil mondial de surveillance, des missions dans les pays ont fourni d'autres informations sur les réalisations et les lacunes dans la Région (les données et informations spécifiques à chaque pays seront communiquées au Comité régional sous la forme de profils de pays).

31. Plusieurs pays ont révisé leur législation nationale et pris des mesures pour faciliter la mise en œuvre du Règlement. Le point focal national RSI est désigné et confirmé chaque année dans tous les pays, sauf en Somalie. Des comités RSI multisectoriels et multidisciplinaires ont été créés dans la quasi-totalité des pays et se réunissent régulièrement. Des efforts considérables ont été réalisés pour renforcer la surveillance basée sur les indicateurs dans tous les pays. Cela comprend les points suivants : l'existence d'unités spéciales avec des ressources humaines adaptées ; une liste établie de maladies à déclaration obligatoire avec définition des cas ; une politique/orientation nationale sur la surveillance ; et des systèmes pour la notification, l'analyse et l'interprétation des données de surveillance. Des systèmes d'alerte précoce pour les maladies ont été créés dans certains pays et sont en cours d'expansion. L'utilisation de versions électroniques de ces systèmes se développe également. Certains composants de la surveillance basée sur les événements sont fonctionnels, comme la surveillance par les médias, la vérification des rumeurs et l'absentéisme scolaire. On observe dans le secteur de la santé une bonne connaissance et une utilisation de l'instrument de décision de l'Annexe 2 du Règlement sanitaire international (2005) pour l'évaluation et la notification des événements susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale.

32. Tous les pays ont indiqué avoir mis en place des mécanismes pour réagir aux événements de santé publique, y compris des équipes d'intervention rapide. Des lignes directrices et procédures normalisées sur la prise en charge et la riposte ont été formulées pour faire face à quelques événements de santé publique. Quinze pays ont indiqué disposer de politiques/programmes nationaux pour la prévention et la maîtrise des infections. La plupart des pays disposent de lignes directrices et procédures normalisées en la matière. Quatorze pays ont indiqué avoir les capacités pour mobiliser des ressources internes, le cas échéant, pour faire face aux événements de santé publique ; le délai nécessaire à la mobilisation des ressources internes diffère selon les pays. Certains pays ont les capacités de mobiliser les ressources externes pour réagir aux événements de santé publique, mais ce sont généralement ceux qui reçoivent déjà une aide de donateurs.

33. Tous les pays ont une structure et un mécanisme définis, y compris des plans pour des secteurs spécifiques, pour la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours. La moitié des pays ont indiqué avoir réalisé une évaluation des risques et une cartographie des dangers au niveau national ou dans certaines parties du pays.

34. La quasi-totalité des pays a indiqué avoir désigné des partenaires pour la communication sur les risques dans leurs pays. Le secteur de la santé dispose de solides capacités pour communiquer sur les risques sanitaires pour les flambées de maladies. Environ la moitié des pays ont mentionné disposer de plans de communication sur les risques spécifiques aux secteurs. Si 14 pays ont déclaré avoir des politiques ou lignes directrices sur la diffusion d'informations, les autres procèdent sans l'appui de documents. La communication sur les risques liés aux nouveaux événements de santé publique relève de la responsabilité commune des divers services/départements concernés. Toutefois, le niveau de coordination et de collaboration entre les secteurs concerné(e)s varie selon les pays. La diffusion d'informations sur les nouveaux événements et le type d'informations à diffuser relèvent de la décision des hauts responsables. Il semble qu'un mécanisme officiel pour accélérer la diffusion d'informations pendant les situations d'urgence fasse défaut. Toutefois, dans certains pays, certaines personnes, à titre individuel, peuvent prendre des mesures et accélérer la diffusion de ces informations. En fonction de la disponibilité des fonds, les pays actualisent régulièrement les matériels d'information, d'éducation et de communication et les mettent à la disposition du public.

35. Dix-huit (18) pays ont indiqué disposer d'un réseau de laboratoires nationaux et internationaux pour répondre aux exigences en matière de diagnostic et de confirmation et fournir un appui aux investigations des flambées pour les événements et 15 pays ont déclaré avoir un inventaire actualisé des laboratoires publics ayant des capacités diagnostiques appropriées. La quasi-totalité des pays a

indiqué disposer de réglementations nationales pour le conditionnement et le transport des échantillons cliniques et un système fonctionnel pour la collecte, l'emballage et le transport de ces échantillons. La quasi-totalité des pays ont affirmé avoir des kits de collecte et transport en quantités appropriées et la capacité de livrer les échantillons cliniques aux laboratoires compétents dans le délai nécessaire pour l'investigation d'événements ordinaires. Toutefois, ceci n'est pas le cas pour l'investigation des urgences de santé publique. L'OMS a procédé à l'évaluation du système de gestion de la qualité des laboratoires dans la moitié des pays et les résultats ont révélé que les systèmes de gestion des risques biologiques nécessitaient encore un investissement important.

36. Presque tous les pays ont identifié leurs points d'entrée désignés pour la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) tandis que la moitié des pays ont établi la liste des ports autorisés à délivrer des certificats de contrôle sanitaire de navire qu'ils ont communiquée à l'OMS. Les principales capacités requises aux points d'entrée sont insuffisantes. Les services de santé publique liés aux services de soins de santé pour les voyageurs et membres du personnel malades, l'inspection des denrées alimentaires et marchandises pour animaux importées, la sécurité sanitaire des aliments et de l'eau, la gestion des déchets, la lutte antivectorielle et l'application des mesures de contrôle de santé publique liées à certains événements de santé publique sont disponibles dans certains pays et sont généralement dispensés par des prestataires différents. La prestation de certains services est confiée à des sociétés privées.

37. Les capacités en matière de lutte contre les zoonoses ont été très largement améliorées, en particulier dans les pays où les maladies zoonotiques sont considérées comme une importante menace de santé publique. La surveillance des événements d'origine zoonotique s'effectue au sein du ministère de la Santé dans la plupart des pays. Une liste des maladies animales, y compris les maladies zoonotiques nécessitant une surveillance, a été établie dans les secteurs responsables des animaux dans la plupart des pays. L'échange d'informations entre le secteur de la santé et celui en charge des animaux se fait généralement de manière ponctuelle. Certains pays disposent des capacités pour procéder à des analyses en laboratoire visant à confirmer les événements zoonotiques prioritaires. L'accès aux capacités de laboratoires internationales, par des procédures établies, pour confirmer les événements zoonotiques prioritaires, est maintenu dans la majorité des pays. Tous les pays ont indiqué disposer d'un mécanisme pour réagir aux flambées de maladies zoonotiques connues, mais non aux maladies zoonotiques émergentes (inconnues).

38. Les capacités en matière de sécurité sanitaire des aliments diffèrent selon les pays. Certains pays progressent dans ce domaine et s'emploient à améliorer les capacités dans les domaines où des lacunes persistent. Nombre des capacités requises font défaut dans d'autres pays. La sécurité sanitaire des aliments relève de la responsabilité commune de différents secteurs dans chaque pays. Les rôles et responsabilités de chacun ont été définis mais dans la plupart des cas n'ont pas été consignés par écrit. La quasi-totalité des pays a indiqué disposer de normes nationales et internationales en matière de sécurité sanitaire des aliments ainsi que de lois, réglementations ou politiques pour faciliter le contrôle de la sécurité sanitaire des aliments. Toutefois, elles ne sont pas actualisées dans la majorité des pays. Quinze (15) pays ont indiqué avoir établi une liste des principaux risques en matière de sécurité sanitaire des aliments. Quatorze (14) pays ont déclaré disposer de services d'inspection des aliments fondée sur les risques. Des unités spécialisées procèdent à l'investigation des rumeurs collectées sur les événements de sécurité sanitaire des aliments. Les systèmes pour l'échange régulier d'informations sur les événements de sécurité sanitaire des aliments entre les différents secteurs sont rares. Quinze pays disposent de lignes directrices et procédures normalisées pour la gestion des cas d'événements spécifiques de sécurité sanitaire des aliments. Dans la majorité des pays, des professionnels des secteurs de la sécurité sanitaire des aliments sont formés à la riposte et la maîtrise des événements de sécurité sanitaire des aliments ; cette formation n'a toutefois pas lieu régulièrement.

39. La réglementation et l'utilisation des produits chimiques relèvent de la responsabilité commune de différents secteurs dans chaque pays. La plupart des pays sont dotés d'un organisme national pour réglementer toutes les activités impliquant les produits chimiques et les substances dangereuses, avec

un cadre juridique. Un inventaire des sites ou établissements susceptibles d'être des sources d'urgence chimique ainsi qu'une évaluation des risques chimiques sur ces sites ont été effectués dans quelques pays. La moitié des pays disposent de politiques pour la surveillance des incidents chimiques et l'intervention, ainsi que de lignes directrices pour la riposte et la prise en charge, mais elles ne sont pas accessibles à tous les secteurs concernés. La moitié des pays ont mentionné l'existence de plans pour la préparation et la riposte aux incidents chimiques mais pas dans le cadre d'un plan national. Dans la plupart des pays, l'échange d'informations entre les unités compétentes s'effectue de manière ponctuelle.

40. En ce qui concerne les capacités nationales pour la préparation aux situations d'urgence radiologique, plusieurs activités sont menées dans les pays, tandis que d'autres sont prévues pour renforcer davantage les capacités. Les différents secteurs se partagent les responsabilités. Seize (16) pays disposent de plans pour la détection et l'évaluation des situations d'urgence radiologique ainsi que pour l'intervention. Il existe des systèmes pour surveiller les situations d'urgence radiologique dans 15 pays. Des lignes directrices et procédures normalisées pour l'évaluation des risques, la notification, la vérification et la notification des événements ainsi que l'investigation et la gestion des situations d'urgence radiologique sont disponibles dans la majorité des pays mais ne sont pas accessibles à tous les secteurs concernés. Il existe des systèmes pour l'exportation et l'élimination de matières radioactives faisant l'objet d'une surveillance dans la plupart des pays, ainsi que des capacités pour l'inspection des biens contaminés par des matières radioactives, y compris aux points d'entrée. Il y a des plans spécifiques aux secteurs pour la préparation et la riposte aux événements radiologiques et nucléaires dans la plupart des pays mais ils ne sont pas accessibles aux autres secteurs. L'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA) a largement collaboré avec les pays pour renforcer les capacités existantes.

### **Lacunes dans la mise en œuvre**

41. Le manque de compréhension du processus permettant de réviser la législation nationale dans le contexte du Règlement sanitaire international (2005) et d'adopter une législation nationale pour faciliter la mise en œuvre du Règlement constitue un défi majeur pour certains États Parties. L'approbation de la modification de la législation peut prendre de nombreuses années. L'option qui consiste à édicter un décret ministériel pour favoriser la mise en œuvre du Règlement, comme alternative, n'est pas très répandue.

42. Dans la majorité des cas, les personnes responsables auprès des points focaux nationaux RSI ne connaissent pas suffisamment le Règlement ou n'ont pas l'équipement nécessaire pour faciliter les communications en permanence (24h/24, sept jours sur sept) avec les différents secteurs et l'OMS. Les fonctions et obligations des points focaux nationaux et des comités multisectoriels ne sont pas clairement définies dans la plupart des pays, et lorsqu'elles le sont, elles ne sont pas pleinement appliquées. En outre, on observe dans la majorité des pays une compréhension incomplète du Règlement de la part des différents secteurs ainsi que de leur rôle pour sa mise en œuvre ; l'engagement politique à l'égard du Règlement est également insuffisant parmi les secteurs autres que celui de la santé.

43. En temps normal, la coordination et l'échange d'informations entre les secteurs ne sont pas structurés. Cela est dû en partie à une culture de « non partage des informations » et en partie à l'absence de conseils appropriés sur la façon de renforcer la coordination et d'échanger des informations ainsi que sur le type d'informations à échanger. Les rôles et responsabilités des diverses parties prenantes dans la mise en œuvre du Règlement ne sont pas clairement définis.

44. L'exhaustivité et l'actualité des données de surveillance communiquées constituent un problème, en particulier en ce qui concerne les données venant d'établissements de santé situés dans des zones d'insécurité de certains pays. Les méthodes et le logiciel utilisés pour gérer les données de surveillance ne sont pas à jour. Les résultats de la surveillance ne sont pas communiqués régulièrement à tous les niveaux et aux autres parties prenantes concernées. Bien que de nombreux

pays aient mentionné l'existence d'une surveillance basée sur les événements, aucun pays n'a mis en place de système officiel. En outre, on observe d'importantes lacunes dans les pays en matière de connaissance du concept de surveillance basée sur les événements, même parmi les hauts responsables de la surveillance. L'instrument de décision figurant à l'Annexe 2 du Règlement n'est pas utilisé dans les secteurs autres que celui de la santé.

45. L'investigation multidisciplinaire des événements de santé publique ainsi que la riposte à ces événements sont insuffisantes. Il n'existe aucune orientation sur la prise en charge de certains événements de santé publique prioritaires et la riposte à ces événements. De même, les mesures de lutte contre les infections et de sécurité des patients sont inadaptées dans la plupart des pays. La flambée actuelle de MERS-CoV met en évidence les lacunes dans les programmes de prévention et de maîtrise des infections. Il convient de renforcer les capacités des services d'isolement dans les hôpitaux tertiaires de la Région et de mettre en place des unités de décontamination dans certains hôpitaux pour traiter les cas de contamination chimique, radiologique et nucléaire. La plupart des pays ne disposent pas d'un système complet pour surveiller la résistance aux antimicrobiens.

46. Dans la majorité des cas, les pays n'ont pas de plan national de santé publique pour la préparation et la riposte aux risques de santé publique, y compris aux points d'entrée. La plupart d'entre eux doivent établir une cartographie des risques potentiels et des sites dangereux et élaborer/mettre à jour des plans nationaux de santé publique pour la préparation et la riposte à ces risques potentiels. Les stocks de médicaments et de matériel prépositionnés pour les urgences de santé publique, ainsi que les plans pour la gestion de ces stocks, sont insuffisants.

47. Il convient de renforcer les capacités de communication sur les risques dans les secteurs autres que celui de la santé, en particulier ceux qui traitent les situations d'urgence chimique et radiologique, et d'adopter une approche intégrée pour ce faire. Cela inclut l'élaboration, avec la participation de toutes les parties prenantes, de plans intégrés de communication sur les risques pour faire face aux dangers potentiels dans le pays. D'autres plans spécifiques, portant sur les risques particuliers, sont également nécessaires. Les principales parties prenantes doivent suivre une formation commune en matière de communication sur les risques pour renforcer la coordination et la collaboration et surtout réduire le temps nécessaire au passage à un mode d'intervention d'urgence en tant qu'équipes intégrées pour la communication sur les risques. Il est nécessaire d'élaborer des stratégies pour permettre à la société civile, au secteur privé et aux organisations internationales d'agir efficacement dans ce sens et d'examiner les besoins en matière de communication sur les risques afin que les gouvernements soient mieux préparés à communiquer en cas de situation d'urgence sanitaire.

48. Des efforts considérables ont été accomplis pour renforcer les capacités des systèmes nationaux de gestion des risques biologiques ; toutefois, d'importantes lacunes persistent dans certains pays. Cela s'explique notamment par une prise de conscience et un engagement politique insuffisants ainsi que par l'absence de plan complet pour les infrastructures, l'équipement, la collaboration entre les différents secteurs et les ressources humaines qualifiées.

49. Le manque de coordination et de communication entre les différents prestataires de services aux points d'entrée désignés, ainsi que la méconnaissance du Règlement et du rôle des autorités compétentes dans sa mise en œuvre constituent des lacunes importantes. Les documents sanitaires utilisés aux points d'entrée ne sont pas mis à jour selon les exigences du Règlement et les capacités du personnel chargé d'émettre ces documents sont insuffisantes. La plupart des points d'entrée désignés ne disposent pas de plan d'urgence de santé publique. Les directives sur la façon de renforcer les capacités requises aux postes-frontières sont insuffisantes, en particulier dans les pays où ces points sont poreux, tout comme le contrôle du passage des voyageurs. On observe également un manque de recommandations sur la façon de procéder pour intégrer les données de surveillance aux points d'entrée aux données nationales y afférentes. Des efforts doivent être accomplis pour renforcer la coordination avec les pays voisins afin d'améliorer la surveillance et la riposte aux frontières.

50. La plupart des pays ne disposent pas de plan national de préparation et de riposte aux événements zoonotiques. Dans certains pays, il n'existe ni définition de cas ni directives pour l'investigation, la maîtrise et la prise en charge des maladies animales, y compris les zoonoses. Des lacunes persistent dans la coordination entre les secteurs chargés des animaux et les autres secteurs, ainsi que la collecte et l'échange rapides et systématiques d'informations concernant les zoonoses entre les unités de surveillance animale, les laboratoires, les unités de surveillance de la santé humaine et d'autres secteurs concernés. En outre, la détection des maladies animales repose sur une surveillance passive et rarement sur une surveillance active, qui est nécessaire. L'utilisation de mesures efficaces d'isolement et de lutte contre les infections en milieu de soins, les capacités à réagir rapidement et correctement aux événements, la fourniture d'une prophylaxie ou de contre-mesures et l'accès à des experts pouvant contribuer à la réponse rapide aux événements zoonotiques sont également insuffisants dans la plupart des pays.

51. La majorité des pays ne respectent pas suffisamment les exigences suivantes pour les capacités en matière de sécurité sanitaire des aliments : mise en place d'un mécanisme de coordination et d'échange d'informations entre les différentes parties prenantes et avec le point focal national RSI ; mise en place d'un système de surveillance avec une liste des événements de sécurité sanitaire des aliments, une traçabilité renforcée et un mécanisme de rappel des produits contaminés ; amélioration des capacités d'inspection et d'homologation à la fois pour les aliments produits localement et pour les produits alimentaires importés aux points d'entrée ; des capacités en matière d'analyses en laboratoire pour les maladies d'origine alimentaire et la contamination alimentaire, y compris avec des produits chimiques ; des plans nationaux pour la préparation et la riposte aux événements de sécurité sanitaire des aliments ; et un système de gestion des contrôles de sécurité sanitaire des aliments entièrement fonctionnel.

52. La coordination et l'échange d'informations entre les différents secteurs liés aux produits chimiques et avec le point focal national RSI sont insuffisants. Les défaillances dans les systèmes de surveillance et les ripostes de santé publique aux événements chimiques sont courantes dans plusieurs pays. Des lacunes majeures sont observées dans les pays les moins avancés et en situation de conflit. Cela concerne notamment : une cartographie des risques chimiques potentiels ; un plan multisectoriel national pour la préparation et la riposte aux événements chimiques ; la surveillance accrue des événements chimiques ; des capacités de laboratoire pour analyser les événements chimiques ; des capacités de santé publique suffisantes pour réagir aux événements chimiques, notamment infrastructures, équipement, matériel et ressources humaines entièrement équipées ; et la présence de centres antipoisons chimiques fonctionnels ou de centres d'information sur les produits chimiques.

53. La coordination et la collaboration entre les secteurs liés aux rayonnements et le secteur de la santé publique sont insuffisantes. La plupart des pays ne disposent d'aucun système de surveillance nationale pour les événements ou sources d'événements radiologiques et nucléaires. Le traitement et la prise en charge clinique des cas exposés aux rayonnements sont principalement confiés au secteur de la santé. Toutefois, il est nécessaire de renforcer les capacités de santé publique existantes dans les domaines liés à la décontamination, à l'équipement de protection individuelle, aux stocks de médicaments et aux fournitures nécessaires et à la formation du personnel médical. Les plans spécifiques aux secteurs pour la préparation et la riposte aux événements radiologiques et nucléaires doivent être actualisés sous la forme de plans nationaux et être mis à la disposition de tous les secteurs concernés.

### **Difficultés rencontrées pour satisfaire aux obligations du Règlement sanitaire international (2005)**

54. Les États Parties de la Région ont accompli des progrès considérables dans la mise en œuvre du Règlement. Toutefois, un certain nombre de problèmes entravent le renforcement des capacités requises ainsi que le maintien de ces capacités. Les principales difficultés sont les suivantes :

- De nombreux pays sont en phase de transition politique et géopolitique de divers genres, ce qui entraîne, jusqu'à ce jour, une destruction ou un affaiblissement des systèmes de santé. Cette

situation limite l'accès aux soins de santé, réduit les capacités à détecter, prévenir et réagir aux événements de santé publique, et interrompt les efforts pour renforcer les capacités nationales de santé publique.

- La compréhension du Règlement est insuffisante au niveau national, même de la part des points focaux nationaux RSI. Cela se traduit par un manque d'engagement politique des secteurs autres que ceux de la santé pour la mise en œuvre du Règlement ainsi que par des efforts insuffisants pour renforcer la coordination entre les différents secteurs, y compris les secteurs non liés à la santé, et pour réviser la législation nationale afin de faciliter la mise en œuvre.
- Il n'y a pas assez de coordination entre les pays voisins pour renforcer les capacités aux points d'entrée et échanger les données et informations de la surveillance épidémiologique afin de garantir une réaction aux frontières rapide et efficace aux événements de santé publique.
- En raison du taux de rotation élevé parmi les professionnels, il est difficile de garder des ressources humaines suffisamment équipées pour maintenir et développer les capacités requises. Les différents partenaires agissent à grande échelle pour renforcer les capacités des ressources humaines dans les différents domaines. Toutefois, la coordination doit être renforcée entre les différents partenaires pour garantir la formation des ressources humaines dans tous les domaines d'activités nécessaires.
- Par manque de ressources financières, certains pays ne peuvent allouer le budget nécessaire à la mise en œuvre du Règlement et au renforcement de l'infrastructure et de l'équipement médical. Ces contraintes budgétaires sont dues principalement à d'autres priorités nationales. Toutefois, la politique des bailleurs de fonds à l'égard du financement est également un facteur car souvent ce financement ne correspond pas aux besoins réels des pays bénéficiaires ou ne va pas aux pays qui en ont vraiment besoin. En outre, si le Règlement exige des États Parties qu'ils se soutiennent mutuellement, ce n'est pas le cas à ce jour.

55. L'OMS œuvre activement pour aider les pays à satisfaire aux obligations, en apportant un appui technique, en mobilisant les ressources techniques et financières afin de permettre aux pays de renforcer les capacités nationales pour la surveillance et l'action, en évaluant le risque associé aux événements de santé publique pouvant avoir une portée internationale et en coordonnant la riposte à ces événements. L'Organisation a procédé à une restructuration interne afin de rationaliser ses efforts et le soutien apporté aux pays. Toutefois, l'OMS rencontre également des difficultés pour continuer à s'acquitter de sa mission de Secrétariat chargé de superviser la mise en œuvre du Règlement.

56. La première de ces difficultés concerne la déclaration obligatoire à l'OMS par les pays des événements de santé publique pouvant avoir une portée internationale qui surviennent sur leur territoire. La récente flambée de MERS-CoV a été l'occasion de tester et garantir la fonctionnalité du système de communication pour ces événements dans le cadre du Règlement et des progrès ont été observés pour la notification rapide de ces événements à l'OMS par les points focaux nationaux RSI. Toutefois, selon la politique de chaque État Partie, l'approbation des hauts fonctionnaires est souvent requise avant de notifier les événements à l'OMS, ce qui peut retarder la notification rapide requise par le Règlement. Les points focaux nationaux RSI doivent avoir suffisamment d'autorité pour informer l'OMS sans aucun autre recours. De même, l'établissement de rapports complets permettant à l'OMS d'évaluer le risque lié aux événements n'est pas respecté et les points focaux nationaux doivent remédier à cela.

57. La seconde difficulté concerne un manque de ressources humaines au Bureau régional pour surveiller de près la mise en œuvre du Règlement et suivre les homologues nationaux sur les actions nécessaires à la mise en œuvre. De même, les capacités sont insuffisantes dans les bureaux de pays de l'OMS pour soutenir la mise en œuvre au niveau national.

## Conclusion

58. Chaque jour, le monde et la Région sont confrontés à différentes menaces pour la santé publique. Ces menaces peuvent avoir de graves répercussions pour les pays de la Région, en particulier compte tenu de l'instabilité politique actuelle dans nombre d'entre eux. Plus de 50 % des États Membres de la Région ont demandé une seconde prorogation du délai pour la mise en œuvre du

Règlement sanitaire international (2005). Pour ces pays, nombre des capacités requises restent encore à développer. Parallèlement, certaines des capacités sont déjà disponibles mais, du fait d'une mauvaise coordination, les secteurs concernés ou les points focaux nationaux n'en sont pas tous informés. Les pays ayant déclaré être prêts à satisfaire aux obligations pour juin 2012 et juin 2014 doivent également mettre en place des mécanismes pour continuer à développer les capacités requises, en particulier celles liées à la préparation, à la communication sur les risques, aux points d'entrée et au renforcement du secteur de la santé publique pour gérer les situations d'urgence chimique et radiologique.

59. Certains pays reçoivent un soutien sous différentes formes de la part de partenaires. Toutefois, en raison du manque de coordination entre les partenaires, certains domaines d'activités font l'objet d'une trop grande attention tandis que d'autres sont négligés et certains pays ayant besoin de soutien n'en reçoivent aucun. Il existe plusieurs initiatives au niveau mondial entre différentes organisations internationales pour renforcer les capacités nationales. Elles ne sont toutefois pas encore mises en œuvre au niveau des pays.

60. Il est urgent d'investir dans la surveillance de tous les risques et les capacités d'intervention dans la Région. Sans cet investissement, les obligations du Règlement seront peu respectées, entraînant certaines failles dans la sécurité sanitaire mondiale. Des efforts conjoints au niveau national et international s'imposent pour veiller à ce que tous les pays disposent des capacités nécessaires pour détecter, étudier et notifier rapidement les événements de santé publique et réagir dans les plus brefs délais. Avec ces efforts collectifs nationaux et internationaux, la mise en œuvre du Règlement et d'autres initiatives, cadres et résolutions permettra d'augmenter le niveau de sécurité sanitaire mondiale et les maladies auront moins d'occasions de traverser les frontières car les pays seront plus nombreux à pouvoir préserver leur propre sécurité sanitaire. Le seul moyen de garantir la sécurité sanitaire au niveau international et régional est de mettre en œuvre le Règlement sanitaire international (2005).

61. Respecter les obligations du Règlement sanitaire international (2005) est une décision prise par les États Parties seuls. L'OMS peut conseiller les États Membres, à leur demande, sur la mise en œuvre du Règlement. Ainsi, les déclarations des États Membres sur le fait de respecter les obligations ne signifient pas nécessairement que toutes les capacités requises sont disponibles sur le terrain pour la détection précoce, l'évaluation et la notification des événements de santé publique de portée internationale ainsi que la riposte à ces événements. Le Comité régional pourrait envisager l'option de renforcer les capacités à examiner les progrès dans la mise en œuvre du Règlement. Cela peut nécessiter, par exemple, la création d'une structure régionale pour l'évaluation ainsi que la vérification et la certification indépendantes des capacités des États Parties à gérer les événements de santé publique.

### **Prochaines étapes pour les États Membres**

- 1) Mener des actions de sensibilisation et d'information pour faire mieux comprendre le Règlement sanitaire international (2005) et le rôle des différents secteurs dans leur mise en œuvre et pour obtenir l'engagement politique des ministères autres que ceux de la santé.
- 2) Créer un comité de conseillers juridiques représentant les différents secteurs pour réviser les législations nationales et faciliter la mise en œuvre du Règlement. Envisager d'édicter des décrets ministériels comme action à court terme pour faciliter la mise en œuvre jusqu'à la révision et l'adoption de la législation nationale nécessaire.
- 3) Désigner différentes personnes responsables pour les points focaux nationaux RSI afin de garantir la mise en œuvre complète de leurs fonctions. Équiper correctement les responsables des points focaux nationaux pour faciliter les communications en permanence (24h/24, 7 jours sur 7) avec les différents secteurs nationaux et l'OMS, et avoir une ligne directe de communication avec les hauts fonctionnaires de tous les autres secteurs pour faciliter la coordination.

- 4) Établir un comité intersectoriel RSI avec une représentation à haut niveau des différents secteurs afin de permettre une prise de décision rapide et une implication active de chaque secteur dans l'élaboration, la mise en œuvre et la surveillance du plan d'action national RSI.
- 5) Créer un mécanisme d'échange d'informations entre les différentes parties prenantes nationales, en particulier avec les secteurs autres que celui de la santé et avec le point focal national RSI, définissant clairement les informations à partager, la façon de les partager et les personnes à impliquer.
- 6) Renforcer l'utilisation de l'instrument de décision figurant à l'Annexe 2 du Règlement sanitaire international (2005) pour l'évaluation et la notification des événements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale, en particulier par les secteurs autres que celui de la santé. Améliorer davantage la notification rapide à l'OMS des événements de santé publique pouvant avoir une portée internationale et garantir un compte rendu détaillé des cas associés à ces événements.
- 7) Allouer le budget nécessaire à la mise en œuvre du plan d'action national RSI afin de pouvoir maintenir comme priorité le respect des obligations et appliquer les autres cadres et accords existants. Renforcer le travail en réseau avec les partenaires, y compris les centres collaborateurs de l'OMS, afin de mieux réduire les écarts.
- 8) Élaborer des plans de fidélisation des ressources humaines, avec des solutions à court terme et à long terme portant sur la rotation continue du personnel nécessaire à la mise en œuvre des exigences du Règlement. Présenter le Règlement sanitaire international dans les programmes d'enseignement adaptés, y compris les programmes de formation à l'épidémiologie de terrain existants pour commencer.
- 9) Entamer un dialogue avec les pays voisins et trouver le bon mécanisme pour renforcer la collaboration transfrontalière pour la surveillance et la riposte aux événements de santé publique. Veiller à l'implication des organisations internationales concernées au niveau national pour faciliter le bon mécanisme de collaboration.
- 10) Établir un mécanisme pour apporter un soutien financier, technique et logistique à d'autres pays afin de préparer le développement et le maintien des principales capacités requises du Règlement.
- 11) Sélectionner des experts nationaux dans les différents domaines d'activité et les désigner pour être inclus dans la liste mondiale d'experts du RSI.
- 12) Réviser et mettre à jour le plan d'action national RSI pour remédier à toutes les lacunes identifiées, dans un délai et un budget clairement définis.