



## Évaluation et suivi de l'application du Règlement sanitaire international 2005 : respect de la date butoir de 2016

### Introduction

1. La Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a examiné et approuvé le rapport du Comité d'examen du Règlement sanitaire international – RSI (2005) portant sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI (1), ainsi que plusieurs rapports sur la flambée de maladie à virus Ebola, notamment celui du Groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola (2). Parmi les préoccupations soulevées par le Groupe d'experts ainsi que par l'Assemblée mondiale de la Santé figurait la fiabilité des autoévaluations réalisées par les États Membres au sujet de l'obtention des capacités nationales requises au titre du RSI. Le Groupe d'experts a noté que « les pays concernés sont exposés à un risque important, ce qui majore celui qui pèse sur la communauté internationale ».

2. Concernant les maladies qui constituent une source de préoccupation immédiate en termes de sécurité sanitaire mondiale dans ce contexte, l'Assemblée mondiale de la Santé, dans le cadre de la discussion sur le RSI, s'est penchée sur les points suivants : le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), identifié pour la première fois en Arabie saoudite en 2012 et qui circule aujourd'hui largement dans toute la péninsule arabique ; les nouveaux cas de maladie à virus Ebola qui continuaient de se déclarer en Afrique de l'Ouest au moment de la discussion ; les virus de la grippe aviaire A(H5N1) et A(H9N2), qui se propagent toujours chez les oiseaux, en se réassortissant avec d'autres virus de la grippe aviaire endémiques dans diverses parties du monde, et provoquent des infections chez l'homme en Égypte ; et la poliomyélite, en particulier la mise en œuvre de recommandations pour les pays qui exportent actuellement des poliovirus sauvages et les pays qui sont touchés par la poliomyélite mais n'exportent pas de poliovirus sauvage.

3. Le RSI fait obligation aux États Membres d'acquérir et de maintenir les principales capacités de santé publique requises pour la surveillance et la riposte, en particulier aux points d'entrée, afin de détecter rapidement, d'évaluer, de notifier et de déclarer à l'OMS les événements couverts par les dispositions du RSI, et de mettre en œuvre une riposte adaptée aux situations locales sur le terrain, sur les conseils du Comité d'urgence du RSI. Durant l'Assemblée mondiale de la Santé, les États Membres ont reconnu que les menaces actuelles pour la sécurité sanitaire mondiale révèlent un niveau insuffisant de préparation, et ont mis en exergue le besoin d'accélérer l'application du RSI et de renforcer les capacités de santé publique existantes. En outre, les États Membres ont souligné le rôle que l'OMS devait jouer en continuant de leur fournir l'appui technique requis, tout en notant qu'une approche stratégique différente devait être envisagée pour relever les défis actuels.

4. Le présent document décrit les limites du mécanisme actuel de suivi de l'application du RSI et les insuffisances constatées chez les États Membres en termes de capacités d'application. Il propose une nouvelle approche pour l'évaluation et le suivi de l'acquisition et du maintien des capacités requises pour le RSI d'une part, et du respect des dispositions contenues dans le Règlement d'autre part.

### Suivi de la mise en œuvre des capacités du RSI pour la surveillance et la riposte

5. L'Assemblée mondiale de la Santé a décidé (dans sa résolution WHA61.2), conformément au paragraphe 1 de l'article 54 du Règlement sanitaire international, que les États Membres et le Directeur général devaient rendre compte chaque année de l'application du Règlement à l'Assemblée mondiale de la Santé. Un cadre de suivi a été élaboré à cet effet.

6. Ce cadre de suivi comprend une liste de contrôle, des indicateurs et un questionnaire d'autoévaluation. Il consiste à évaluer la mise en place de huit capacités principales, et à développer des capacités aux points d'entrée et pour les risques liés au RSI, en particulier les risques concernant les maladies infectieuses, zoonotiques, la sécurité sanitaire des aliments ainsi que les risques d'origine chimique, radiologique et nucléaire. Ce processus de suivi n'est pas destiné à être utilisé pour classer la performance des pays ni comparer leurs résultats. Il doit plutôt constituer un moyen d'aider les différents pays à suivre les progrès accomplis en vue de se doter des principales capacités requises en vertu du RSI et de remédier aux insuffisances constatées.

7. Les résultats découlant des questionnaires d'autoévaluation du RSI de 2014 faisaient ressortir un niveau d'application régional de 72 % (3), et de nombreux pays s'étaient dotés des principales capacités requises en vertu du RSI. Néanmoins, lors des missions effectuées dans les pays de la Région fin 2014 pour évaluer la préparation au niveau national et la riposte à une importation potentielle d'Ebola, de nombreuses insuffisances critiques ont été identifiées dans certains pays en termes de préparation et de capacités d'action. Ces constatations concernaient également des pays qui avaient précédemment déclaré s'être acquittés des obligations énoncées dans le RSI avant la fin du premier ou du deuxième délai.

8. Dans la majorité des pays, les insuffisances constatées portaient principalement sur l'absence de structure de coordination nationale pleinement opérationnelle et de centre opérationnel d'urgence au sein du ministère de la Santé. La chaîne de commandement et de contrôle des interventions était inexistante ou présentait des lacunes structurelles majeures, et ces pays ne disposaient d'aucun mode opératoire normalisé pour la gestion des événements et les alertes. Les plans nationaux de lutte contre la maladie à virus Ebola n'étaient pas considérés comme une composante essentielle du plan national de santé publique pour la préparation et la riposte aux épidémies et aux situations d'urgence, et étaient dépourvus d'approche multisectorielle et de modes opératoires normalisés. Ces pays n'avaient effectué aucun exercice ni aucune simulation pour évaluer les plans actuels de lutte contre Ebola. Les mécanismes d'alerte précoce permettant des améliorations en termes de détection de cas suspects et de riposte ne fonctionnaient pas ou étaient inexistantes, et la surveillance des événements n'était pas encore systématisée. Les capacités en ressources humaines pour la surveillance et l'analyse des données étaient insuffisantes. Les pays ne disposaient pas d'équipes d'intervention rapide multidisciplinaires pour mener des enquêtes et intervenir en cas de flambées aux différents niveaux administratifs, et les enquêtes de terrain portant sur les flambées épidémiques étaient limitées.

9. La majorité des pays n'avaient pas adopté de programme national de lutte contre les infections présentant une structure, des rôles et des responsabilités, un plan d'action et un budget bien définis. La plupart d'entre eux n'avaient pas non plus mis en œuvre les éléments suivants : des procédures de gestion sans risque des déchets médicaux et de gestion des déversements de sang et de liquides biologiques ; un programme national de médecine du travail ; un système de gestion de la qualité au laboratoire, incluant des modes opératoires normalisés pour la manipulation, l'inactivation et le diagnostic des échantillons ; des protocoles ou des lignes directrices portant sur le prélèvement, le transport et l'expédition sans risque des échantillons ; un système de gestion des risques biologiques en laboratoire ; et un laboratoire de sécurité biologique de niveau 3 pour la manipulation d'agents pathogènes émergents et dangereux, ainsi que des boîtes de gants pour la manipulation et l'inactivation d'échantillons suspects. La stratégie de communication concernant Ebola, notamment la communication sur les risques et la mobilisation sociale, était particulièrement déficiente, et les pays ne disposaient d'aucun plan exhaustif de communication sur les risques pour Ebola susceptible de s'intégrer dans un plan national de communication sur les risques.

10. En ce qui concerne les points d'entrée, la plupart des pays n'avaient pas établi de plan d'intervention pour les urgences de santé publique assorti de modes opératoires normalisés fonctionnels, et il n'existait aucune coordination entre les différentes parties prenantes pour les points d'entrée et avec le système national. En outre, aucun mode opératoire normalisé pour la détection précoce et l'évaluation des cas et la riposte n'était en place. La communication avec le secteur du transport aérien – en

particulier les compagnies aériennes – au sujet des cas potentiels était très limitée et dépourvue de dispositions claires pour le suivi des contacts. Les espaces spécialement désignés pour isoler les voyageurs malades et interroger les personnes ayant été en contact avec ces derniers étaient rares, et les possibilités de prendre des mesures pour le dépistage aux points d'entrée, le cas échéant, étaient fort restreintes. Les postes-frontières souffraient d'un manque d'équipements et présentaient des capacités limitées en termes de contrôle adéquat des déplacements des voyageurs.

### **Suivi du respect des dispositions du RSI**

11. L'Assemblée mondiale de la Santé avait précédemment invité instamment les États Membres (dans sa résolution WHA61.2) à veiller à ce que les coordonnées du centre désigné comme point focal national RSI soient complètes et à jour afin de faciliter la communication entre les points focaux nationaux et les points de contact de l'OMS 24 heures sur 24. Les États Membres continuent de confirmer chaque année les coordonnées de leurs points focaux nationaux RSI. En revanche, la possibilité de communiquer avec ces points focaux 24 heures sur 24 n'est pas maintenue.

12. Le Secrétariat a fourni des orientations sur les fonctions proposées pour les points focaux nationaux. Néanmoins, dans la majorité des pays, ces fonctions n'ont pas été mises en place. Là où elles ont été établies, elles ne sont ni réglementées ni largement diffusées auprès des parties prenantes concernées afin de faciliter l'application du RSI.

13. Les États Membres sont tenus de notifier à l'OMS les événements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale dans les 24 heures suivant l'évaluation au moyen de l'instrument de décision présenté à l'annexe 2 du RSI. Après une notification, l'État Partie continue de communiquer des informations de santé publique détaillées sur l'événement. D'une manière générale dans la Région, la notification rapide à l'OMS et le compte-rendu exhaustif de ces événements laissent à désirer. L'OMS a pour mission de soutenir l'évaluation des risques pour de tels événements et d'y faire face dans le cadre du RSI, soit directement, soit en coordonnant la mobilisation de l'appui requis. Or, l'exécution de cette mission pourrait être entravée par l'absence ou le retard de notification et de partage d'informations exhaustives sur ces événements.

14. Les pays se montrent souvent peu enclins à communiquer des informations relatives aux événements de santé publique qui se produisent sur leur territoire et sont susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale, étant donné que de tels événements peuvent avoir des répercussions politiques et socioéconomiques. Aussi l'Assemblée mondiale de la Santé a-t-elle estimé qu'il était nécessaire de prévoir une phase « d'alerte » dans le cadre du RSI. Cette phase précéderait la déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale, et vise à inciter les États Membres à notifier rapidement ces événements à l'OMS et à communiquer des informations à ce sujet. Une enquête à un stade précoce et une réaction rapide à ce genre d'événements après une phase d'alerte pourraient permettre d'éviter la déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale. Le Secrétariat élabore actuellement des critères de définition et de déclenchement de cette phase d'alerte.

15. Les États Membres sont tenus de collaborer pour détecter et évaluer les événements, et y faire face, en fournissant la coopération technique, le soutien logistique et les ressources financières nécessaires à l'application du RSI conformément à l'article 44. Actuellement, ce soutien n'est ni fourni ni maintenu dans le cadre d'un système approuvé.

16. Pour faire face à la menace perçue dans le contexte d'Ebola, nombre d'États Membres ont mis en œuvre des mesures de santé publique, telles qu'une interdiction de voyager, qui allaient au-delà des recommandations temporaires (4) faites par le Directeur général de l'OMS dans le cas d'urgence de santé publique de portée internationale, et ne concordaient pas avec les conditions prévues à l'article 43 du Règlement. Ces mesures supplémentaires ont eu un impact négatif sur les voyages et le commerce pour les pays touchés par la maladie à virus Ebola.

## Nouvelle approche d'évaluation et de suivi du RSI

17. La décision d'accorder un nouveau délai supplémentaire pour la mise en place des capacités nationales de santé publique requises dans le cadre du RSI est prise par le Directeur général, en tenant compte de l'avis technique du Comité d'examen du RSI. Le Comité s'est réuni les 13 et 14 novembre 2014 afin de conseiller le Directeur général sur : 1) les demandes reçues des États Membres relatives à l'obtention d'un deuxième délai supplémentaire (de 2014 à 2016) ; et 2) la meilleure manière de renforcer et d'évaluer les principales capacités du RSI à court et à long terme.

18. Dans son rapport (1) (recommandation 7), le Comité d'examen du RSI a recommandé au Secrétariat de « mettre au point, par le biais de mécanismes de consultation régionale, des options permettant de passer d'une autoévaluation exclusive à des formules associant l'autoévaluation, l'examen par les pairs et l'évaluation extérieure volontaire faisant intervenir un groupe mixte d'experts intérieurs et indépendants ». Le Conseil exécutif à sa cent trente-sixième session et la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé ont approuvé la mise en œuvre de cette recommandation.

19. Dans son rapport (2), le groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola a déclaré que « l'OMS devrait proposer un plan solide, hiérarchisé et chiffré visant à renforcer les principales capacités de santé publique de l'ensemble des pays au regard du Règlement sanitaire international (2005). Ce plan devrait être présenté aux organismes donateurs, aux États Membres et aux autres parties prenantes en vue d'un financement. Pour proposer un tel document, l'OMS devra disposer d'informations fiables concernant la situation actuelle dans chaque pays. Une forme d'examen collégial ou un autre type de validation externe est nécessaire pour cela. Seule l'autoévaluation est utilisée aujourd'hui. Il est dans l'intérêt des pays de faire une analyse approfondie et objective ; le groupe d'experts recommande d'étudier les moyens d'y procéder. »

20. Sur cette base, il est proposé d'établir une Commission d'évaluation régionale du RSI en tant qu'organe indépendant chargé de superviser l'application du RSI dans la Région, dont le mandat sera le suivant :

- a) examiner l'application du RSI dans la Région et vérifier les données recueillies par le biais de l'outil d'autoévaluation du RSI ;
- b) identifier les activités prioritaires stratégiques au niveau des États Membres pour l'application du RSI ;
- c) identifier les principaux aspects et problèmes devant être traités par l'OMS pour aider les États Membres dans la Région à s'acquitter de leurs obligations ; et
- d) rendre compte chaque année au Comité régional des progrès réalisés dans l'application du RSI dans la Région.

21. Il est également proposé d'établir un Groupe spécial régional pour le RSI, constitué d'experts de l'OMS et d'autres organismes partenaires, destiné à veiller à la mise en œuvre harmonisée des politiques, des stratégies et des plans établis conformément aux recommandations de la Commission d'évaluation régionale du RSI, dont le mandat sera le suivant :

- a) rassembler les éléments de preuve requis pour les décisions stratégiques de la Commission d'évaluation régionale du RSI ;
- b) appuyer la mise en œuvre des plans nationaux et régionaux pour le RSI ;
- c) conseiller le Directeur régional et la Commission d'évaluation régionale du RSI sur la marche à suivre ; et
- d) préconiser l'application du RSI et collaborer avec des partenaires susceptibles de contribuer à assurer la sécurité sanitaire mondiale.

22. L'OMS remplira les fonctions de secrétariat pour la Commission d'évaluation régionale du RSI et continuera à :

- a) évaluer l'application du RSI à la demande des États Membres et de la Commission d'évaluation régionale du RSI ;
- b) communiquer les informations pertinentes à la Commission et aux États Membres ; et
- c) orienter les États Membres et fournir l'appui nécessaire à l'application du RSI.

23. Les États Membres :

- a) continueront de compléter le questionnaire d'autoévaluation annuel relatif au suivi de l'application du RSI ;
- b) rendront compte à la Commission d'évaluation régionale des progrès réalisés dans l'application du RSI sur leur territoire ; et
- c) mettront en œuvre les recommandations de la Commission afin de s'acquitter des obligations énoncées par le RSI.

### **Méthode de travail dans le cadre de la nouvelle approche d'évaluation et de suivi du RSI**

24. Le Secrétariat montrera la voie en appuyant les États Membres dans l'évaluation, le suivi et l'application du RSI. À la demande volontaire des États Membres et à la requête de la Commission d'évaluation régionale du RSI, le Secrétariat effectuera des missions auprès des États Membres pour évaluer l'application du RSI.

25. Un rapport de situation sur l'application du RSI dans chaque État Membre sera élaboré sur la base de chacune des visites d'évaluation et transmis à la Commission d'évaluation régionale du RSI.

26. Les États Membres sont incités à évaluer et documenter leur riposte aux événements de santé publique qui se sont produits dans leurs pays. Des exercices de simulation devront être réalisés en vue de poursuivre l'examen et l'amélioration des capacités nationales en termes de surveillance et de riposte.

27. La Commission d'évaluation régionale du RSI se réunira une fois par an lors de la rencontre annuelle des parties prenantes au RSI au niveau régional, et les États Membres présenteront les progrès accomplis dans l'application du RSI. La Commission examinera tous les documents et rapports mis à sa disposition par les États Membres et identifiera les activités prioritaires devant être menées par chaque État Membre pour renforcer et continuer à maintenir ses capacités nationales de santé publique sur la base des rapports disponibles.

28. Sur les conseils du Groupe spécial régional pour le RSI, le Secrétariat élaborera un plan d'action régional, incluant des activités prioritaires à court et à long terme, sur la base des rapports de situation et des documents disponibles et conformément aux recommandations du Comité régional, du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la Santé pour appuyer l'application du RSI dans la Région.

29. Le plan d'action régional sera communiqué aux partenaires techniques et aux donateurs aux niveaux régional et mondial pour les inciter à le mettre en œuvre.

30. La Commission d'évaluation régionale du RSI pourra se réunir ponctuellement pour discuter de questions urgentes liées au RSI, à la demande du Directeur régional.

31. Chaque année, la Commission d'évaluation régionale du RSI, avec le soutien du Secrétariat, élaborera et présentera au Comité régional un rapport de situation sur l'application du RSI dans la Région, à partir des résultats obtenus par le biais de l'outil d'autoévaluation du RSI, des rapports de situation par pays sur l'application du RSI et des rapports établis par chaque pays sur des questions liées

au RSI. Les observations fournies en retour par le Comité régional seront communiquées au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé.

### **Outils destinés à appuyer l'évaluation et le suivi de l'application du RSI**

32. Les outils existants décrits ci-dessous seront utilisés pour l'évaluation et le suivi de l'application du RSI.

- a) Une liste d'experts pour le RSI issus de la Région de la Méditerranée orientale et d'autres régions de l'OMS sera formée dans les spécialités suivantes : législation, suivi, laboratoire, points d'entrée, sécurité sanitaire des aliments et sécurité chimique, sécurité radiologique et communication sur les risques. Ces experts aideront l'OMS à évaluer l'application du RSI.
- b) Le protocole d'évaluation du RSI sera utilisé pour évaluer l'application du RSI au sein des États Membres. Les documents d'orientation de l'OMS viendront également étayer cette évaluation.
- c) Le questionnaire d'autoévaluation du RSI continuera d'être utilisé chaque année. Les résultats que livreront ces autoévaluations feront l'objet de vérifications durant les visites d'évaluation.

33. Par ailleurs, les outils ci-dessous seront mis au point pour appuyer l'évaluation et le suivi du RSI :

- a) Une matrice destinée à orienter la présentation des progrès réalisés dans l'application du RSI ;
- b) Une liste d'indicateurs de performance essentiels pour évaluer l'application du RSI ;
- c) Des modes opératoires normalisés et des scénarios pour mener à bien des exercices et des simulations visant à évaluer l'application du RSI.

34. Le Secrétariat continuera de mener des activités stratégiques s'appliquant à tous les États Membres afin de les aider à s'acquitter de leurs obligations.

### **Action du Comité régional**

35. Le Comité régional est invité à étudier la proposition d'établissement de la Commission d'évaluation régionale du RSI et du Groupe spécial régional pour le RSI, ainsi que leurs fonctions et leur méthode de travail.

### **Références**

1. Application du Règlement sanitaire international (2005) : rapport du Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (A68/22 Add. 1 ; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA68/A68\\_22Add1-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_22Add1-fr.pdf), consulté le 17 septembre 2015).
2. Groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola : premier rapport du groupe d'experts. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (A68/25 ; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA68/A68\\_25-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_25-fr.pdf), consulté le 17 septembre 2015).
3. Données de l'Observatoire mondial de la santé – Niveau de mise en place des principales capacités du RSI en 2014, Région OMS de la Méditerranée orientale. ([http://www.who.int/gho/ihr/monitoring/region\\_eastern\\_mediterranean/en/](http://www.who.int/gho/ihr/monitoring/region_eastern_mediterranean/en/) (en anglais uniquement, consulté le 17 septembre 2015).
4. Comité d'urgence du RSI concernant la flambée de maladie à virus Ebola : déclarations de l'OMS. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014-2015 ([http://www.who.int/ihr/ihr\\_ecEbola/fr/](http://www.who.int/ihr/ihr_ecEbola/fr/), consulté le 17 septembre 2015).