



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

54^e CONSEIL DIRECTEUR

67^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 28 septembre au 2 octobre 2015

Point 7.4 de l'ordre du jour provisoire

CD54/INF/4
14 juillet 2015
Original: anglais

RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL ET MALADIE À VIRUS EBOLA

Introduction

1. Le but du présent rapport est de fournir une mise à jour sur l'état de la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI, ci-après également dénommé le « Règlement »). Il actualise le dernier rapport présenté au 53^e Conseil directeur (1) en 2014, se concentre sur les mesures de préparation et de riposte entreprises par les États Parties et le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) face à l'urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) liée à la maladie à virus Ebola (MVE), et met en lumière les questions qui requièrent une action concertée des États Parties dans la Région des Amériques pour la future mise en œuvre du Règlement.

Analyse de la situation

2. L'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) constitue le point de contact du RSI de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la Région des Amériques et facilite la gestion des événements de santé publique à travers les canaux de communication établis grâce aux points focaux nationaux (PFN) RSI. En 2014, les 35 États Parties dans la Région ont soumis une confirmation annuelle ou une mise à jour des coordonnées de leur PFN. Des tests de connectivité de routine, effectués en 2014, entre le point de contact pour le RSI de l'OMS et les PFN dans la Région ont été concluants dans 34 des 35 États Parties (97 %) pour les courriels et dans 33 des 35 États parties (94 %) pour les communications téléphoniques.

3. Pour la période allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2014, 121 événements de santé publique pouvant avoir une portée internationale ont été identifiés et évalués dans la Région. Pour 92 des 121 événements (76%), les autorités sanitaires internationales, y compris à travers le PFN dans 75 occasions, constituaient la première source d'information. Des vérifications ont été demandées et obtenues pour 18 événements identifiés grâce à des sources informelles ou non officielles. Sur les 121 événements considérés, 63 d'entre eux (51 %), se rapportant à 29 pays et territoires de la Région, constituaient un problème de santé publique de portée internationale attesté. La plus

grande partie de ces 63 événements concernait les risques infectieux (42 événements, 67 %) et l'étiologie la plus fréquemment signalée était le virus du Chikungunya (21 événements). Les 21 événements restants constituant un problème de santé publique de portée internationale attesté se rapportaient aux risques de sécurité alimentaire (9), aux zoonoses (5), à l'origine du produit (3), à des catastrophes (2), au risque chimique (1) et aux risques liés au rayonnement (1).

4. Les événements de santé publique significatifs qui ont affecté ou eu des implications en matière de santé publique pour les États Parties dans les Amériques du 1^{er} janvier 2014 au 20 mars 2015 sont présentés ci-dessous :

- a) Depuis sa première réunion en 2014, suite à laquelle le Directeur général de l'OMS a déclaré que la propagation internationale du poliovirus sauvage constituait une urgence de santé publique de portée internationale, le Comité d'urgence du RSI concernant la propagation internationale du poliovirus sauvage s'est réuni à quatre occasions. Lors de sa dernière réunion en mai 2015, le Comité a conclu que la propagation du poliovirus sauvage restait une USPPI, et a révisé et prolongé pour trois mois les recommandations temporaires en mettant l'accent sur les États Parties classés de la façon suivante : *i*) les États qui exportent actuellement le poliovirus sauvage, *ii*) les États qui sont infectés par le poliovirus sauvage mais ne l'exportent pas pour le moment et *iii*) les États qui ne sont plus infectés par le poliovirus sauvage mais restent vulnérables à la propagation internationale. L'OPS continue à conseiller aux États Parties dans les Amériques d'appliquer les recommandations du Groupe consultatif technique sur les maladies évitables par la vaccination pour maintenir les Amériques exemptes de poliovirus sauvage.
- b) Les deux cas confirmés, non épidémiologiquement liés, d'infection à coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-Cov) aux États-Unis en mai 2014 restent les seuls cas détectés dans les Amériques. Le MERS-CoV a commencé à se propager en 2012 et, en date du 12 juillet 2015, plus de 1300 cas, dont près de 500 mortels, ont été signalés à l'OMS. Bien que la majorité des cas soient enregistrés dans la Région de la Méditerranée orientale, avec le Royaume d'Arabie saoudite rapportant environ 75 % d'entre eux, la République de Corée est le deuxième pays le plus touché avec 186 cas, dont 35 mortels, tous épidémiologiquement liés à une personne avec une infection par le MERS-Cov confirmée et des antécédents de voyage dans la Région de la Méditerranée orientale en mai 2015. Des cas confirmés d'infection par le MERS-Cov ont été signalés par 26 États Parties dans le monde, dont 13 avec une transmission locale démontrée. En réponse à la propagation de MERS-CoV, le Directeur général a mis en place le Comité d'urgence du RSI concernant le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient qui s'est réuni neuf fois entre juillet 2013 et juin 2015. Les conseils prodigués par le Comité, diffusés à tous les États Parties, n'ont pas incité le Directeur général à déclarer une USPPI.

- c) Le virus du Chikungunya a été détecté pour la première fois en décembre 2013 dans la sous-région des Caraïbes. Au 10 juillet 2015, la transmission autochtone du virus était avérée dans 30 États Parties et 15 territoires à travers les sous-régions. Des cas importés du virus du Chikungunya ont été signalés dans quatre États Parties (Argentine, Canada, Chili et Cuba) et un territoire (Bermudes). Entre la première fois où le virus a été détecté dans la Région et le 10 juillet 2015, plus de 1,5 millions de cas, dont 238 fatals, ont été enregistrés dans les Amériques. De plus amples informations figurent dans le document *Rapport sur la transmission du virus du chikungunya et ses conséquences sur les Amériques* (Document CD54/INF/3 [2015]).
- d) À la suite de la réapparition du virus Zika à transmission vectorielle dans la Région du Pacifique occidental en 2007, un cas de transmission autochtone du virus Zika a été confirmé à l'île de Pâques, au Chili, en 2014. En février 2015, les autorités sanitaires brésiliennes ont entamé une enquête dans les États du Nord-Est sur des cas de maladie éruptive dont le nombre, à la fin d'avril 2015, était proche de 7000. L'enquête a mené à une confirmation par laboratoire de la transmission autochtone du virus Zika en mai 2015, ce qui représente la première transmission documentée sur la plate-forme continentale des Amériques. En date du 10 juin 2015, la circulation du virus Zika a été confirmée dans huit États du Brésil.
- e) Les premiers cas de MVE en Guinée ont été signalés à l'OMS en mars 2014. La flambée s'est rapidement propagée aux pays voisins du Libéria et de la Sierra Léone, touchant également les capitales des trois pays. Face à la spirale incontrôlable de la flambée, qui a atteint une ampleur sans précédent et imprévisible – avec plus de 27 500 cas et plus de 11 000 décès au 5 juillet 2015 dans les trois pays d'Afrique occidentale où la transmission se poursuit – le Comité d'urgence du RSI concernant la flambée de maladie à virus Ebola a été mis en place le 6 août 2014. Suite à l'avis émis par ce dernier, le Directeur général a déclaré que la flambée de MVE constituait une USPPi en Afrique occidentale. La qualification de l'événement en USPPi impliquait de formuler des recommandations temporaires réparties en trois sous-ensembles applicables à tous les pays dans le monde, en fonction du statut épidémiologique et du niveau de risque de MVE. Au 20 mars 2015, 35 cas supplémentaires de MVE, dont 15 fatals, ont été enregistrés dans six autres pays (Espagne, États-Unis, Mali, Nigeria, Royaume-Uni, Sénégal). Les cas enregistrés dans ces pays, tous exempts de MVE au 20 mars 2015, étaient dus à l'importation et/ou à la transmission locale, et l'un des deux cas importés aux États-Unis a entraîné la transmission nosocomiale locale à deux agents de santé. Outre les cas confirmés de MVE aux États-Unis, au 20 mars 2015, des personnes de huit pays des Amériques (Bahamas, Brésil, Canada, Chili, El Salvador, États-Unis, Honduras, Mexique) présentant une maladie compatible avec la MVE ont fait l'objet d'une investigation qui a révélé qu'ils ne souffraient pas de cette maladie. Depuis sa première réunion en août 2014, le Comité d'urgence du RSI concernant la flambée de maladie à virus Ebola s'est réuni à cinq occasions et a révisé certaines recommandations temporaires.

Comme également souligné par des missions dans les pays organisées par l'OPS pour soutenir les efforts de préparation liés à la MVE dans 26 États Parties de la Région, l'adoption de mesures de santé publiques perturbant inutilement le commerce et les voyages internationaux et allant à l'encontre de l'une des recommandations temporaires est source de préoccupations. Sur la base de l'Article 43 du Règlement,¹ au moins 14 États Parties dans la Région ont été priés de fournir les raisons de santé publique justifiant l'adoption de telles mesures. Entre juillet 2014 et mars 2015, 17 membres du personnel du BSP ont été déployés en Afrique occidentale pour soutenir les efforts de riposte. L'engagement de la communauté internationale à intensifier les efforts pour maîtriser la flambée de MVE en Afrique occidentale a été concrétisé dans la Résolution EBSS3.R1 (2) et la Décision WHA68(10) (3). Cette dernière a également prié le Directeur général de constituer un comité d'examen du RSI pour examiner le fonctionnement du RSI lors de l'épidémie de MVE; le travail du nouveau comité était censé compléter les efforts du Groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola (4, 5). Les sections qui suivent donnent de plus amples détails sur les efforts de préparation liés à la MVE entrepris dans la Région par les États Parties et le BSP.

5. Fin juillet 2014, le BSP a sensiblement intensifié les activités pour soutenir les États Parties dans leurs efforts de préparation liés à la MVE et pour renforcer son propre niveau de préparation. Un nombre extrêmement limité de cas de MVE introduits par déplacement aérien a été considéré comme le scénario le plus probable pour mobiliser les activités de préparation, conformément aux recommandations temporaires applicables aux pays exempts de MVE et visant, à terme, à endiguer et prévenir la création de chaînes de transmission locale, minimisant toute ingérence inutile avec le commerce et les voyages internationaux.

6. Les premières mesures prises par le BSP étaient les suivantes : *a*) élaboration et diffusion de lignes directrices techniques,² dont des protocoles pour l'envoi des échantillons pour des tests de confirmations aux Centres collaborateurs de l'OMS aux Centers for Disease Control and Prevention (CDC) à Atlanta (Géorgie, États-Unis) et à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) à Winnipeg, *b*) organisation de réunions virtuelles avec les autorités nationales compétentes, appartenant à des disciplines et secteurs divers, concernant la mise en œuvre des recommandations temporaires, *c*) intensification des interactions avec les organisations et organismes partenaires internationaux, dont l'Association internationale du transport aérien, l'Organisation de l'aviation civile internationale (OACI), l'Association internationale des lignes de croisière, l'Agence de santé publique des Caraïbes, les agences gouvernementales américaines et l'ASPC, *d*) création d'un stock régional d'équipement de protection individuelle (EPI) dans l'entrepôt de l'OPS au Panama, *e*) mise en place d'un groupe spécial de l'OPS sur Ebola composé de cadres supérieures à différents

¹ Le texte du Règlement sanitaire international, Résolution WHA58.3, est disponible à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242580419_fre.pdf

² http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10137&Itemid=41116&lang=en

niveaux organisationnels, *f*) activation d'un mécanisme de gestion des incidents, *g*) formation sur la prise en charge clinique, la biosécurité en laboratoire et la communication sur les risques aux niveaux national, infrarégional et régional et *h*) élaboration du cadre pour renforcer la préparation et la riposte nationales à la maladie à virus Ebola dans les Amériques (Framework for Strengthening National Preparedness and Response for Ebola Virus Disease in the Americas), largement applicable à toute maladie infectieuse émergente ou réémergente (*6*).

7. Afin d'aider efficacement et durablement les autorités nationales, les activités du BSP inscrites dans le cadre de l'OPS concernant la MVE ont été adaptées au contexte de chaque pays et comprenaient trois phases – préparatoire, missions dans les pays et suivi – nécessitant toutes des actions aux niveaux organisationnels politiques et techniques.

- a) La phase préparatoire est axée sur l'examen par les autorités nationales et les bureaux de pays de l'OPS/OMS des documents techniques et infrastructures existants afin d'identifier les lacunes et les besoins justifiant une coopération technique supplémentaire par le biais de missions dans les pays. Afin de désamorcer la crainte liée à la MVE entretenue par les médias et de préparer le terrain pour la mise en œuvre des recommandations résultant des missions dans les pays, le Directeur du BSP a envoyé des courriers aux autorités nationales au plus haut niveau et établi des contacts avec les responsables de la Banque interaméricaine de développement, l'Organisation des États Américains, la Banque mondiale et les organismes donateurs, ainsi qu'avec le Groupe des Nations Unies pour le développement pour l'Amérique latine et les Caraïbes.
- b) Entre octobre 2014 et mars 2015, le BSP a mené des missions techniques multidisciplinaires (d'une durée de trois jours en moyenne) faisant intervenir plusieurs organismes partenaires dans 25 États Parties. Les conclusions spécifiques à chaque pays établies par les équipes de mission ont ensuite été communiquées aux chefs d'État et ministres de la Santé. Les missions dans les pays étaient axées sur des éléments de préparation essentiels à un pays pour gérer un cas potentiel de MVE dans les 72 heures suivant sa détection. Les conclusions et observations concernant le niveau de préparation spécifique à la MVE dans la Région sont présentées ci-dessous.
 - i. *Observations générales* : il n'existe pas d'approche unique à la préparation. L'engagement, le leadership et la connaissance du contexte local par les autorités nationales sont essentiels pour des efforts de préparation et de riposte efficaces, surtout si l'on tient compte de la nécessité d'induire des changements de comportement parmi le public et les groupes professionnels spécifiques et de veiller à ce que les mesures pouvant être restrictives soient acceptées du public. Sachant que les stratégies pour garantir la durabilité et la mémoire institutionnelle doivent faire partie intégrante des efforts de préparation, et après examen des mesures, les missions dans les pays ont démontré qu'avec le niveau d'engagement politique et l'implication nécessaires, il est possible de

réaliser d'importants progrès sur de courtes périodes sans devoir faire des investissements financiers importants. Les questions transversales ressortant des missions dans les pays sont la nécessité de définir précisément et en termes pratiques la valeur ajoutée des mécanismes d'intégration infrarégionaux pour la préparation nationale ainsi que la nécessité de traiter rapidement les questions juridiques et éthiques qui ne le sont pas encore.

- ii. *Coordination* : si les mécanismes de coordination intersectoriels doivent encore être améliorés et constamment testés, la mise en œuvre d'actions concertées a connu une forte impulsion. Les rôles de leadership doivent être clairement attribués et exercés et il faut également fournir à l'institution technique la plus compétente les outils pour lui permettre de superviser afin de garantir une approche techniquement cohérente à la préparation et la riposte. Bien que l'élaboration de plans soit capitale pour la préparation, le statut de ces plans reste incertain, et l'opérabilité et l'interopérabilité des différents plans et procédures ne sont pas optimales. Les plans et procédures doivent être des outils plus pertinents pour guider les opérations de préparation et de riposte, et ils doivent être testés en situation réelle et en simulation.
- iii. *Détection* : la fonction d'alerte précoce de la surveillance n'est pas réalisée de façon homogène à travers les services de santé, et de ce fait la coordination entre les autorités de santé publique et le secteur privé n'est pas optimale. Il faut impérativement renforcer les capacités des agents de santé à recouper systématiquement les informations cliniques et épidémiologiques. Une dépendance excessive et une confiance injustifiée dans le dépistage aux points d'entrée pour identifier et prévenir l'introduction de cas potentiels de MVE ont été observées. Avec la nécessité d'améliorer le contrôle qualité et les aspects de biosécurité des laboratoires, la prise en charge des échantillons pour les cas suspects de MVE reste problématique, l'absence de dispositions véritablement opérationnelles pour l'envoi international des échantillons aux Centres collaborateurs de l'OMS restant la pierre d'achoppement lors du transport des tests de confirmation de la MVE.
- iv. *Isolement* : diverses zones d'isolement spéciales ont été observées au cours des missions dans les pays ; presque toutes présentaient des lacunes et étaient préoccupantes quant à leur viabilité en termes d'infrastructure et de procédures de prévention et contrôle de l'infection (PCI), notamment la disponibilité et la qualité des EPI et la gestion des déchets. Les stratégies complètes et durables de PCI, comprenant une solide formation continue, doivent devenir la priorité nationale absolue pour garantir la mise en œuvre systématique des pratiques de PCI fondées sur l'évaluation des risques.

- v. *Riposte* : pour diverses raisons, les capacités destinées à l'étude et la mise en œuvre des mesures de contrôle face à un cas suspect de MVE ne sont pas toujours réparties de façon homogène sur les territoires nationaux. En outre, la fragmentation des services de santé (public, privé, sécurité sociale) constitue un obstacle à la prise en charge des cas suspects de MVE, de la détection à la désinfection, en passant par l'orientation et la prise en charge clinique. En ce qui concerne l'adoption de mesures susceptibles de perturber le commerce et les voyages internationaux, un manque de respect des recommandations temporaires pour les pays exempts de MVE a été observé, ainsi qu'une mauvaise connaissance et une compréhension limitée de l'article 43 du Règlement. Toutefois, les facteurs qui pourraient partiellement expliquer l'adoption de ces mesures sont la pénurie globale d'EPI, des mécanismes d'achat et des chaînes logistiques ne répondant pas aux normes et les modifications apportées aux spécifications de la PCI publiées par l'OMS et d'autres organismes internationaux en octobre 2014 (7). L'ampleur de la mise en œuvre des plans sur la communication des risques était difficile à estimer. Toutefois, les niveaux d'engagement communautaire pour la préparation à une éventuelle introduction de la MVE se sont avérés insuffisants, et le recours aux médias pour désamorcer l'anxiété n'était pas optimal.
- c) La phase de suivi sera axée sur l'aide aux autorités nationales pour la mise en œuvre des recommandations formulées lors des missions dans les pays, et le Secrétariat coopère étroitement avec les banques internationales de développement et autres organismes donateurs pour garantir l'accès aux ressources nécessaires.
8. Conformément aux articles 5 et 13 du RSI, les 35 États Parties de la Région ont officiellement communiqué à l'OMS leur position vis-à-vis de l'éventuelle prolongation supplémentaire de 2014 à 2016 pour atteindre les principales capacités (détaillées dans l'annexe 1 du Règlement) et les maintenir au-delà de cette date. Trente-deux États Parties (63 %) ont demandé cette prolongation. Les six États Parties ayant déterminé en 2012 que les principales capacités étaient présentes ont réaffirmé leur aptitude à les maintenir. En 2014, sept autres États Parties ont déterminé que les principales capacités avaient été atteintes et pouvaient être maintenues. Si deux des trois États Parties ayant des territoires d'outre-mer situés géographiquement dans la Région – la France et les Pays-Bas – ont également demandé la prolongation de 2014 à 2016 en raison des problèmes rencontrés dans leurs territoires d'outre-mer, le Royaume-Uni, à qui le délai a été accordé de 2012 à 2014, n'a pas communiqué sa position vis-à-vis de celui de 2014 à 2016. L'annexe présente un récapitulatif des Rapports annuels des États Parties à la Soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé (mai 2015) et les statuts des demandes de prolongation supplémentaire (2014-2016) pour l'établissement des principales capacités.
9. Suite à l'avis du Comité d'examen du RSI sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI, qui s'est réuni à Genève (Suisse) les 13 et 14 novembre 2014, le Directeur général a

accordé un délai jusque juin 2016 à tous les États Parties qui l'avaient demandé. Trois États Parties pour lesquels le Plan d'action national pour la prolongation du délai du RSI de 2014 à 2016 soumis était considéré comme incomplet ou absent ont reçu une communication du Directeur général les invitant à améliorer ou élaborer le plan.

10. Les Rapports annuels des États Parties soumis aux Assemblées mondiales de la Santé entre 2011 et 2015 ont révélé des améliorations progressives au niveau régional pour toutes les principales capacités. Toutefois, la situation de ces capacités à travers les sous-régions reste hétérogène, les résultats les plus faibles étant systématiquement enregistrés dans la sous-région caribéenne. Au 20 mars 2015, 30 des 35 États Parties dans les Amériques (86 %) avaient communiqué un compte rendu à la Soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé.

11. Si l'on compare les derniers rapports avec les Rapports annuels des États Parties soumis à la Soixante-septième Assemblée mondiale de la Santé, on observe que les différences dans les résultats moyens se situent dans un éventail de cinq points de pourcentage pour toutes les capacités. À l'exception des capacités à réagir aux événements associés aux risques chimiques (54 %) et aux rayonnements (55 %), la moyenne nationale pour toutes les autres capacités est d'environ 75 % ; le résultat le plus élevé concerne la surveillance (89 %). Comme susmentionné, l'annexe présente un récapitulatif des Rapports annuels des États parties à la Soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé (mai 2015) et les statuts des demandes de prolongation supplémentaire (2014-2016) pour l'établissement des principales capacités.

12. Pour soutenir les efforts de renforcement institutionnels dans les États Parties de la Région, l'OPS continue à intensifier les activités conjointes avec d'autres organismes internationaux spécialisés (par ex. l'Agence internationale de l'énergie atomique [AIEA] et l'OACI) et les partenaires possédant l'expertise appropriée dans la Région (par ex. le Centre collaborateur de l'OMS pour la prévention, la préparation et la réponse aux urgences chimiques de la *Companhia Ambiental do Estado de São Paulo*, au Brésil, le Centre collaborateur de l'OMS pour la mise en œuvre des principales capacités du RSI au CDC des États-Unis et l'Agence de la santé publique du Canada).

13. Au 20 mars 2015, 487 ports dans 27 États Parties de la Région des Amériques étaient autorisés à délivrer des certificats de contrôle sanitaire de navire (8). Neuf ports supplémentaires ont été autorisés dans six territoires d'outre-mer de France et du Royaume-Uni. Les procédures pour la certification volontaire des aéroports et ports désignés seront bientôt communiquées par le Siège de l'OMS. Le Séminaire international de l'Accord de collaboration pour la prévention et la gestion des événements de santé publique dans le secteur de l'aviation civile (CAPSCA) a été organisé par l'OACI en collaboration avec l'OMS à Montréal (Canada) du 28 au 30 avril 2015. À cette occasion, une journée supplémentaire, organisée par le BSP, a été consacrée à une "Session régionale de brainstorming entre experts sur l'article 43 du Règlement sanitaire international (RSI) et l'adoption et la mise en œuvre de mesures de santé publique relatives aux voyages internationaux et au commerce", ceci donnant suite à la Recommandation 6 du Comité d'examen du RSI concernant un deuxième délai

supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI. La Sixième Réunion du CAPSCA pour les Amériques se tiendra du 16 au 18 septembre 2015 dans la ville de Panama, au Panama.

14. En l'absence de rejets et/ou réserves, qui doivent être notifiés par les États Parties au Directeur général au plus tard le 11 janvier 2016, l'amendement de l'Annexe 7 du Règlement – reconnaissant qu'une seule dose de vaccin anti-amaril suffit à conférer une protection à vie – entrera en vigueur en juin 2016 (9). Toutefois, pour minimiser la gêne occasionnée aux voyageurs et accélérer l'harmonisation des pratiques, la résolution WHA68.4 de 2015 (*Cartographie du risque de fièvre jaune et vaccination anti-amarile recommandée pour les voyageurs*) (10) prie le Secrétariat de l'OMS de publier une liste des pays acceptant un certificat de vaccination anti-amarile valable à vie. De même, en vue de garantir le recours à un processus participatif dans la cartographie des zones à risque pour la transmission de la fièvre jaune, également nécessaire pour mettre à jour la publication de l'OMS *Voyages internationaux et santé* (11), la résolution WHA68.4 demande la constitution d'un groupe consultatif scientifique et technique chargé de la cartographie du risque amaril, auquel participeront les pays comprenant des zones à risque. Au 20 mars 2015, 24 des 35 États Parties de la Région (69 %) avaient contribué à la mise à jour 2015 de la publication de l'OMS *Voyages internationaux et santé*.

15. Au 20 mars 2015, la Liste d'experts du RSI comptait 424 experts, dont 117 de la Région des Amériques, huit étant désignés par l'État Partie respectif.

16. La flambée de MVE en Afrique occidentale a mis à l'épreuve la quasi-totalité des dispositions du RSI. Bien qu'attisée par la peur, l'onde de choc politique et de santé publique dans les États Parties des Amériques générée par cet événement doit être considérée comme une sonnerie d'alarme qui offre aux États Parties et au Secrétariat de l'OMS l'occasion de miser sur la dynamique créée par les efforts de préparations réactifs, soutenus et accélérés liés à la MVE entrepris depuis août 2014. La flambée de 2014 donne également l'occasion de revoir le véritable sens opérationnel et les implications pratiques de santé publique de l'engagement des États Parties à l'égard de la santé publique nationale et internationale, exprimé par le biais du RSI, et de mettre en place et maintenir les fonctions essentielles de santé publique, y compris à travers les secteurs (principales capacités détaillées en Annexe 1 du Règlement). Cela implique une approche de la préparation qui va au-delà d'une liste de vérification et d'indicateurs quantitatifs, au-delà d'un aspect juridique de l'application du Règlement et au-delà des échéances fixées, qui doivent être considérées comme des jalons. Finalement, cette flambée met en évidence le fait que la préparation en santé publique nécessite une approche continue et globale du renforcement des systèmes de santé afin qu'ils soient suffisamment solides et résilients pour permettre le niveau de souplesse souhaité dans la préparation et la riposte aux risques d'apparition et/ou d'évolution rapide dans un monde interconnecté, ainsi que pour garantir la viabilité des fonctions essentielles de santé publique.

17. Ce changement radical de perspective – du Règlement en tant que simple instrument juridique à un outil qui soutiendra les processus de préparation permanents en matière de santé publique dans tous les États Parties et dans le monde – a été concrétisé

dans le « Rapport du Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI » (12), dont les 10 recommandations ont été adoptées par la Soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé (13) et sont axées sur les deux conclusions suivantes :

- a) *Les efforts consentis pour acquérir, renforcer et maintenir les principales capacités prévues par le RSI doivent être considérés comme une activité permanente dans tous les pays* : le fait que 22 États Parties de la Région aient demandé le prolongement du délai de 2014 à 2016 doit être considéré comme un signe de responsabilité, qui montre qu'ils ont compris que la préparation en matière de santé publique est une activité permanente et reflète, dans la plupart des cas, une réflexion quant à la solidité des institutions et au contexte politique. De même, les efforts de préparation liés à la MVE des petits États insulaires et territoires d'outre-mer ont mis en évidence les inconvénients d'une approche unique de l'application du Règlement. En outre, ces efforts font ressortir les problèmes au niveau national pour garantir la coordination avec les nombreux partenaires externes et les donateurs.
- b) *L'application du RSI doit maintenant aller au-delà de « simples listes de vérification de l'application » et adopter une démarche plus active pour l'évaluation périodique des capacités fonctionnelles* : comme indiqué dans la Décision CD52(D5) « Application du Règlement sanitaire international » (14), un défi de taille dans l'application du RSI réside dans l'absence d'indicateurs adéquats pour démontrer les avantages réels du RSI en matière de santé publique, le degré de conformité des Parties (Secrétariat et États Parties), ainsi que l'absence de mécanismes satisfaisants pour garantir les niveaux de responsabilisation souhaités dans les États Parties. Les options pour surveiller l'application du Règlement après 2016 ont été proposées lors de la réunion régionale dans les Amériques sur l'application du Règlement sanitaire international (RSI) à Buenos Aires (Argentine) les 29 et 30 avril 2014 et ont été mises en évidence dans les recommandations du Comité d'examen du RSI sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI. Elles incluent (i) la nécessité de réviser le programme mondial de surveillance, avec la participation des institutions, sur la base d'une feuille de route reflétant la calendrier des Organes directeurs régionaux et internationaux de l'OMS, (ii) la nécessité d'un programme de surveillance global comprenant toutes les parties et les dispositions, (iii) le recours à des approches quantitatives et qualitatives impliquant les États Parties individuellement et collectivement et l'accent mis sur les événements de santé publique, l'institutionnalisation des fonctions essentielles de santé publique, les obligations administratives, le recours à des mécanismes de surveillance internationale existants utilisés par d'autres organisations internationales pertinentes (par ex. AIEA, OACI) et les performances du Secrétariat de l'OMS. Des options pour le déploiement du plan de surveillance de l'application du RSI au-delà de 2016 ont été examinées par des experts des Amériques dans le cadre de deux consultations organisées par le BSP en étroite collaboration avec le siège de

l'OMS (Brasilia, Brésil, les 13 et 14 mai 2014, et Washington, D.C., États-Unis, du 30 juin au 2 juillet 2015).

Mesures à prendre par le Conseil directeur

18. Le Conseil directeur est prié de prendre note du présent rapport et de fournir les recommandations qu'il considère pertinentes.

Annexe

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Progrès vers une position régionale concernant le Règlement sanitaire international [Internet]. 53^e Conseil directeur, 66^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 29 septembre au 3 octobre 2014; Washington (DC). Washington (DC): OPS; 2014 (document CD53/14) [consulté le 24 mars 2014]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=27046&Itemid=270&lang=fr
2. Organisation mondiale de la Santé. Ebola : Enrayer la flambée actuelle, renforcer la préparation à l'échelle mondiale et veiller à ce que l'OMS ait les capacités de se préparer et de riposter, dans l'avenir, à des flambées de grande ampleur et à des situations d'urgence ayant des conséquences sanitaires [Internet]. Session extraordinaire du Conseil exécutif sur Ebola ; 27 janvier 2015, Genève (Suisse). Genève: OMS; 2015 (Résolution EBSS3.R1) [consulté le 20 mars 2015]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EBSS3/EBSS3_R1-fr.pdf
3. Organisation mondiale de la Santé. Épidémie de maladie à virus Ebola 2014 et suite donnée à la session extraordinaire du Conseil exécutif sur Ebola [Internet]. 68^e Assemblée mondiale de la Santé; du 18 au 26 mai 2015, Genève (Suisse). Genève: OMS; 2015 (décision WHA68(10)) [consulté le 14 juillet 2014]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_51Rev1-fr.pdf
4. Organisation mondiale de la Santé. Groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola. Rapport du Secrétariat. [Internet]. 68^e Assemblée mondiale de la Santé; du 18 au 26 mai 2015, Genève (Suisse). Genève: OMS; 2015 (document A68/25) [consulté le 14 juillet 2014]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_25-fr.pdf
5. Organisation mondiale de la Santé. Rapport du Groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola. Genève: OMS; 2015 [consulté le 14 juillet 2014]. Disponible sur : <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-panel-report-fr.pdf?ua=1>

6. Pan American Health Organization. Framework for strengthening national preparedness and response for ebola virus disease in the Americas [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2014 [consulté le 20 mars 2015]. Disponible en anglais sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=29172&lang=en
7. Organisation mondiale de la Santé. L'équipement de protection individuelle dans le cadre de la riposte à la flambée d'infections à filovirus [Internet]. Genève: OMS ; 2014 [consulté le 20 mars 2015]. Disponible sur :
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/143891/1/WHO_EVD_Guidance_PPE_14.1_fre.pdf?ua=1
8. World Health Organization. IHR list of authorized ports [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [consulté le 20 mars 2015]. Disponible en anglais sur :
http://who.int/ihr/ports_airports/ihr_authorized_ports_list.pdf?ua=
9. Organisation mondiale de la Santé. Application du Règlement sanitaire international (2005) [Internet]. 67^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 19 au 24 mai 2014, Genève (Suisse). Genève: OMS; 2014 (Résolution WHA67.13) [consulté le 20 mars 2015]. Disponible sur :
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R13-fr.pdf
10. Organisation mondiale de la Santé. Cartographie du risque de fièvre jaune et vaccination anti-amarile recommandée pour les voyageurs [Internet]. 68^e Assemblée mondiale de la Santé; du 18 au 26 mai 2015, Genève (Suisse). Genève: OMS; 2015 (résolution WHA68.4) [consulté le 14 juillet 2015]. Disponible sur :
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_R4-fr.pdf
11. Organisation mondiale de la Santé. Voyages internationaux et santé [Internet]. Genève : OMS ; 2015 [consulté le 14 juillet 2015]. Disponible sur :
<http://www.who.int/ith/fr/>
12. Organisation mondiale de la Santé. 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 [Internet]. 136^e session du Conseil exécutif; du 26 janvier au 3 février 2015, Genève (Suisse). Genève: OMS; 2015 (document EB136/22 Add.1) [consulté le 20 mars 2015]. Disponible sur :
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_22Add1-fr.pdf
13. Organisation mondiale de la Santé. Recommandations 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 [Internet]. 68^e Assemblée mondiale de la

Santé; du 18 au 26 mai 2015, Genève (Suisse). Genève: OMS; 2015 (résolution WHA68.5) [consulté le 14 juillet 2015]. Disponible sur :
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_R5-fr.pdf

14. Organisation panaméricaine de la Santé. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international [Internet]. Dans: Rapport final, 52^e Conseil directeur, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 30 septembre au 4 octobre 2013; Washington (DC). Washington (DC): OPS, 2013. (décision CD52[D5]) [consulté le 20 mars 2015]. Disponible sur :
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4387/CD52-FR-fra.pdf?sequence=3>

Annexe

Tableau récapitulatif : rapports annuels des États Parties à la 68^e Assemblée mondiale de la Santé et statuts des demandes de prolongation supplémentaires (2014-2016) pour l'établissement des principales capacités du RSI

États Parties	A demandé et obtenu la prolongation de 2012 à 2014	A formellement communiqué vis-à-vis de la prolongation de 2014-2016	A demandé et obtenu la prolongation de 2014 à 2016	A soumis le rapport annuel d'État Partie à la 68 ^e WHA	Législation, politiques, financement	Coordination et communication avec le PFN	Surveillance	Réponse	État de préparation	Communication des risques	Ressources humaines	Laboratoire	Points d'entrée	Événements zoonotiques	Événements liés à la sécurité sanitaire des aliments	Événements chimiques	Urgences radiologiques
Antigua-et-Barbuda	oui	oui	oui	oui	100	100	100	82	73	71	100	95	86	100	100	85	23
Argentine	oui	oui	non	oui	50	73	80	83	100	86	100	90	86	100	60	69	62
Bahamas	oui	oui	oui	oui	75	83	100	70	41	86	40	96	74	44	47	38	0
Barbade	oui	oui	oui	oui	75	53	70	82	70	71	80	86	97	89	60	46	38
Belize	oui	oui	oui	non	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolivie (État plurinational de)	oui	oui	oui	oui	100	90	80	76	60	43	20	71	31	78	53	15	77
Brésil	non	oui	non	oui	100	100	100	100	100	100	100	96	80	100	100	85	92
Canada	non	oui	non	oui	100	100	95	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Chili	non	oui	non	oui	75	83	95	94	66	71	60	86	35	100	93	23	62
Colombie	non	oui	non	oui	100	63	50	94	33	100	80	76	91	78	67	69	69
Costa Rica	non	oui	non	oui	100	100	95	100	71	100	80	76	97	100	100	77	62
Cuba	oui	oui	non	oui	100	100	100	100	100	100	100	50	83	100	100	85	100
Dominique	oui	oui	oui	oui	75	100	90	83	60	100	20	73	64	89	87	31	23
République dominicaine	oui	oui	oui	oui	75	90	85	76	81	100	100	90	64	56	27	23	69
Équateur	oui	oui	oui	oui	75	100	85	76	71	71	80	71	73	89	80	54	100
El Salvador	oui	oui	non	oui	100	100	100	100	90	86	100	100	100	100	93	62	77
Grenade	oui	oui	oui	non	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	oui	oui	non	oui	0	73	75	76	45	57	50	75	60	78	100	67	50
Guyana	oui	oui	oui	oui	100	83	90	100	100	86	100	100	38	100	73	62	0
Haïti	oui	oui	oui	oui	0	46	95	69	20	86	40	96	6	44	27	0	0

Tableau récapitulatif (suite)

Honduras	oui	oui	oui	oui	50	53	90	52	33	43	40	71	36	78	47	8	31
Jamaïque	oui	oui	oui	oui	50	73	60	75	73	57	20	53	70	67	47	38	31
Mexique	oui	oui	non	oui	100	80	95	94	90	100	100	100	94	100	100	85	100
Nicaragua	oui	oui	non	oui	100	83	100	94	90	100	100	86	90	100	80	92	100
Panama	oui	oui	oui	oui	75	100	95	88	60	71	40	96	65	89	60	15	31
Paraguay	oui	oui	oui	oui [#]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pérou	oui	oui	oui	oui	100	83	100	94	90	100	80	100	27	100	100	46	85
Saint-Kitts-et-Nevis	oui	oui	oui	no	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sainte-Lucie	oui	oui	oui	oui	25	20	65	58	25	86	40	86	6	89	60	23	0
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	oui	oui	oui	oui	75	73	80	66	53	43	20	35	48	100	40	8	0
Suriname	oui	oui	oui	oui	50	83	90	100	83	71	40	100	84	67	87	62	0
Trinité-et-Tobago	oui	oui	oui	oui	50	56	95	76	71	71	20	81	77	89	87	62	77
États-Unis	non	oui	non	oui	100	100	100	100	100	100	100	50	100	100	100	100	100
Uruguay	oui	oui	non	no	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (République bolivarienne du)	oui	oui	oui	oui	50	90	100	100	100	71	100	90	59	100	93	92	85

Caraïbes* (n=12)	65	73	86	80	64	77	52	79	61	82	68	45	24
Amérique centrale** (n=7)	71	86	91	84	67	80	73	85	73	86	72	49	60
Amérique du Sud*** (n=8)	81	85	86	90	78	80	78	85	60	93	81	57	79
Amérique du Nord**** (n=3)	100	93	97	98	97	100	100	83	98	100	100	95	100

Région des Amériques (n=30)	74	81	89	85	72	81	68	83	67	87	76	54	55
------------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

[#] Les données n'ont pas pu être saisies en raison de la soumission retardée du Rapport annuel à la 68^e Assemblée mondiale de la Santé.

* Sous-région des Caraïbes : Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Belize, Cuba, Dominique, Grenade, Guyana, Haïti, Jamaïque, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte Lucie, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, Suriname, Trinité-et-Tobago.

** Sous-région d'Amérique centrale : Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panama, République dominicaine.

*** Sous-région d'Amérique du Sud : Argentine, Bolivie (État plurinational de), Brésil, Chili, Colombie, Équateur, Paraguay, Pérou, Uruguay, Venezuela (République bolivarienne de) .

**** Sous-région d'Amérique du Nord : Canada, États-Unis, Mexique.

- - -