

55^e CONSEIL DIRECTEUR

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

Washington, D.C., ÉUA, du 26 au 30 septembre 2016

Point 4.8 de l'ordre du jour provisoire

CD55/12, Rev. 1
16 septembre 2016
Original : anglais

MISE EN OEUVRE DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (RSI)

Introduction

1. Le présent document a pour but de présenter un rapport rendant compte de l'état de la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (ci-après désigné le « RSI » ou le « Règlement »). Le document informe également le Conseil directeur des recommandations faites par les États Membres de la Région des Amériques lors de la consultation régionale officielle sur le *Projet de Plan mondial de l'OMS pour la mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte* (annexe B), qui a eu lieu à Miami (États-Unis d'Amérique), du 1^{er} au 3 août 2016.

2. Le présent rapport : *a)* met à jour les informations présentées en 2015 au 54^e Conseil directeur (1) et, de manière sélective, les informations présentées à la 158^e session du Comité exécutif en juin 2016 (2), *b)* se concentre sur les activités entreprises par les États Parties et le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) en réponse à l'Urgence de santé publique d'ampleur internationale (USPAI) liée au virus Zika, et *c)* souligne les problèmes nécessitant une action concertée des États Parties de la Région des Amériques concernant l'application et la mise en œuvre à venir du Règlement.

Antécédents

3. Le Règlement sanitaire international, adopté par la cinquante-huitième Assemblée mondiale de la Santé en 2005 dans sa Résolution WHA58.3,¹ constitue le cadre juridique qui, parmi d'autres, définit les capacités essentielles nationales, notamment pour les points d'entrée, en matière de gestion des événements de santé publique de portée nationale et internationale potentielle ou réelle et les procédures connexes.

¹ Le texte du Règlement sanitaire international (résolution WHA58.3) est disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43982/1/9789242580419_fre.pdf.

Mise à jour sur les progrès accomplis

4. L'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) agit comme point de contact du RSI pour la Région des Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et elle facilite la gestion des événements de santé publique par les canaux de communication établis avec les Points focaux nationaux (PFN) du RSI. En 2015, les 35 États Parties de la Région ont tous présenté une confirmation ou une mise à jour annuelle des coordonnées de leurs PFN. En 2015, des tests périodiques de connectivité effectués entre le Point de contact du RSI de l'OMS et le Point focal national de la Région ont été concluants pour 30 des 35 États Parties (86 %) par courriel et pour la totalité des 35 États Parties par téléphone.

5. Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015, au total, 99 événements de santé publique de portée internationale potentielle ont été identifiés et évalués dans la Région. Les autorités nationales, notamment par le biais des PFN en 44 occasions, étaient la source initiale d'informations pour 59 des 99 événements (60 %). Une vérification a été demandée et obtenue pour 25 événements identifiés par des sources informelles ou non officielles. Parmi les 99 événements étudiés, 45 (45 %), touchant 22 pays et territoires de la Région, représentaient une préoccupation internationale de santé publique justifiée. La majeure partie de ces 45 événements était attribuée à des risques infectieux (34 événements ; 76 %) et l'étiologie la plus souvent consignée était le virus Zika (15 événements). Les 11 autres événements représentant une préoccupation internationale de santé publique justifiée étaient attribués aux catégories de risques suivantes : d'origine zoonotique (5), liées à la sécurité sanitaire des aliments (2), liées à un produit (2), d'origine chimique (1) et d'origine radiologique (1).

6. Voici des événements de santé publique importants qui ont affecté les États Parties des Amériques ou qui ont eu des répercussions en santé publique, entre le 1^{er} janvier 2015 et le 8 avril 2016 :

- a) Depuis la première réunion en avril 2014 du Comité d'urgence du RSI concernant la propagation internationale du poliovirus, et après que le Directeur général de l'OMS a déterminé que la propagation internationale du **poliovirus sauvage** constituait une USPAI, le Comité d'urgence du RSI s'est réuni en huit occasions supplémentaires. Lors de sa réunion la plus récente en mai 2016, le comité a conclu que la propagation du poliovirus sauvage, de concert avec le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (cVDPV, d'après son sigle en anglais), constitue toujours une USPAI. Des recommandations temporaires ont été définies et prolongées pendant trois mois supplémentaires en se concentrant sur un sous-ensemble spécifique de pays, dont aucun n'est situé dans les Amériques. L'OPS continue de conseiller aux États Parties des Amériques d'appliquer les recommandations du Groupe consultatif technique sur les maladies évitables par la vaccination afin de maintenir l'état exempt de poliovirus sauvage des Amériques.

- b) Le **coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV**, d'après son sigle en anglais) a commencé à se propager en 2012 et le 20 mars 2016 près de 1700 cas confirmés en laboratoire, dont plus de 600 décès, avaient été déclarés à l'OMS. Des cas confirmés d'infection par le MERS-CoV ont été déclarés par 26 États Parties à travers le monde, dont 13 cas documentés de transmission locale, le Royaume d'Arabie saoudite représentant environ 80 % des cas. En réponse à la propagation du MERS-CoV, le Directeur général a convoqué le Comité d'urgence du RSI concernant le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient, et le comité s'est réuni 10 fois entre juillet 2013 et septembre 2015. Le Directeur général, suite à l'avis fourni par le Comité d'urgence du RSI concernant le MERS-CoV qui a été communiqué à tous les États Parties, a estimé qu'il ne s'agissait pas d'une USPAI.
- c) Suite à la notification à l'OMS des premiers cas de **maladie à virus Ebola (MVE)** en Guinée en mars 2014, la flambée s'est rapidement propagée aux pays avoisinants, le Libéria et la Sierra Leone et a échappé à tout contrôle. Cela a mené à la réunion, le 6 août 2014, du Comité d'urgence du RSI concernant la flambée d'Ebola en Afrique occidentale et, selon son conseil, à l'établissement par le Directeur général d'une USPAI pour la flambée de MVE en Afrique occidentale. En date du 8 avril 2016, on dénombre plus de 28 600 cas et plus de 11 300 décès dans les trois pays d'Afrique occidentale. Ces pays ont été déclarés exempts d'Ebola par l'OMS en janvier 2016, tout en sachant que de nouvelles grappes de MVE vont continuer d'apparaître dans ces pays d'Afrique occidentale en raison de la réintroduction du virus par des survivants. D'après l'avis formulé par le Comité d'urgence du RSI concernant la MVE lors de sa neuvième réunion le 29 mars 2016, le Directeur général a mis fin à l'USPAI, ce qui implique également l'annulation des recommandations temporaires connexes, dont celles s'appliquant aux États Parties des Amériques.
- d) Suite à la notification à l'OMS en janvier 2016 d'une flambée de **fièvre jaune** détectée à Luanda (Angola) en décembre 2015, on a constaté une augmentation rapide du nombre de cas compris dans une vaste étendue géographique. En Angola même, plus de 3800 cas présumés et confirmés, dont plus de 480 décès, étaient déclarés en date du 29 juillet 2016. Des cas de fièvre jaune liés sur le plan épidémiologique à la flambée ont été détectés au Brésil (1), en Chine (11), au Kenya (2) et particulièrement en République démocratique du Congo (RDC), où une transmission locale ultérieure s'est produite ; en date du 3 août 2016, plus de 2000 cas confirmés et présumés, dont 95 décès, étaient déclarés en RDC. Suite à la mobilisation de près de 33 millions de doses de vaccin anti-amaril destinées à des campagnes de vaccination de masse, la flambée en Angola perdait du terrain en date du 29 juillet 2016, mais l'événement persistait encore en RDC. De plus, en 2016, des flambées et des cas de fièvre jaune non liés sur le plan épidémiologique étaient déclarés dans la Région africaine et dans les Amériques, des cas de fièvre jaune ayant été déclarés au Brésil (1), en Colombie (2) et au Pérou. Une flambée dans la région de Junín, au Pérou, qui avait débuté en mars 2016 avait occasionné 50 cas en date du 22 juillet 2016, dont 17 décès. En

réaction aux flambées de fièvre jaune en Afrique centrale, le 19 mai 2016, le Directeur général a convoqué le Comité d'urgence du RSI concernant la fièvre jaune. L'avis fourni par ce comité, diffusé à tous les États Parties, n'a pas mené à la détermination d'une USPAI par le Directeur général.

- e) Le **virus Zika** est un virus à transmission vectorielle, semblable aux virus de la dengue et de la fièvre chikungunya, transmis par les moustiques *Aedes aegypti* et *Aedes albopictus*. Suite à sa réémergence dans la Région du Pacifique occidental en 2007, un cas de transmission autochtone du virus a été confirmé à l'île de Pâques (Chili) en 2014. En février 2015, les autorités sanitaires du Brésil ont commencé à enquêter sur des cas de maladie présentant un exanthème dans les États du nord-est du pays, dont le nombre avoisinait près de 7000 à la fin avril 2015. L'enquête a mené à la confirmation en laboratoire de la transmission autochtone du virus Zika en mai 2015, ce qui représente la première transmission documentée sur la plateforme continentale des Amériques. Des rapports par les autorités sanitaires brésiliennes concernant l'augmentation inhabituelle de cas de syndrome de Guillain-Barré (SGB) chez les adultes et de microcéphalie chez les nouveau-nés dans les régions où la transmission autochtone du virus Zika était établie ont été partagés avec la communauté internationale au moyen du site Web sécurisé d'échange d'informations sur les événements entre les points focaux nationaux du RSI (*Event Information Site for PFN [EIS]*) en juillet 2015 et en octobre 2015, respectivement.
- La propagation rapide du virus Zika dans les Amériques et ailleurs dans le monde, ainsi que l'observation de plus en plus probante d'une association spatio-temporelle avec l'augmentation du nombre de cas de SGB et de microcéphalie chez les nouveau-nés, a mené à la convocation le 1^{er} février 2016 du Comité d'urgence du RSI concernant le virus Zika et l'augmentation observée des cas de troubles neurologiques et de malformations congénitales. D'après son avis, le Directeur général a déterminé que l'événement est une USPAI. Des recommandations temporaires, notamment celles résultant de deux réunions supplémentaires du Comité d'urgence du RSI concernant le virus Zika le 8 mars et le 14 juin 2016, portaient sur :
 - i. L'intensification des efforts de recherche internationaux concertés visant à corroborer le consensus scientifique désormais largement établi selon lequel le virus Zika est une cause de microcéphalie et du SGB. La nécessité de partager avec rapidité et transparence les résultats des travaux de recherche a été soulignée.
 - ii. La mise en œuvre de mesures de lutte comprenant : a) la surveillance, qui implique aussi l'élaboration d'une définition de cas d'« infection congénitale par le virus Zika », ainsi que l'échange rapide et transparent des informations, b) les mesures de lutte antivectorielle, c) la communication des risques ciblant les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes, ainsi que la diffusion d'informations sur le risque de transmission par voie sexuelle, l'état de préparation des services sanitaires

pour le conseil prénatal, la prise en charge des grossesses à risque d'infection par le virus Zika et les issues de grossesse qui lui sont liées, et, à plus long terme, la gestion des conséquences, et *d*) les conseils en matière de voyage ciblant les femmes enceintes et les rapports sexuels sans risque (il a été estimé qu'aucune restriction de voyage ou de commerce avec les pays et les territoires connaissant une transmission du virus Zika n'était justifiée).

- iii. Les mesures à prendre par les États Parties accueillant des rassemblements de masse, notamment les XXXI^e Jeux olympiques et paralympiques d'été, qui auront lieu à Rio de Janeiro (Brésil), du 5 août au 21 septembre 2016, ainsi que par les États Parties ayant des voyageurs à destination et en provenance des XXXI^e Jeux olympiques et paralympiques d'été.
- Au 11 août 2016, 45 pays et territoires des Amériques avaient confirmé une transmission vectorielle autochtone du virus Zika. Cinq pays comptaient des cas d'infection par le virus Zika transmis par voie sexuelle. Dix pays et territoires avaient déclaré des cas de syndrome congénital lié à l'infection par le virus Zika. Le Brésil représente la vaste majorité de ces cas de syndrome congénital (96 %), avec plus de 1800 cas déclarés. Seize pays et territoires de la Région ont confirmé l'infection à virus Zika pour au moins un cas de SGB, et dix d'entre eux ont aussi déclaré des augmentations de cas de SGB.

7. À la fin 2015, le BSP a intensifié de façon substantielle les activités de soutien aux États Parties en répondant à l'apparition du virus Zika dans la Région. Ces efforts ont culminé en décembre 2015 avec l'activation d'une Structure de gestion des incidents (IMS, d'après son sigle en anglais) à l'échelle de l'Organisation, comprenant le déblocage de fonds du Fonds d'urgence en cas d'épidémie de l'OPS. Au cours des mois suivants, l'IMS du BSP, en étroite coordination avec la structure équivalente établie au Siège de l'OMS en février 2016, a déclenché le déblocage du Fonds d'urgence de l'OMS et le déploiement d'activités énoncées dans la Stratégie d'amélioration de la capacité nationale de riposte à l'épidémie de virus Zika dans les Amériques (3). Le cadre stratégique comprend les éléments suivants : *a*) la surveillance en temps utile de l'évolution des aspects multidimensionnels de l'épidémie, *b*) la réduction des risques par la lutte contre le vecteur, *c*) l'amélioration de la capacité de riposte mettant l'accent sur les services de santé (y compris la sûreté du sang), la communication des risques et les rassemblements de masse, et *d*) l'élaboration d'un programme de recherche régional sur le virus Zika pour combler le manque grandissant de connaissances.

8. Dans le cadre exposé précédemment, les activités entreprises par le BSP à compter du 8 avril 2016 comprennent (les informations actualisées sont fournies au point 7.4 de l'ordre du jour provisoire du 55^e Conseil directeur) :

- a) L'intensification de la mobilisation des ressources et des efforts de coordination avec les organisations et les organismes partenaires internationaux, y compris les

- multiples organismes des Nations Unies,² la Banque interaméricaine de développement, la Banque mondiale et le Siège de l’OMS.
- b) L’élaboration et la diffusion de directives techniques et de mises à jour épidémiologiques de l’OPS éclairant des documents rédigés par le Siège de l’OMS.
 - c) L’organisation de réunions virtuelles avec des autorités nationales et des professionnels compétents de différentes disciplines pour traiter des nouvelles questions techniques qui apparaissent constamment sur la propagation du virus Zika.
 - d) La prestation de formation individuelle concernant les services de laboratoire, la surveillance entomologique et la lutte antivectorielle, le suivi des femmes enceintes et la communication des risques aux niveaux national, infrarégional et régional.
 - e) Le déploiement de missions techniques multidisciplinaires sur le terrain dans 22 pays et territoires, dans certains cas en plusieurs occasions, impliquant la mobilisation de plus de 70 membres du personnel et d’experts, notamment par le biais du Réseau mondial d’alerte et d’action en cas d’épidémie (GOARN, d’après son sigle en anglais). L’expertise détenue par les équipes de mission dans les pays couvrait plusieurs domaines techniques : les soins prénataux, la prise en charge clinique, l’entomologie et la lutte antivectorielle, l’épidémiologie, les services de santé et de laboratoire, la néonatalogie, la neurologie, la santé publique, la communication des risques et la radiologie. Plusieurs missions liées aux préparatifs pour les XXXI^e Jeux olympiques et paralympiques d’été.
 - f) la distribution à 20 pays de réactifs de laboratoire servant à détecter le virus Zika par la réaction en chaîne de la polymérase (RCP), dont un partenariat essentiel avec les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis (US CDC).
 - g) L’organisation de consultations d’experts sur les services de laboratoire, la lutte antivectorielle, la surveillance clinique, les services de santé et l’éthique.
 - h) La coordination de travaux de recherche, notamment par l’organisation de la réunion portant sur l’élaboration d’un programme de recherche sur la caractérisation de la flambée de virus Zika et de ses répercussions sur la santé

² L’Agence internationale de l’énergie atomique (AIEA), le Bureau de la coordination des affaires humanitaires (BCAH), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), le Fonds des Nations Unies pour l’enfance (UNICEF), le Groupe de développement des Nations Unies pour l’Amérique latine et les Caraïbes (UNDG-LAC), le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR), l’ONU Femmes, l’Organisation de l’aviation civile internationale (OACI), l’Organisation des Nations Unies pour l’éducation, la science et la culture (UNESCO), le Programme alimentaire mondial (PAM), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et l’ONU-HABITAT (Centre des Nations Unies pour les établissements humains).

publique dans les Amériques, qui a eu lieu à Washington, D.C., les 1^{er} et 2 mars 2016.

- i) L'élaboration d'un portail de l'OPS consacré au virus Zika présentant des informations adaptées à différents publics cibles.³

9. Bien que l'apparition du virus Zika dans les Amériques permette de mieux comprendre l'ensemble complet des maladies imputables à ce virus, plus de 600 millions de personnes de la Région vivent dans des régions à risque de transmission du virus et sa propagation pourrait confronter la santé publique et les systèmes de santé dans leur ensemble à un fardeau considérable. Bien que la transmission du virus Zika par voie sexuelle puisse éventuellement assumer un rôle plus marqué en façonnant l'évolution de l'épidémie de maladie à virus Zika, la lutte antivectorielle intégrée reste la pierre angulaire servant à atténuer les répercussions des maladies à transmission vectorielle.

Rapports sur les capacités essentielles des États Parties

10. Les Rapports annuels des États Parties présentés aux Assemblées mondiales de la Santé de 2011 à 2016 ont révélé des améliorations constantes de toutes les capacités essentielles au niveau régional. L'état des capacités essentielles dans l'ensemble des sous-régions est encore toutefois hétérogène, les notes les plus faibles étant toujours enregistrées dans la sous-région des Caraïbes. Au moment de l'instauration des Rapports annuels des États Parties dans leur format actuel de déclaration à la soixante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé en 2011, le taux de réponse était de 51 % (18 des 35 États Parties) ; en 2016, pour la toute première fois, le taux de réponse était de 100 %, les 35 États Parties des Amériques ayant tous fait rapport à la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Cela doit être considéré comme un accomplissement : le sentiment accru d'appropriation du Règlement par les États Parties, ainsi que leur disposition à être mutuellement responsables. Au cours de cette période de six ans, 12 États Parties se sont systématiquement conformés à la présentation annuelle des rapports : Antigua-et-Barbuda, la Barbade, le Canada, la Colombie, le Costa Rica, la Dominique, l'Équateur, les États-Unis, le Guyana, le Honduras, la Jamaïque et le Mexique. Les données sur le degré de respect de cet engagement des autres États Parties sont présentées à l'annexe A.

11. La comparaison des rapports les plus récents avec les Rapports annuels des États Parties présentés à la soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé (2015) indique des variations des notes moyennes régionales de l'ordre de 10 points de pourcentage pour toutes les capacités autres que les points d'entrée, pour lesquels une amélioration de 18 points de pourcentage a été constatée. À l'exception des capacités d'intervention face à des événements d'origine chimique (57 %) et radiologique (55 %), la note moyenne régionale pour toutes les autres capacités avoisine ou est supérieure à 75 % ; la note la

³ Le portail de l'OPS sur le virus Zika est disponible [en anglais] sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11585&Itemid=41688&lang=en.

plus élevée revient à la surveillance (92 %). L'annexe A présente aussi un résumé des Rapports annuels des États Parties présentés à la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

12. L'OPS a mené des missions spéciales pour examiner l'état de la mise en œuvre du RSI dans deux des territoires d'outre-mer du Royaume-Uni dans les Amériques : les îles Caïmans et les Turques et Caïques. Dans les territoires d'outre-mer du Royaume des Pays-Bas, des progrès notables ont été réalisés en termes d'ententes juridiques et opérationnelles pour l'application et la mise en œuvre du RSI ; elles sont cristallisées dans un accord mutuel conclu entre les Pays-Bas, Aruba, Curaçao et St-Maarten.

13. En appui aux efforts de renforcement institutionnel et intersectoriel déployés dans les États Parties de la Région, l'OPS a poursuivi ses activités conjointes avec d'autres organisations et organismes internationaux spécialisés. Des initiatives régionales ont été menées avec : *a*) l'Organisation de l'aviation civile internationale (OACI), dans le cadre de l'Accord de collaboration pour la prévention et la gestion des cas menaçant la santé publique dans le secteur de l'aviation civile (CAPSCA), lors de sa sixième Réunion des Amériques qui a eu lieu au Panama en septembre 2015 (la septième Réunion des Amériques aura lieu au Mexique en septembre 2016), *b*) l'Association du Transport Aérien International (IATA, d'après son sigle en anglais), au moyen d'activités axées sur la certification et la re-certification des professionnels nationaux quant aux expéditions internationales d'échantillons, et *c*) l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) lors de la réunion régionale annuelle du Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN, d'après son sigle en anglais), qui a eu lieu au Mexique en octobre 2015. Des activités infrarégionales ont été menées avec l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA, d'après son sigle en anglais) : par exemple, la première réunion de coordination du projet sur le renforcement du contrôle des sources radioactives de la fabrication à l'élimination finale [*Strengthening Cradle-to-Grave Control of Radioactive Sources*] dans les États Membres de l'AIEA dans la sous-région des Caraïbes a eu lieu en Jamaïque en avril 2016. Des activités menées au niveau national ont eu lieu avec l'OACI dans le cadre du projet CAPSCA, notamment des visites des principaux aéroports internationaux de la Bolivie, de la Colombie, des États-Unis, du Panama et du Paraguay, et avec l'atelier intersectoriel de l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) au Costa Rica.

14. En date du 8 avril 2016, 484 ports de 27 États Parties de la Région des Amériques ont été habilités à délivrer des certificats de contrôle sanitaire de navire (4). Dix ports supplémentaires ont été habilités dans huit territoires d'outre-mer de la France, des Pays-Bas et du Royaume-Uni. Depuis la même date, aucune information n'a été fournie aux Bureaux régionaux de l'OMS concernant l'état des Procédures de l'OMS pour la certification volontaire d'aéroports et de ports désignés déjà soumis aux États Parties en deux occasions.

15. En l'absence de refus d'admission et/ou de réserves notifiées par les États Parties au Directeur général avant la date limite fixée (11 janvier 2016), l'amendement de

l'annexe 7 du Règlement – reconnaissant que l'administration d'une dose unique de vaccin anti-amaril suffit à conférer une protection à vie – est entrée en vigueur en juillet 2016 (5). Conformément à la Résolution WHA68.4 (6) visant à assurer un processus participatif pour la cartographie des régions à risque de transmission de la fièvre jaune, le Groupe consultatif scientifique et technique sur la cartographie géographique du risque de fièvre jaune a été établi en décembre 2015. Il est composé d'experts issus de cinq pays de la Région : l'Argentine, le Brésil, les États-Unis, le Panama et Trinité-et-Tobago. En date du 8 avril 2016, 19 des 35 États Parties (54 %) avaient contribué à la mise à jour de 2016 de la publication de l'OMS, *Voyages internationaux et santé* (7).

16. En date du 8 août 2016, 395 noms figurent sur la liste d'experts du RSI, 111 provenant de la Région des Amériques, dont sept désignés par six des 35 États Parties (la Barbade, le Brésil, les États-Unis d'Amérique, le Mexique, le Pérou, le Venezuela).

17. Les 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 (8), approuvées par la soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé par l'adoption de la Résolution WHA68.5 (9) stipule que le Secrétariat devrait mettre au point un nouveau plan de suivi et d'évaluation avec la participation active des Bureaux régionaux de l'OMS puis soumis à l'ensemble des États Parties par l'intermédiaire des Organes directeurs. Elles précisent aussi que l'application du RSI doit maintenant aller au-delà et adopter une démarche plus active pour l'évaluation périodique des capacités fonctionnelles.

18. Conformément à ces recommandations, le Secrétariat de l'OMS a rédigé une note de synthèse (10) exposant un projet de cadre de suivi et d'évaluation du RSI après 2016 articulé autour de quatre composants : l'auto-évaluation, l'analyse *a posteriori* des événements de santé publique, des exercices de simulation et des évaluations externes. La note de synthèse a été soumise à l'examen rigoureux des États Membres des six Régions de l'OMS lors des réunions du Comité régional en 2015. Comme l'indique le Rapport final du 54^e Conseil directeur (11), ainsi que le rapport des Comités régionaux au Conseil exécutif lors de sa 138^e Session (12), le projet de cadre de suivi et d'évaluation du RSI a été considéré par les États Membres comme un fondement solide sur lequel on peut construire et qui sera finalisé en vue de son adoption par la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé, en respectant l'échéancier présenté dans la note de synthèse en soi, ainsi que l'article 54 du Règlement.

19. Dans le but de faciliter l'examen et la rédaction définitive du cadre de suivi et d'évaluation du RSI, le Secrétariat de l'OMS a organisé la Consultation technique sur le suivi et l'évaluation des capacités essentielles fonctionnelles pour l'application du Règlement sanitaire international (2005), tenue à Lyon (France), du 20 au 22 octobre 2015 (13), avec la participation d'experts de la Barbade, du Brésil et des États-Unis. Par la suite, il n'y a eu que relativement peu de progrès quant à la finalisation du cadre de suivi et d'évaluation du RSI qui sera présenté à la soixante-neuvième Assemblée

mondiale de la Santé et auquel le Secrétariat de l'OMS a consacré des ressources dans le but principal de la coordination avec les partenaires (par ex., le programme de sécurité sanitaire mondiale [GHSA, d'après son sigle en anglais]) pour la mise au point d'un outil lié à un seul des quatre composants : l'outil d'évaluation extérieure conjointe.⁴ Depuis mai 2016, le BSP : *a*) a mené une mission d'évaluation extérieure au Belize, faisant intervenir des experts du Canada, du Chili, du Suriname, du Siège de l'AIEA et du personnel de l'OPS, *b*) a participé à une auto-évaluation au Pérou, sous les auspices du GHSA, et *c*) a aidé les US CDC à effectuer une évaluation extérieure en Haïti pour éclairer la mise en œuvre des fonds accessibles sous l'égide du GHSA. Les États-Unis ont accueilli une évaluation extérieure de leur propre mise en œuvre du RSI.

20. Une version révisée de la note de synthèse ayant pour titre « Le Règlement sanitaire international (2005) : cadre de suivi et d'évaluation », a été publiée le 18 mai 2016 en annexe au document A69/20 (14) et présentée à la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé, du 23 au 28 mai 2016. Les quatre composants du cadre de suivi et d'évaluation du RSI ont été renommés comme suit : Rapports annuels, Examen a posteriori, exercices de simulation, Évaluation extérieure conjointe. On a demandé à l'Assemblée de « prendre note du rapport ».

21. Le « Rapport du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de MVE et de la riposte » (15), dont ses 12 recommandations, a été publié le 13 mai 2016. Certaines des 12 recommandations formulées par le Comité d'examen, englobant aussi le cadre de suivi et d'évaluation du RSI, ont provoqué une controverse et n'ont pas été adoptées par une résolution de l'Assemblée. Par conséquent, au paragraphe 2 de la décision WHA69(14) (16), la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé a décidé de remettre aux six Comités régionaux de l'OMS en 2016, y compris au 55^e Conseil directeur de l'OPS/68^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, l'examen d'un projet de plan mondial de l'OMS pour la mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte (projet de plan). La consultation officielle de la Région des Amériques s'est tenue à Miami (États-Unis), du 1^{er} au 3 août 2016.

Mesures à prendre pour améliorer la situation

22. À mesure que le virus Zika continue de se propager, il apparaît que sa transmission dévoile parallèlement les répercussions et les défis multidimensionnels qu'elle représente pour la santé publique et l'éthique, à court et à long terme, aux niveaux à la fois national et régional, faisant intervenir plusieurs disciplines et secteurs. Tout comme la flambée de MVE en Afrique occidentale, la propagation du virus Zika met à l'épreuve l'application du RSI et fait encore une fois ressortir que la capacité des pays à riposter à des risques qui émergent et évoluent rapidement nécessite des systèmes de

⁴ L'outil d'évaluation extérieure conjointe est disponible, en anglais et en français, sur http://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2016_2/en/, et http://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2016_2/fr/ respectivement

santé résilients présentant des fonctions essentielles en matière de santé publique – les capacités essentielles détaillées à l'annexe 1 du Règlement – comme une composante intrinsèque et durable. Le BSP prend des mesures dans l'ensemble de ses services pour définir conceptuellement et traduire sur le plan opérationnel l'application et la mise en œuvre des dispositions du RSI dans le contexte des systèmes de santé. Le document *Résilience des systèmes de santé* (point 4.5 de l'ordre du jour provisoire du 55^e Conseil directeur) constitue un premier pas.

23. De même, comme pour les épidémies de dengue qui ont sévi dans la Région au cours des 30 dernières années et l'établissement de la transmission du virus chikungunya dans tous les pays et territoires des Amériques dans lesquels *Aedes aegypti* est présent sur une période de 12 mois, l'épidémie de virus Zika offre la possibilité de relancer les efforts de lutte antivectorielle décrits dans la *Stratégie pour la prévention et la lutte contre les arboviroses* (point 4.12 de l'ordre du jour provisoire du 55^e Conseil directeur).

24. La consultation régionale officielle, qui a examiné les 12 recommandations du Comité d'examen sur le rôle du RSI (2005) dans le cadre de l'épidémie de MVE et de la riposte et le projet de Plan, ont fourni des renseignements essentiels éclairant les délibérations du 55^e Conseil directeur et, par extension, pour munir les États Parties des Amériques d'outils servant à influencer sur les approches stratégiques et opérationnelles qui vont façonner l'avenir de l'application et de la mise en œuvre du RSI au niveau mondial. À cette fin, à la lumière des conclusions de la réunion, les consultations supplémentaires menées à l'interne au sein du BSP ont identifié qu'une décision était l'outil qui convenait le mieux. Le projet de décision soumis à l'approbation du Conseil directeur est présenté à l'annexe C.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

25. Le Conseil directeur est prié *a)* d'examiner les informations fournies dans le rapport sur la mise en œuvre du RSI dans la Région et *b)* de faire ses commentaires sur le projet de *Plan mondial de l'OMS pour la mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte* du Directeur général, qui éclairera l'élaboration d'une version finale du plan de mise en œuvre à soumettre à l'approbation du Conseil exécutif de l'OMS lors de sa 140^e session en janvier 2017. De plus, le Conseil est prié d'envisager l'adoption du projet de décision à l'annexe C.

Annexes

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Règlement sanitaire international et maladie à virus Ebola [Internet]. 54^e Conseil directeur de l'OPS, 67^e session du

Comité régional de l’OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2015 ; Washington (DC) : OPS ; 2015 (document CD54/INF/4) [consulté le 8 avril 2016]. Disponible sur :

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11087&Itemid=41537&lang=fr

2. Pan American Health Organization. Implementation of the International Health Regulations (RSI) [Internet]. 158th Executive Committee of PAHO; 2016 June 20-24; Washington, DC. Washington, DC: PAHO; 2016 (document CE158/INF/5) [consulté le 12 août 2016]. Disponible [en anglais] sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35119&Itemid=270&lang=en
3. Pan American Health Organization. Strategy for Enhancing National Capacity to Respond to Zika virus Epidemic in the Americas [Internet]. Washington, DC: PAHO; 2016 [consulté le 8 avril 2016]. Disponible [en anglais] sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=33129&lang=en
4. World Health Organization. IHR list of authorized ports [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [consulté le 8 avril 2016]. Disponible [en anglais] sur :
http://who.int/rsi/ports_airports/rsi_authorized_ports_list.pdf?ua=
5. 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 : OMS ; 2014 (résolution WHA67.13) [consulté le 8 avril 2016]. Disponible sur :
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-fr.pdf
6. 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 : OMS ; 2015 (résolution WHA68.4) [consulté le 8 avril 2016]. Disponible sur :
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_2015_REC1-fr.pdf#page=1
7. Organisation mondiale de la Santé. Voyages internationaux et santé [Internet]. Genève : OMS ; 2012 [consulté le 8 avril 2016]. Disponible sur :
<http://www.who.int/ith/fr/>
8. Organisation mondiale de la Santé. Application du Règlement sanitaire international : 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 : OMS ; 2015 (document EB136/22, Add.1) [consulté le 8 avril 2016]. Disponible sur :
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_22Add1-fr.pdf

9. 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 : OMS ; 2015 (résolution WHA68.5) [consulté le 8 avril 2016]. Disponible sur :
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_R5-fr.pdf
10. Organisation panaméricaine de la Santé. Consultation régionale sur le système de suivi du RSI après 2016 [Internet]. 54^e Conseil directeur de l'OPS, 67^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2015 ; Washington (DC) : OPS ; 2015 (CD54/INF/4, Add. I) [consulté le 8 avril 2016]. Disponible sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31497&Itemid=270&lang=fr
11. Organisation panaméricaine de la Santé. Rapport final du 54^e Conseil directeur de l'OPS [Internet]. 54^e Conseil directeur de l'OPS, 67^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2015 ; Washington (DC) : OPS ; 2015 (document CD54/FR) [consulté le 8 avril 2016]; par. 200-212. Disponible sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=32725&Itemid=270&lang=fr
12. Organisation mondiale de la Santé. Règlement sanitaire international (2005) [Internet]. Rapport des comités régionaux au Conseil exécutif, 138^e session du Conseil exécutif ; du 25 au 30 janvier 2016 ; Genève : OMS ; 2016 (document EB138/4) [consulté le 8 avril 2016]. Disponible sur :
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_4-fr.pdf
13. World Health Organization. Technical consultation on monitoring and evaluation of functional core capacity to implement the International Health Regulations (2005), Lyon, France, 20-22 October 2015: executive summary [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [consulté le 8 avril 2016]. Disponible [en anglais] sur :
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/197623/1/WHO_HSE_GCR_2015.15_eng.pdf?ua=1
14. Organisation mondiale de la Santé. Application du Règlement sanitaire international (2005) : Rapport annuel sur l'application du Règlement sanitaire international (2005) [Internet]. 69^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 23 au 28 mai 2016 ; Genève : OMS ; 2016 (document A69/20) [consulté le 12 août 2016]. Disponible sur http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_20-fr.pdf

15. Organisation mondiale de la Santé. Application du Règlement sanitaire international (2005) : Rapport du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte [Internet]. 69^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 23 au 28 mai 2016 ; Genève : OMS ; 2016 (document A69/21) [consulté le 12 août 2016]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-fr.pdf
16. Organisation mondiale de la Santé. Application du Règlement sanitaire international (2005) [Internet]. 69^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 23 au 28 mai 2016 ; Genève : OMS ; 2016 (décision WHA69[14]) [consulté le 12 août 2016]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_DIV3-fr.pdf
17. Pan American Health Organization. Implementation of the International Health Regulations (RSI) [Internet]. 158th Executive Committee of PAHO; 2016 June 20-24; Washington, DC. Washington, DC: PAHO; 2016 (document CE158/INF/5, Add. I) [consulté le 12 août 2016]. Disponible [en anglais] sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35119&Itemid=270&lang=en

Annexe A
Tableau récapitulatif : rapports annuels des États Parties à la 69^e Assemblée mondiale de la Santé
(notes des capacités essentielles en pourcentage)

État Partie	Prolongation demandée et obtenue en 2012-2014	Prolongation demandée et obtenue en 2014-2016	Nombre de rapports annuels présentés de 2011 à 2016 (période de 6 ans)	Financement de la politique législative	Coordination et communication des points focaux nationaux	Surveillance	Intervention	État de préparation	Communication des risques	Ressources humaines	Laboratoire	Points d'entrée	Événements d'origine zoonotique	Événements de sécurité sanitaire des aliments	Événements d'origine chimique	Urgences radiologiques
Antigua-et-Barbuda	oui	oui	6	100	100	100	82	73	86	100	100	97	100	100	85	23
Argentine	oui	non	5	50	73	80	100	100	86	100	90	83	100	80	69	62
Bahamas	oui	oui	4	75	83	100	70	0	71	40	96	97	67	27	54	8
Barbade	oui	oui	6	100	90	95	82	100	100	80	96	100	100	80	77	69
Belize	oui	oui	5	25	63	75	88	52	57	40	45	83	89	53	38	8
Bolivie (État plurinational de)	oui	oui	5	100	90	75	76	53	57	40	91	91	89	67	23	77
Brésil	non	non	5	100	100	100	100	100	100	100	96	100	100	100	92	100
Canada	non	non	6	100	100	95	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Chili	non	non	5	75	83	90	94	61	100	40	66	97	100	93	54	77
Colombie	non	non	6	100	90	85	81	100	100	60	80	97	89	80	77	77
Costa Rica	non	non	6	100	100	100	69	71	100	80	86	97	100	100	46	54
Cuba	oui	non	5	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Dominique	oui	oui	6	50	100	80	78	60	100	40	43	80	100	100	15	15
El Salvador	oui	non	5	100	100	100	100	90	86	100	100	100	100	100	54	85
Équateur	oui	oui	6	100	100	95	83	91	86	80	86	94	100	93	62	100

**Tableau récapitulatif : rapports annuels des États Parties à la 69^e Assemblée mondiale de la Santé
(notes des capacités essentielles en pourcentage) (suite)**

État Partie	Prolongation demandée et obtenue en 2012-2014	Prolongation demandée et obtenue en 2014-2016	Nombre de Rapports annuels présentés de 2011 à 2016 (période de 6 ans)	Financement de la politique législative	Coordination et communication des points focaux nationaux	Surveillance	Intervention	État de préparation	Communication des risques	Ressources humaines	Laboratoire	Points d'entrée	Événements d'origine zoonotique	Événements de sécurité sanitaire des aliments	Événements d'origine chimique	Urgences radiologiques
États-Unis	non	non	6	100	100	100	100	100	100	100	60	100	100	100	100	100
Grenade	oui	oui	4	100	83	95	69	33	86	60	49	49	100	67	46	15
Guatemala	oui	non	5	50	83	100	94	80	100	100	100	88	100	87	77	69
Guyana	oui	oui	6	100	100	95	100	100	100	100	100	94	100	53	62	0
Haïti	oui	oui	4	0	46	100	70	26	100	40	96	17	67	27	38	0
Honduras	oui	oui	6	100	80	95	76	50	57	60	81	88	100	87	38	62
Jamaïque	oui	oui	6	50	90	90	100	92	71	60	86	88	78	87	77	85
Mexique	oui	non	6	100	70	95	94	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Nicaragua	oui	non	5	100	83	100	87	100	100	100	86	100	100	60	0	0
Panama	oui	oui	5	75	100	95	88	60	71	40	96	94	89	60	15	31
Paraguay	oui	oui	4	100	100	95	94	43	100	80	76	91	89	47	69	92
Pérou	oui	oui	4	100	100	100	94	90	100	80	100	24	100	100	69	100
République dominicaine	oui	oui	5	75	90	75	58	81	71	40	80	88	100	47	38	77
Sainte-Lucie	oui	oui	5	75	56	70	69	25	86	40	83	74	89	60	23	0
Saint-Kitts-et-Nevis	oui	oui	4	100	100	80	58	33	86	20	87	71	67	80	0	0

**Tableau récapitulatif : rapports annuels des États Parties à la 69^e Assemblée mondiale de la Santé
(notes des capacités essentielles en pourcentage) (suite)**

État Partie	Prolongation demandée et obtenue en 2012-2014	Prolongation demandée et obtenue en 2014-2016	Nombre de Rapports annuels présentés de 2011 à 2016 (période de 6 ans)	Financement de la politique législative	Coordination et communication des points focaux nationaux	Surveillance	Intervention	État de préparation	Communication des risques	Ressources humaines	Laboratoire	Points d'entrée	Événements d'origine zoonotique	Événements de sécurité sanitaire des aliments	Événements d'origine chimique	Urgences radiologiques
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	oui	oui	5	75	63	80	66	53	43	80	0	0	0	0	0	0
Suriname	oui	oui	5	50	83	90	100	100	71	40	86	97	67	87	62	0
Trinité-et-Tobago	oui	oui	5	50	56	95	76	71	71	20	81	83	89	87	62	77
Uruguay	oui	non	2	100	100	95	94	90	100	20	56	100	100	100	69	62
Venezuela (République bolivarienne du)	oui	oui	4	100	90	95	100	100	86	100	90	97	100	93	100	85

**Tableau récapitulatif : rapports annuels des États Parties à la 69^e Assemblée mondiale de la Santé
(notes des capacités essentielles en pourcentage) (suite)**

Caraïbes* (n=15)	70	81	90	81	61	82	57	77	75	81	67	49	27
Amérique centrale** (n=7)	86	91	95	82	76	84	74	90	94	98	77	38	54
Amérique du Sud*** (n=10)	93	93	91	92	83	91	70	83	87	97	85	68	83
Amérique du Nord**** (n=3)	100	90	97	98	100	100	100	87	100	100	100	100	100

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

** La sous-région d'Amérique centrale comprend : le Costa Rica, El Salvador, le Guatemala, le Honduras, le Nicaragua, le Panama et la République dominicaine.

*** La sous-région d'Amérique du Sud comprend : l'Argentine, la Bolivie (État plurinational de), le Brésil, le Chili, la Colombie, l'Équateur, le Paraguay, le Pérou, l'Uruguay et le Venezuela (République bolivarienne du).

**** La sous-région d'Amérique du Nord comprend : le Canada, les États-Unis et le Mexique.

Annexe B

CONSULTATION RÉGIONALE

SUR LE PROJET DE PLAN MONDIAL DE L'OMS POUR LA MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS DU COMITÉ D'EXAMEN SUR LE RÔLE DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005) DANS LE CADRE DE L'ÉPIDÉMIE DE MALADIE À VIRUS EBOLA ET DE LA RIPOSTE

But

1. La présente annexe a pour but de présenter, à l'appendice I, le rapport émanant de la consultation régionale officielle sur la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (ci-après désigné le « RSI » ou le « Règlement »), organisée par le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) à Miami (États-Unis), du 1^{er} au 3 août 2016. La consultation a eu lieu en préparation au 55^e Conseil directeur/68^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, suite au soutien d'une telle réunion qui a été manifesté lors de la 158^e session du Comité exécutif à la lumière du Document CE158/INF/5, Add. I (1).
 2. Le présent document constitue la base permettant aux États Parties des Amériques, par l'intermédiaire du 55^e Conseil directeur/68^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, de se conformer à la Décision WHA69(14) de la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé (2).
 3. Par conséquent, le présent document permet aussi aux États Parties des Amériques d'étayer la rétroaction qu'ils présentent au Secrétariat de l'OMS concernant :
 - a) *Le Projet de plan mondial de l'OMS pour la mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte* (ci-après désigné le « Projet de plan », appendice II), par les éléments à considérer qui sont formulés pour chacune des 12 recommandations du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte (3). Le Secrétariat de l'OMS a partagé le Projet de plan avec le BSP le 22 juillet 2016 et prie les Comités régionaux 2016 de l'OMS de faire leurs commentaires « pour éclairer l'élaboration d'une version finale du Plan de mise en œuvre à soumettre à l'approbation de la 140^e session du Conseil exécutif de l'OMS, qui aura lieu en janvier 2017 » (ci-après désigné le « Plan final ») ;
 - b) Le cadre de suivi et d'évaluation du RSI est présenté à l'appendice III de la présente annexe B.
-

4. En phase avec le document CE158/INF/5, Add. I, le présent document sert également à éclairer les délibérations du 55^e Conseil directeur concernant les mécanismes des Organes directeurs pouvant être activés pour influencer sur les approches stratégiques et opérationnelles qui vont façonner l'avenir de l'application et de la mise en œuvre du RSI au niveau mondial, à commencer par la 140^e session du Conseil exécutif de l'OMS qui aura lieu en janvier 2017.

Appendices

Références

1. Pan American Health Organization. Implementation of the International Health Regulations (IHR) [Internet]. 158th Session of the Executive Committee of PAHO; 2016 June 20-24; Washington, DC. Washington, DC: PAHO; 2016 (document CE158/INF/5, Add. I) [consulté le 12 août 2016]. Disponible [en anglais] sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=35119&Itemid=270&lang=en
2. Organisation mondiale de la Santé. Application du Règlement sanitaire international (2005) [Internet]. 69^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 23 au 28 mai 2016 ; Genève : OMS ; 2016 (décision WHA69 [14]) [consulté le 12 août 2016]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_DIV3-fr.pdf
3. Organisation mondiale de la Santé. Application du Règlement sanitaire international (2005) : Rapport du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte [Internet]. 69^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 23 au 28 mai 2016 ; Genève : OMS ; 2016 (document A69/21) [consulté le 12 août 2016]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-fr.pdf
4. Organisation mondiale de la Santé. Application du Règlement sanitaire international (2005) : Rapport annuel sur l'application du Règlement sanitaire international (2005) [Internet]. 69^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 23 au 28 mai 2016 ; Genève : OMS ; 2016 (document A69/20) [consulté le 12 août 2016]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_20-fr.pdf

Appendice I

Rapport émanant de la consultation régionale officielle sur le Projet de Plan mondial de l'OMS pour la mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte

Miami (États-Unis), du 1^{er} au 3 août 2016

Objectifs

1. Les objectifs de la consultation régionale officielle (ci-après désignée la « réunion ») étaient :
 - a) d'évaluer la pertinence pour les Amériques de chacune des 12 recommandations faites par le Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte (ci-après désigné le « Comité d'examen ») ;
 - b) de commenter et faire part des suggestions sur le *Projet de plan mondial de l'OMS pour la mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte* (ci-après désigné le « Projet de plan, appendice II) ;
 - c) de définir, dans la mesure où elles s'appliquent et en prévision de l'élaboration d'un Plan régional sur le RSI, les principales mesures de mise en œuvre des recommandations et du Projet de plan dans la Région ;
 - d) de faire des suggestions concernant des mécanismes des Organes directeurs de l'OPS et/ou de l'OMS à activer pour transmettre, de la manière la plus efficace, la position des États Parties dans les Amériques aux Organes directeurs de l'OMS.
2. Bien que les objectifs de la réunion étaient en parfait accord avec ceux précisés dans le document CE158/INF/5, Add. I, il a fallu les adapter pour tenir compte du Projet de plan, que le Secrétariat de l'OMS a partagé avec le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) le 22 juillet 2016.

Participants

3. On a demandé à chacun des 35 États Parties de la Région de désigner deux fonctionnaires ayant les profils suivants pour participer à la réunion :
 - a) Un représentant gouvernemental assumant une fonction de coordination de l'application et de la mise en œuvre intrasectorielle et intersectorielle du RSI, connaissant bien les arrangements opérationnels et administratifs nationaux liés
-

- au RSI et possédant une connaissance et une compréhension approfondies des dispositions du RSI et des documents connexes des Organes directeurs de l'OMS ;
- b) Un représentant gouvernemental du Bureau des relations extérieures ou internationales du ministère de la Santé ou du ministère des Affaires étrangères, maîtrisant les processus et les procédures des Organes directeurs de l'OMS et de l'OPS et, idéalement, ayant l'expérience de la participation directe.
4. Vingt-neuf (29) États Parties étaient représentés à la réunion. Cuba, la Dominique, El Salvador, Haïti, Saint-Kitts-et-Nevis et le Venezuela n'ont pas pu y assister. De plus, des professionnels de la Région, membres de la liste d'experts du RSI, ont été mobilisés par le BSP pour animer les sessions du groupe de travail de concert avec le personnel de quatre services de l'OPS. La réunion a également bénéficié de la participation du personnel de Bureaux de représentants de l'OPS/OMS et du Siège de l'OMS.

Méthodes de travail

5. La méthode de travail utilisée pour la réunion s'articulait essentiellement sur des discussions organisées en groupes de travail, une rétroaction étant fournie lors de séances plénières. La recommandation 1 (« *Appliquer plutôt que modifier le RSI* ») faite par le Comité d'examen a été abordée en plénière à la fin de la réunion. L'interprétation simultanée dans les quatre langues officielles de l'OPS a été fournie dans les séances plénières et lors de séances choisies de groupes de travail.

Structure du rapport

6. Le rapport est structuré en fonction des 12 recommandations du Comité d'examen, concernant pour chacune d'elles : *a)* les considérations concernant la recommandation, *b)* les commentaires sur le Projet de plan pour éclairer l'élaboration d'une version finale du plan à soumettre à l'examen de la 140^e session du Conseil exécutif de l'OMS qui aura lieu en janvier 2017 (ci-après désigné le « Plan final ») et *c)* la pertinence pour la Région et les mesures régionales prospectives. La recommandation numéro 1 est examinée à la fin du rapport et les autres recommandations sont examinées dans l'ordre.

Recommandation 2 : élaborer un plan stratégique mondial pour améliorer la préparation et l'action de santé publique [Compris dans le domaine d'action 1 du Projet de plan : accélération de l'application du Règlement sanitaire international (2005) dans les pays]

Considérations sur la recommandation

7. Un consensus général s'est affirmé sur le fait qu'il serait très utile d'élaborer un Plan stratégique mondial pour le RSI et des Plans opérationnels pour le RSI des Bureaux régionaux.

8. Bien qu'il ait été admis qu'il pourrait aussi être utile de disposer de Plans d'action nationaux consacrés au RSI, les États Parties étaient très partagés quant à la configuration administrative du système de santé (par ex., États fédéraux par opposition à petits États insulaires), au degré de robustesse des fonctions du système de santé permettant le maintien des capacités essentielles telles que les fonctions essentielles de la santé publique vraiment intégrées au système de santé, ainsi qu'à la maturité des mécanismes de coordination intersectorielle et interministérielle permettant une compréhension commune de la responsabilité partagée entre les différents secteurs visés par le RSI, de la planification intégrée, de l'utilisation efficace des ressources et des arrangements opérationnels. De plus, bien que certains pays ne soient pas nécessairement dotés de Plans d'action nationaux consacrés au RSI en tant que tel, ils pourraient présenter des plans avec leur demande de prolongation de 2014-2016.

Commentaires sur le Projet de plan pour éclairer l'élaboration du Plan final

9. Concernant la portée, le Plan final doit préciser que le Plan stratégique mondial pour le RSI se concentrera sur les capacités essentielles nationales telles que les fonctions essentielles de la santé publique, correspondant au domaine d'action 1 du Projet de plan, et comprendra également des éléments choisis afférents à la recommandation 6, correspondant au domaine d'action 4 du Projet de plan.

10. De plus, le Plan final doit préciser :

- a) les mécanismes par lesquels le Plan stratégique mondial pour le RSI sera aligné et articulé avec les Plans mondiaux connexes existants (par ex., pour la résistance aux antimicrobiens) ;
- b) comment le Plan stratégique mondial pour le RSI sera mis en œuvre dans le contexte du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire nouvellement établi et, plus précisément, à savoir quel sera le lien avec le Cadre de résultats et exigences budgétaires 2016-2017 du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire ;¹
- c) comment l'élaboration du Plan stratégique mondial pour le RSI va éclairer et sera articulé avec les cycles de planification de l'OMS (par ex., le Plan stratégique mondial quinquennal pour le RSI et les Plans de travail bisannuels) et, plus particulièrement, quel serait le lien avec le Cadre de résultats et exigences budgétaires 2016-2017 du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire ;
- d) les facteurs qui assureraient la viabilité du projet de cascade de plans dans l'application du Règlement.

11. Les États Parties ont indiqué que l'élaboration du Plan stratégique mondial pour le RSI pourrait offrir une occasion au Secrétariat de l'OMS de façonner la coordination

¹ http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/emergency-programme-framework-budget.pdf?ua=1 [en anglais]

intersectorielle selon un exemple concret. Par conséquent, le Plan final doit définir clairement le processus par lequel un alignement stratégique avec d'autres programmes et organisations internationaux pertinents (par ex., Agence internationale de l'énergie atomique, Organisation mondiale de la Santé animale, etc.) sera assuré tout au long de l'élaboration du Plan stratégique mondial pour le RSI. Il a été reconnu que l'établissement de mécanismes de coordination intersectorielle efficaces reste difficile dans de nombreux États Parties. Par conséquent, l'alignement du Plan stratégique mondial pour le RSI avec d'autres organisations et initiatives internationales faciliterait le plaidoyer et la responsabilisation mutuelle des différents secteurs au niveau national. Le processus d'alignement au niveau mondial est considéré comme étant particulièrement crucial pour la Région dans les domaines de travail liés à la gestion des risques chimiques et radiologiques.

12. Bien qu'une approche ascendante serait préférable, il a été reconnu qu'une approche descendante, qui ne reflèterait pas nécessairement les besoins ou les priorités des États Parties, pourrait être le moyen le plus efficace de faire progresser le processus de planification tant au niveau du Secrétariat de l'OMS qu'au niveau national, le Plan stratégique mondial pour le RSI guidant l'élaboration des Plans opérationnels pour le RSI des Bureaux régionaux et des plans nationaux. On a néanmoins clairement indiqué que l'élaboration du Plan stratégique mondial pour le RSI devrait être participative. À cette fin, le Plan final doit présenter en détail le processus qui sera adopté pour son élaboration, indiquant expressément les mécanismes servant à faire participer les États Parties.

13. De la même manière, le Plan final doit indiquer qu'un processus également participatif sera adopté pour l'élaboration des Plans opérationnels pour le RSI des Bureaux régionaux, en indiquant clairement qu'ils doivent mettre l'accent sur l'opérationnalisation des axes stratégiques définis par le Plan stratégique mondial pour le RSI.

14. En raison de la diversité qui existe entre les États Parties, dans la Région et ailleurs dans le monde, le Plan final doit énoncer de façon explicite que l'élaboration du Plan stratégique mondial pour le RSI tiendra compte de l'hétérogénéité des contextes des pays et permettra ainsi l'adoption d'une approche flexible pour la planification des activités nationales afférentes au respect par les États Parties des dispositions du RSI – au-delà du modèle d'un Plan d'action national unique pour le RSI – dans le cadre des stratégies de renforcement global des systèmes de santé.

15. Le Plan final doit en conséquence indiquer que les Plans d'action nationaux pour le RSI en tant que tel ne constitueront pas le fondement du Plan stratégique mondial pour le RSI, puisque le besoin de les élaborer variera selon les États Parties. Il a d'une part été reconnu que les Plans d'action nationaux pour le RSI pourraient avoir une utilité dans certains pays – par exemple, en stimulant le processus de renforcement des systèmes de santé, en favorisant la coordination intrasectorielle et intersectorielle, en abattant les obstacles existants se dressant devant les processus de planification interministériels nationaux, en mobilisant des ressources externes, et en renforçant les Points focaux

nationaux du RSI (PFN) dans les pays ayant le mandat de coordonner les activités liées au RSI. Il a d'autre part été reconnu que dans certains États Parties, les activités nécessaires pour se conformer aux dispositions du RSI sont déjà intégrées partiellement ou entièrement aux mécanismes de planification institutionnelle et de coordination intersectorielle existants ; dans de tels cadres, l'introduction de Plans d'action nationaux pour le RSI pourrait représenter un recul et pourrait même porter atteinte à des arrangements institutionnels qui fonctionnent convenablement (voir aussi la recommandation 10).

16. Le Plan final, et par extension le Plan stratégique mondial pour le RSI, doivent indiquer clairement qu'indépendamment de la diversité des processus de planification nationaux afférents au RSI, les exigences selon lesquelles les États Parties doivent faire rapport de l'état de la mise en œuvre et de l'application du RSI ne seront liées qu'au déploiement du cadre de suivi et d'évaluation du RSI prospectif.

Pertinence pour la Région et mesures régionales prospectives

17. Les mesures liées à cette recommandation qui profiteraient aux États Parties de la Région comprennent : *i*) l'identification des approches de mobilisation de la volonté politique des ministres de la Santé à garantir la durabilité, *ii*) l'identification de manières efficaces d'entrer en relation avec des mécanismes d'intégration infrarégionale et des partenaires du développement pour promouvoir l'alignement de leurs plans, projets et initiatives avec les plans nationaux et les Plans opérationnels pour le RSI des Bureaux régionaux, afin d'éviter les redondances qui imposeraient en bout de ligne un lourd fardeau aux États Parties, *iii*) des mesures facilitant le partage des meilleures pratiques afférentes à l'application et à la mise en œuvre du RSI dans tous les secteurs pertinents, *iv*) la fourniture de soutien pour actualiser la législation nationale au-delà du secteur de la santé, *v*) le maintien et le renforcement des PFN, puisqu'ils pourraient constituer dans certains contextes le seul outil servant à maintenir la continuité et le point focal des mesures devant les changements de gouvernements et de priorités.

Recommandation 3 : financer l'application du Règlement sanitaire international (2005), notamment pour soutenir le plan stratégique mondial [compris dans le domaine d'action 1 du Projet de plan : accélération de l'application du Règlement sanitaire international (2005) dans les pays]

Considérations sur la recommandation

18. Il a été reconnu que les ressources se font rares et qu'il faut donc fixer des priorités. Le concept d'employer des jalons comme incitatifs pourrait aider à élaborer des modèles logiques.

Commentaires sur le Projet de plan pour éclairer l'élaboration du Plan final

19. Le Plan final doit préciser que le Plan stratégique mondial pour le RSI comprendra un budget, accompagné d'un échéancier de réalisation des mesures à prendre.

20. Il a été noté que d'autres secteurs que celui de la santé ne participaient que peu à la planification intégrée des activités liées au RSI. Par ailleurs, la contribution financière des autres secteurs est sous-optimale, voire inexistante, ce qui s'ajoute aux défis que doivent relever les ministères de la Santé pour financer ces activités. La participation des ministères des Finances est nécessaire dans l'ensemble du processus de planification, particulièrement en ce qui concerne ses aspects interministériels.

21. Par conséquent, pour l'examen futur de l'élaboration du Plan stratégique mondial pour le RSI, le Plan final doit définir clairement l'approche stratégique que le Secrétariat de l'OMS prévoit suivre afin de faciliter la mobilisation des ressources financières nationales. Cela peut contribuer à l'appropriation nationale du Règlement et à la responsabilité dans l'ensemble des secteurs, qui en retour vont favoriser la durabilité. Tenant compte que les ressources sont limitées, le Plan final doit indiquer jusqu'à quel point le Plan stratégique mondial pour le RSI s'occupe des critères d'établissement des priorités.

22. De la même manière, le Plan final, et par extension le Plan stratégique mondial pour le RSI, doit présenter un cadre conceptuel représentant les capacités essentielles détaillées en annexe 1 du RSI à titre de fonctions essentielles de la santé publique dans le contexte du système de santé dans son ensemble (voir aussi la recommandation 10). Il doit également préciser que les modèles d'établissement des coûts et de budgétisation des domaines de travail qui sont nécessaires à la conformité des États Parties aux dispositions du RSI engloberont la diversité des approches de planification dans les divers contextes nationaux – allant au-delà d'un unique Plan d'action national pour le RSI – et à travers les secteurs.

Pertinence pour la Région et mesures régionales prospectives

23. L'élaboration de Plans opérationnels pour le RSI des Bureaux régionaux a été considérée comme une occasion pour le BSP de remodeler son approche de mobilisation des ressources pour répondre adéquatement aux besoins des États Parties.

Recommandation 4 : faire mieux connaître le Règlement sanitaire international (2005) et réaffirmer le rôle directeur de l'OMS au sein du système des Nations Unies dans l'application du Règlement [compris dans le domaine d'action 2 du Projet de plan : renforcement de la capacité de l'OMS à appliquer le Règlement sanitaire international (2005)]

Considérations sur la recommandation

24. Certaines préoccupations ont été exprimées concernant de possibles chevauchements qui pourraient apparaître au niveau du système des Nations Unies, ceux qui sont liés en particulier au fait que le rôle de leadership de l'OMS en matière de gestion des urgences de santé publique n'est pas suffisamment mis en relief. L'OMS était pressentie comme le seul organisme onusien ayant le potentiel de promouvoir l'intégration et la durabilité à cet égard.

Commentaires sur le Projet de plan pour éclairer l'élaboration du Plan final

25. La recommandation et le Projet de plan ne sont pas totalement harmonisés, puisque dans le Projet de plan, le leadership de l'OMS semble s'effriter davantage.

26. On a fait observer que bien que les efforts de l'OMS pour faire participer le système onusien et coordonner avec lui pourraient apporter une valeur ajoutée, ces activités comportent également le risque que les Nations Unies prennent le contrôle du processus décisionnel de l'OMS, se substituant potentiellement aux délibérations des Organes directeurs de l'OMS.

27. Bien que le rôle prospectif du Comité permanent interorganisations (CPIO) en cas d'urgence infectieuse puisse être utile, les informations fournies dans le Projet de plan concernant les rôles du CPIO et de l'OMS étaient considérées comme insuffisantes, dans la mesure où les arrangements opérationnels proposés manquent de clarté. Le Plan final doit alors indiquer clairement la position stratégique attendue de l'OMS au sein du système onusien pour la gestion des urgences sanitaires et il doit en préciser les aspects opérationnels.

28. On a aussi remarqué que l'OMS a connu des difficultés lorsqu'elle a participé au processus de façonnage du Programme de développement durable à l'horizon 2030 des Nations Unies, et que malgré les efforts déployés par l'OMS pour donner de l'importance aux questions sanitaires, les questions liées au RSI se sont retrouvées diluées dans le Programme. À la lumière de cette expérience, le Plan final doit être élargi pour présenter la stratégie de l'OMS de manière à influencer le Programme des Nations Unies à l'horizon 2030.

Pertinence pour la Région et mesures régionales prospectives

29. Aucune mesure liée à cette recommandation n'a été proposée pour la Région.

Recommandation 5 : mettre en place et promouvoir une évaluation extérieure des capacités essentielles [compris dans le domaine d'action 3 du Projet de plan : amélioration du suivi et de l'évaluation des capacités essentielles requises par le Règlement sanitaire international (2005) et des rapports présentés à leur sujet]

Considérations sur la recommandation

30. La recommandation n'est pas considérée comme étant appropriée, pour les raisons suivantes :

- a) Elle n'est pas cohérente à l'interne avec d'autres sections du Rapport du Comité d'examen ;
- b) Elle compromet l'application de l'article 54 du RSI et la mise en œuvre de la résolution WHA68.5 ;
- c) Elle entre en conflit avec les délibérations des Consultations régionales, par le biais des Comités régionaux de l'OMS en 2015, concernant le cadre de suivi et d'évaluation du RSI (ci-après désigné le « cadre ») en termes de contenu, de trajectoire des Organes directeurs et du calendrier fixé par les Comités régionaux de l'OMS en 2015, en prévision de l'approbation du cadre par la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016.

31. L'attente que le cadre soit examiné à des fins d'adoption par la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé, en vertu de l'article 54, ne s'est pas concrétisée. Une version révisée du cadre (appendice III du présent document) a plutôt été présentée en annexe au document A69/20, qui, en vertu de la mesure demandée par l'Assemblée, n'a été que « prise en note ». De plus, le cadre présenté à l'Assemblée n'était pas conforme à la recommandation 5 du Comité d'examen, dont le rapport a été présenté dans le document A69/21.

32. Il a été souligné que même si les activités de surveillance et d'évaluation constituent une bonne pratique de santé publique, les efforts des États Parties et du Secrétariat de l'OMS à cet égard ne devraient pas représenter une priorité ; l'emphase du Secrétariat de l'OMS devrait plutôt passer à des activités plus substantielles de développement des capacités au niveau national, ayant pour objectif d'améliorer la durabilité. On a aussi constaté qu'il est possible que le volume des informations sur les États Parties accessibles au Secrétariat de l'OMS, dont les données provenant des nombreuses évaluations faites sur le terrain, n'ait pas été utilisé de manière appropriée pour éclairer les activités de coopération des pays.

33. Il a été souligné que bien que les activités de surveillance et d'évaluation soient importantes pour assurer la responsabilité mutuelle entre les États Parties, les premiers bénéficiaires de tels efforts doivent demeurer les États Parties eux-mêmes. On a également fait remarquer que le Rapport annuel des États Parties, dans le format employé ces six dernières années, a instauré un climat de comparaison en attribuant indirectement un rang aux États Parties.

Commentaires sur le Projet de plan pour éclairer l'élaboration du Plan final

34. La surveillance et l'évaluation du RSI ne doivent pas être incluses dans le Plan final.
35. Le cadre de suivi et d'évaluation du RSI doit être présenté en vue de son examen et de son approbation par la 140^e session du Conseil exécutif de l'OMS, et par la suite, par la soixante-dixième Assemblée mondiale de la Santé en 2017, dans un document séparé, tel qu'indiqué par les Comités régionaux de l'OMS en 2015.
36. Bien qu'il convienne de mentionner que pour le moment, conformément à l'article 54, les États Parties sont tenus de faire rapport annuellement à l'Assemblée mondiale de la Santé, en vertu de la résolution WHA61.2, le contenu et les processus diversifiés couverts par le cadre doivent être adoptés par résolution. Cela ne s'est pas produit pour le dispositif de notification annuelle actuellement en place, ce qui a suscité plusieurs controverses et posé certains défis aux États Parties des Amériques. La coexistence de composantes obligatoires et volontaires dans le cadre a été jugée compatible à l'approbation du cadre par résolution. Le cadre présenté au document A69/20 comprend une composante obligatoire, les Rapports annuels, et trois composantes volontaires, l'Évaluation extérieure conjointe, l'Examen a posteriori, et les exercices de simulation.
37. Il a été estimé que le cadre de suivi et d'évaluation du RSI présenté dans le document A69/20 n'était pas satisfaisant. Il doit donc faire l'objet d'une autre série d'examen, par les Bureaux régionaux de l'OMS, avant d'être présenté aux Organes directeurs de l'OMS en 2017. Les suggestions suivantes sont présentées à cette fin :
- a) Le document doit être un document de politique, se concentrant sur les principes selon lesquels la surveillance et l'évaluation seront effectuées, et sur les rôles et responsabilités des États Parties et du Secrétariat de l'OMS. Il ne doit pas préciser les aspects opérationnels. Compte tenu de la diversité des États Parties, il a été souligné que l'opérationnalisation doit être déterminée par les Bureaux régionaux de l'OMS et que l'on doit offrir de la souplesse aux États Parties pour assurer l'utilité du cadre au niveau national ;
 - b) Le document doit énoncer clairement comment les informations produites par l'application de ses différentes composantes seront utilisées par le Secrétariat de l'OMS pour éclairer ses activités de coopération dans les pays ;
 - c) Le document doit être examiné en prenant dûment en considération les inquiétudes et suggestions émanant de la consultation régionale qui a eu lieu en 2015.

38. Les suggestions suivantes ont été faites concernant l'opérationnalisation de deux des quatre composantes du cadre présenté à la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé :

- a) L'outil de préparation des Rapports annuels devant être élaboré doit : *a)* être plus court que le Rapport annuel des États Parties actuellement utilisé, *b)* être fondé sur un système de notation gradué qui doit être en phase avec celui qui est employé par l'outil d'Évaluation extérieure conjointe, *c)* présenter un contenu différent de celui de l'outil d'Évaluation extérieure conjointe, puisqu'ils sont utilisés à des fins complémentaires et que les méthodes sous-jacentes sont différentes, et *d)* assurer la cohérence et la continuité avec l'outil employé pour soumettre le Rapport annuel des États Parties jusqu'à maintenant, afin de maximiser les avantages et minimiser les controverses au niveau national.
- b) On considère que le contenu de l'outil actuel servant à faire l'Évaluation extérieure conjointe n'est pas nécessairement aligné avec les dispositions du RSI et les lignes directrices existantes de l'OMS, et qu'il devrait en conséquence faire l'objet d'un examen très minutieux. Il convient de déployer des efforts pour éviter les doubles emplois avec l'outil prospectif servant à préparer les Rapports annuels et pour les rendre entièrement complémentaires.

On a fait remarquer que l'outil ne tient pas compte de « l'accès à certaines capacités principales » comme une alternative à posséder des capacités dans les pays, ce qui pose problème aux petits pays. Il a aussi été indiqué que les Évaluations extérieures conjointes doivent être effectuées par des experts de la Région qui connaissent la langue et le contexte du pays. Des réserves ont aussi été exprimées concernant la viabilité financière des Évaluations extérieures conjointes.

Bien que la tenue volontaire d'une évaluation extérieure ait été considérée comme un signe de transparence et d'engagement, on a exprimé des incertitudes quant à l'éventuel impact qu'elle pourrait avoir. Deux des États Parties qui avaient fait l'objet d'une évaluation sous l'égide du programme de sécurité sanitaire mondiale (d'après son sigle en anglais, GHSA ou *Global Health Security Agenda*) ont vécu des expériences opposées : l'un d'eux s'est dit totalement satisfait et en a tiré des avantages concrets, tandis que l'autre a exprimé de sérieuses préoccupations. Dans ce dernier cas, l'évaluation semblait saper les mécanismes intersectoriels existants mis en place par décret ministériel pour coordonner l'application et la mise en œuvre du Règlement. On a fait remarquer que le Comité d'examen reconnaissait dans son Rapport que « *avec le GHSA demandant aussi de faire rapport sur la mise en œuvre du RSI dans les pays participants... [Il y a] un potentiel de création de systèmes parallèles qui pourraient représenter un fardeau pour les pays.* »

Pertinence pour la Région et mesures régionales prospectives

39. Considérant *a)* les contributions substantielles des États Parties et des experts des Amériques à l'élaboration du cadre de suivi et d'évaluation du RSI, *b)* les efforts de ces derniers au travers des Organes directeurs de l'OPS et de l'OMS pour que les activités concernant le suivi et l'évaluation du RSI soit exécutées de manière participative et en conformité avec les dispositions et résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et *c)* les bénéfices anticipés pour les États Parties, il est essentiel que le cadre de suivi et d'évaluation du RSI respecte la direction établie par le Comité régional de l'OMS pour les Amériques en 2015 (document CD54/INF/4, Add. 1), et ce, indépendamment du Plan final.

Recommandation 6 : améliorer l'évaluation des risques et la communication sur les risques par l'OMS [compris dans le domaine d'action 4 du Projet de plan : amélioration de la gestion des événements, y compris en ce qui concerne l'évaluation des risques et la communication sur les risques]

Considérations sur la recommandation

40. On estime que la recommandation ne convient pas tout à fait ou n'est pas entièrement conforme à l'article 12 du RSI ou à l'annexe 2, et qu'elle nuit aussi à l'application de l'annexe 1.

41. L'esprit sous-jacent de la recommandation enfreint l'un des principes fondamentaux qui ont inspiré le Règlement, c'est-à-dire que l'évaluation des risques est un processus continu et réitératif, et surtout une responsabilité partagée par les États Parties et le Secrétariat de l'OMS.

42. On considère que la création proposée d'une nouvelle structure supplémentaire, un comité consultatif permanent destiné conseiller le Directeur général sur l'évaluation des risques et la communication des risques n'est pas nécessaire. Une telle structure ferait double emploi avec les fonctions du Comité d'urgence et pourrait engendrer des délais dans l'évaluation globale des risques et le processus d'intervention. Il a en outre été noté que l'évaluation des risques et la communication des risques, bien que nécessitant l'établissement d'un lien entre elles, constituent deux disciplines différentes, chacune ayant des besoins demandant des solutions qui leurs sont propres.

43. Bien que l'établissement d'un niveau d'alerte intermédiaire, dénommé alerte de santé publique internationale (d'après son signe en anglais, IPHA ou *International Public Health Alert*), exigerait d'apporter une modification au Règlement, il pourrait être soutenu par les États Parties de la Région à condition que son objectif soit dûment expliqué et qu'une analyse de ses répercussions aux niveaux régional et national soient fournis aux États Parties.

44. En général, la recommandation préconise une approche descendante pour l'évaluation des risques, le Secrétariat de l'OMS étant l'exclusif destinataire prévu de la recommandation. Elle fait abstraction du fait que les efforts du Secrétariat de l'OMS

doivent se concentrer sur le renforcement des mécanismes existants qui seraient adéquats s'ils étaient activés ou appliqués de façon systématique. De manière encore plus importante, elle ignore le fait que des ressources de toute nature doivent être investies là où elles sont le plus nécessaires : au niveau national.

Commentaires sur le Projet de plan pour éclairer l'élaboration du Plan final

45. La recommandation et le Projet de plan ne sont pas harmonisés, puisque le Plan n'offre pas nécessairement de solutions aux problèmes ciblés par la recommandation.

46. Le Projet de plan n'aborde pas le processus d'évaluation des risques sous l'angle d'une responsabilité partagée par les États Parties et le Secrétariat de l'OMS, et dans sa forme actuelle, il ne mènerait pas nécessairement aux améliorations souhaitées.

47. En conséquence, le Plan final doit indiquer que le Plan stratégique mondial pour le RSI traitera stratégiquement le renforcement du processus d'évaluation des risques comme une responsabilité partagée, en adoptant une optique ascendante.

48. Dans le contexte de l'évolution rapide des contextes politiques nationaux, les Parties, indépendamment de la performance et de la capacité du niveau technique, dont les PFN, pourraient ne pas être enclines à divulguer des informations. À la lumière de ce qui précède, le Plan final doit établir des stratégies pour prôner couramment la nécessité de la transparence au niveau politique.

49. Le Plan final doit indiquer que le Plan stratégique mondial pour le RSI comprendra des indications stratégiques, étayées par des preuves, concernant la façon d'améliorer l'évaluation des risques au niveau national et de l'articuler avec les Points de contact de l'OMS concernant le RSI au niveau du Bureau régional. Le Plan stratégique mondial pour le RSI doit aussi expliquer comment la communication sera améliorée à travers les trois paliers organisationnels, et par extension, comment l'ensemble de la communauté de la santé publique sera tenue informée de l'évolution des événements de santé publique.

50. Étant donné que le processus continu et réitératif d'évaluation des risques se fait au niveau national, le Plan final doit préciser comment tirer meilleur parti des ressources financières disponibles à cette fin et, dans la mesure du possible, les modalités d'attribution de ces ressources à court terme.

51. Compte tenu du fait que le Règlement comporte déjà des dispositions permettant d'accélérer l'engagement du Secrétariat de l'OMS avec les États Parties qui sont aux prises avec des événements de santé publique inhabituels (article 10), le Plan final doit indiquer que le Plan stratégique mondial pour le RSI établira des critères épidémiologiques davantage explicites pour que le Secrétariat de l'OMS fasse une « évaluation sur le terrain ». Il doit également préciser les conditions de l'engagement avec les États Parties lorsqu'un tel événement se produit, et fournir une justification pour

employer une approche descendante qui pourrait ne pas répondre de manière satisfaisante et efficace aux efforts subséquents d'intervention dans un contexte en évolution rapide.

52. Les inquiétudes formulées quant à la proposition d'établir un nouveau comité consultatif permanent s'appliquent aussi à la proposition de Projet de plan d'établir un groupe consultatif d'experts scientifiques sur les risques infectieux. Les fonctions prospectives d'une telle nouvelle structure demeurent incertaines dans le Projet de plan, et compte tenu de la portée du Règlement comportant des risques multiples, on estime qu'il est restrictif de se concentrer sur les risques infectieux. En conséquence, le Plan final doit indiquer que le Plan stratégique mondial pour le RSI se concentrera davantage sur le renforcement des mécanismes existants plutôt que sur l'investissement de ressources dans la création d'une structure supplémentaire dont la viabilité est précaire – structure ayant de surcroît le potentiel d'entraver le processus d'évaluation des risques, qui est par définition dynamique et qui se doit d'être agile sur le plan opérationnel pour éclairer une intervention efficace.

53. Bien que le Plan final, et par extension le Plan stratégique mondial pour le RSI, doivent hiérarchiser l'efficacité des opérations d'alerte et d'intervention, et rediriger l'orientation portée au Secrétariat de l'OMS sur les États Parties de façon prioritaire à l'horizon des cinq prochaines années, il faudrait envisager à un stade ultérieur l'éventuel établissement d'un groupe consultatif d'experts et l'introduction d'un niveau d'alerte de santé publique internationale. Une approche de classement des risques pour l'évaluation des risques pourrait présenter un intérêt en éclairant les mesures de santé publique qui sont prises au niveau national. Il a été souligné que les informations concernant les événements de santé publique partagées par le Secrétariat de l'OMS par les canaux existants (par ex., le site Web sécurisé d'échange d'informations sur les événements (*Event Information Site [EIS]*)) pourraient être davantage prévoyantes et mieux structurées, comportant des liens à des plans de préparation et d'intervention existants mis au premier plan de façon proactive. De telles informations doivent aussi être plus explicites en termes de mesures de santé publique précises jugées appropriées que les États Parties doivent prendre à des moments spécifiques au cours du déroulement d'un événement, avant que la « déclaration d'une urgence » n'enclenche les mesures de santé publique sur un mode réactif.

Pertinence pour la Région et mesures régionales prospectives

54. Bien qu'aucune suggestion précise n'ait été faite et que les indications disponibles soient généralement considérées comme étant suffisantes, les mesures liées à cette recommandation dans la Région gravitent autour du renforcement des capacités nationales d'évaluation des risques et de communication des risques. En particulier, il a été souligné que la perception des risques aux niveaux technique et politique, dans les pays et entre eux, pourrait diverger. Par conséquent, l'évaluation des risques informée par divers critères pourrait mener à l'adoption de mesures de santé publique ayant une incidence négative dans des sous-régions géographiques entières (par ex., en anéantissant le tourisme dans les Caraïbes) et qui ne sont pas justifiables sur la base de motifs de santé

publique. Dans ce contexte, les interventions de communication des risques pourraient s'avérer excessivement complexes.

Recommandation 7 : améliorer le respect des obligations liées aux mesures supplémentaires et aux recommandations temporaires [compris dans le domaine d'action 5 du Projet de plan : amélioration du respect des recommandations temporaires faites au titre du Règlement sanitaire international (2005)]

Considérations sur la recommandation

55. La recommandation met exclusivement l'accent sur les recommandations temporaires qui sont formulées lorsqu'une Urgence de santé publique d'ampleur internationale (USPAI) est établie. Sa portée est donc restrictive en ce qui concerne l'article 43, « Mesures sanitaires supplémentaires ». Les mesures de santé publique servant à gérer un événement qui se déroule sont ajustées et adoptées de façon dynamique en fonction du processus continu et réitératif d'évaluation des risques.

56. Bien qu'aucune disposition du Règlement ne confie au Secrétariat de l'OMS le mandat d'effectuer de façon proactive la surveillance des mesures sanitaires supplémentaires potentielles en s'appuyant sur des sources d'informations non officielles, les données accumulées depuis l'entrée en vigueur du Règlement en 2007, dans le cadre des activités de renseignements sur les épidémies dont le Secrétariat de l'OMS est chargé de s'occuper démontrent que les États Parties adoptent aussi des mesures sanitaires supplémentaires en riposte à des événements qui ne constituent pas une USPAI.

57. Les États Parties ont remarqué que la mise en œuvre de l'article 43 est gênée par des points de vue divergents sur les plans politique et technique/scientifique, la perception des risques pour le public et la pression exercée par le public menant souvent à l'adoption de mesures par les décideurs politiques, en faisant fi des données scientifiques.

58. S'ajoutant au manque d'informations sur le modus operandi du Secrétariat de l'OMS, on a fait remarquer un manque de transparence et de cohérence dans la façon dont le Secrétariat traite les événements qui se produisent dans différents États Parties et les mesures supplémentaires possibles qui sont adoptées par des tiers.

59. Il a également été noté que la législation nationale existante peut empêcher les États Parties de respecter l'article 43. Les États Parties et le Secrétariat de l'OMS peuvent exercer des pressions indues sur un autre État Partie pour qu'il lève des mesures qu'il a adoptées, soit parce que le pays n'est pas prêt à gérer un risque pour la santé publique sans mettre à risque la sécurité nationale (par ex., des États Parties qui avaient demandé en toute transparence des prolongations) ou parce qu'il était assujéti à des lois nationales existantes sur la quarantaine.

60. Un expert en droit sanitaire international a longuement expliqué, en donnant des exemples, que la participation de l'Organisation mondiale du Commerce (OMC) dans le

règlement de litiges afférents au RSI, tel que proposé par la recommandation, ne constitue pas une option viable ni réaliste. Les mêmes considérations s'appliquent aussi à l'émission proposée de recommandations permanentes. Les États Parties ont indiqué qu'il est difficile de voir comment le secteur de la santé déclencherait des procédures qui pourraient remonter jusqu'à l'OMC.

61. Il a été noté que la recommandation demande aux États Parties de collaborer avec le secteur privé. Cependant, bien que les autorités nationales prennent déjà des mesures à cet égard, il n'est pas nécessairement faisable ni possible que les autorités nationales exercent une fonction de surveillance. Pour ce qui est de la collaboration du Secrétariat de l'OMS avec le secteur privé, il a été noté que cela devrait être fait en conformité au Cadre de collaboration avec les acteurs non-étatiques (FENSA).

Commentaires sur le Projet de plan pour éclairer l'élaboration du Plan final

62. Le Plan final doit clairement élargir sa portée et englober des mesures sanitaires supplémentaires en tout temps, au-delà d'une USPAI, en rappelant la continuité qui soutient la gestion des événements de santé publique.

63. Le Plan final doit définir clairement le mot « importante » de l'expression « entrave importante » s'appliquent au voyage et au commerce dans l'article 43.

64. Le Plan final doit indiquer que le processus d'élaboration d'un processus normalisé de surveillance et de gestion des mesures supplémentaires, notamment les recours progressifs en cas de non-conformité, sera véritablement participatif, faisant intervenir à la fois les États Parties et le Secrétariat de l'OMS. Il faut présenter les détails et le calendrier de ce processus.

65. L'élaboration d'un tel processus normalisé doit chercher à éliminer le traitement asymétrique des différents États Parties et ainsi améliorer la transparence. Les suggestions suivantes ont été faites :

- a) Les critères à appliquer par les États Parties et par le Secrétariat de l'OMS pour déterminer si une mesure devrait ou pourrait être considérée comme une mesure supplémentaire devraient être clairs ;
- b) Le processus doit favoriser le dialogue entre les États Parties et le Secrétariat de l'OMS de manière à ne pas être perçu comme étant punitif, ce qui entraverait davantage la fluidité de la communication. En particulier, le processus doit favoriser le dialogue bilatéral. Un juste équilibre entre la rigidité d'un processus normalisé et la flexibilité favorisant le dialogue devra être atteint pour assurer l'uniformité et la transparence ;
- c) Il faudrait envisager un mécanisme permettant aux États Parties de faire appel.

Pertinence pour la Région et mesures régionales prospectives

66. Les mesures liées à cette recommandation au niveau régional comprennent : (i) l'amélioration de la capacité d'analyse des risques au niveau national, (ii) le déclenchement de la communication entre les domaines techniques des diverses entités institutionnelles visées par le RSI et la sphère politique, notamment le Bureau des relations extérieures ou internationales du ministère de la Santé et du ministère des Affaires étrangères.

Recommandation 8 : renforcer les points focaux nationaux RSI [compris dans le domaine d'action 1 du Projet de plan : accélération de l'application du Règlement sanitaire international (2005) dans les pays]

Considérations sur la recommandation

67. La recommandation est considérée pertinente. La recommandation dépasse toutefois les fonctions de communication dont sont chargés les PFN en vertu de l'article 4, faisant plutôt référence à « *toutes leurs fonctions obligatoires de coordination [...]* ». Il a été reconnu que le positionnement et la structure institutionnelle des PFN (les fonctions des PFN assumées par une entité existante par rapport à un Bureau de PFN créé de façon ponctuelle), ainsi que leur statut juridique et les fonctions qui leur sont assignées et/ou qu'ils exercent, varient considérablement d'un pays à l'autre, dans la Région et ailleurs dans le monde.

68. Le regroupement de ces fonctions exige de trouver un équilibre délicat pour le positionnement institutionnel des PFN, notamment en considérant s'il faut, et dans quelle mesure, accorder la priorité à la connectivité institutionnelle plutôt qu'à l'expertise technique. Bien qu'il existe des différences institutionnelles substantielles d'un pays à l'autre, en partie en raison de leur taille, il est généralement exact que bien qu'une position institutionnelle élevée des PFN puisse faciliter leur accès au niveau de la prise des décisions, elle peut en revanche compromettre leur continuité et la communication opérationnelle en les exposant à l'influence politique et aux mutations politiques. L'article 4 est l'une des très rares dispositions du RSI à assigner clairement un mandat d'exercer des fonctions institutionnelles.

69. En réponse à de telles préoccupations, plusieurs États Parties de la Région ont créé des Bureaux de PFN mis sur pied de façon ponctuelle, plutôt que d'assigner des fonctions à des entités institutionnelles existantes. Depuis près de 10 ans, les Bureaux des PFN déclarent faire face aux mêmes défis, notamment des interactions intersectorielles complexes avec de nombreux mécanismes de coordination coexistants, des ressources insuffisantes, des chevauchements avec la structure de gestion des urgences, le manque de connaissance juridique malgré la nécessité d'élargir leurs fonctions, etc. Ces difficultés peuvent indiquer un besoin de procéder à un examen approfondi du positionnement institutionnel et des fonctions des PFN dans la Région.

Commentaires sur le Projet de plan pour éclairer l'élaboration du Plan final

70. Compte tenu de l'article 4, le Plan final doit clairement définir les fonctions minimales des PFN, et elles devront être incorporées au Plan stratégique mondial pour le RSI. En particulier, la portée de toute fonction de coordination intrasectorielle et intersectorielle en lien avec l'application du Règlement qui peut être tacite à l'article 4, doit être décrite en détail.

71. Le Plan final doit indiquer plus précisément ce que le Secrétariat de l'OMS a l'intention de renforcer au niveau des PFN et de quelles stratégies elle se servirait pour y parvenir, en particulier pour ce qui est des questions juridiques, de la durabilité des fonctions des PFN et de l'accroissement de l'appui politique. Ces éléments devront se refléter dans le Plan stratégique mondial pour le RSI.

72. Le Plan final doit fournir des indications sur les ressources financières dont disposent les pays au niveau national pour toutes les composantes restantes du projet de Plan stratégique mondial pour le RSI.

Pertinence pour la Région et mesures régionales prospectives

73. Les mesures liées à cette recommandation ont été jugées comme étant hautement prioritaires pour la Région.

74. Compte tenu de la grande variation des capacités entre les Régions, tout document d'orientation émanant du Secrétariat de l'OMS doit être produit au niveau régional afin d'assurer que le contenu convienne au contexte. Cela contribuera à prévenir les échecs dans les Régions et les États Parties dont la capacité des PFN est déjà solidement établie et leurs fonctions bien comprises. Les conseils éclairant l'élaboration de processus opérationnels seraient appréciés.

75. On a suggéré de faire des réunions régionales annuelles des PFN pour améliorer la communication entre les PFN et comme mécanisme servant à exercer une pression des pairs.

76. Le besoin de formation des PFN a été mentionné plusieurs fois. Toutefois, aucune suggestion particulière n'a été faite sur les domaines ni les questions qui auraient besoin d'en faire l'objet.

Recommandation 9 : soutenir en priorité les pays les plus vulnérables [compris dans le domaine d'action 1 du Projet de plan : accélération de l'application du Règlement sanitaire international (2005) dans les pays]

Considérations sur la recommandation

77. Les critères de la recommandation qui permettent de définir la vulnérabilité sont flous. La vulnérabilité dans ce domaine de travail est souvent déterminée par des critères économiques, mais cette approche est considérée comme étant limitative et

imprévoyante. Il a été noté que le BSP tient aussi bien compte des critères économiques que non-économiques pour définir les pays prioritaires des Amériques. Toutefois, on ne sait pas au juste comment les mesures de la priorité et de la vulnérabilité sont liées.

78. Il a été souligné que de l'assistance doit être accordée à n'importe quel pays, indépendamment de son classement de vulnérabilité, qui fait face à des circonstances dans lesquelles ses capacités de santé publiques sont dépassées.

79. On a fait observer qu'il faut aborder les activités transfrontalières de manière plus élargie, au-delà de la question des postes-frontières visée par le Règlement. En conséquence, le Secrétariat de l'OMS doit envisager de s'appuyer sur les approches élaborées par l'Organisation internationale pour les migrations (OIM). Il pourrait être difficile de mettre sur pied des groupes de travail transfrontaliers en temps de crise, alors que les ressources humaines s'impliquent à fond dans des activités de préparation et d'intervention.

Commentaires sur le Projet de plan pour éclairer l'élaboration du Plan final

80. La recommandation et le Projet de plan ne sont pas alignés : la recommandation est axée sur les situations d'urgence, tandis que le Projet de plan se concentre sur le développement des capacités. Par conséquent, le Plan final, et par extension, le Plan stratégique mondial pour le RSI, doivent préciser ce sur quoi ils se concentrent, et – si l'approche de développement des capacités devait prévaloir – expliquer en quoi l'approche stratégique serait différente de celles qu'emploient d'autres États Parties.

81. Le Plan final doit préciser les critères qui seront employés pour définir « la grande vulnérabilité et la faible capacité » des États Parties. Ces critères devront être saisis dans le Plan stratégique mondial pour le RSI.

82. Le Plan final, et par extension le Plan stratégique mondial pour le RSI, doivent énoncer plus clairement comment le soutien prospectif à fournir par le Secrétariat de l'OMS s'articulera avec la fourniture d'appui par les partenaires en vertu de l'article 44.

Pertinence pour la Région et mesures régionales prospectives

83. Outre la nécessité pour le BSP de clarifier comment les critères employés pour définir la priorité des pays dans les processus de planification de l'OPS sont en rapport avec les critères de vulnérabilité, aucune autre suggestion n'a été faite.

Recommandation 10 : encourager l'acquisition des capacités essentielles requises en vertu du RSI dans le cadre du renforcement des systèmes de santé [compris dans le domaine d'action 1 du Projet de plan : accélération de l'application du Règlement sanitaire international (2005) dans les pays]

Considérations sur la recommandation

84. Bien que l'on s'entendait à dire que les capacités essentielles décrites en détail dans le RSI doivent être encadrées et liées à des fonctions essentielles de la santé publique, on a indiqué que les fonctions essentielles de la santé publique dans leur itération actuelle ne traitent pas nécessairement de toutes les composantes liées aux dispositions du RSI de l'ensemble des secteurs. La recommandation n'indique pas le cadre conceptuel invoqué pour l'étayer.

Commentaires sur le Projet de plan pour éclairer l'élaboration du Plan final

85. Puisque les États Parties ont invariablement évoqué que la gouvernance, les ressources humaines, le financement et la législation représentaient des contraintes majeures à leur capacité de respecter et d'appliquer les dispositions du RSI de façon durable, le Plan final et, par extension le Plan stratégique mondial pour le RSI, doivent présenter le cadre conceptuel sous-tendant les mesures proposées (voir aussi la recommandation 3).

86. On comprend manifestement que les fonctions de préparation, d'alerte précoce et d'intervention ne peuvent être efficaces et viables que si elles sont enchâssées dans le système de santé dans son ensemble. Le Plan final, et par extension le Plan stratégique mondial pour le RSI, doivent être explicites quant aux stratégies envisagées pour promouvoir et déclencher un passage des capacités essentielles au titre du RSI à des fonctions essentielles de la santé publique tout en maintenant une conscience politique suffisante concernant les droits et obligations des États Parties vis-à-vis la communauté internationale en vertu des dispositions du RSI.

87. De la même manière, il est nécessaire de présenter en détail les stratégies visant à combler les lacunes et à intégrer quotidiennement le travail de services du ministère de la Santé à appliquer le RSI avec le travail d'autres services du ministère de la Santé, ainsi que d'autres secteurs impliqués dans la planification, le financement et les ressources humaines.

88. Le Plan final doit indiquer que le Plan stratégique mondial pour le RSI devra saisir la grande variation qui existe entre les États Parties quant à la maturité de leurs systèmes de santé et à l'état de leur application et mise en œuvre du RSI. Cela contribuerait à assurer que les États Parties individuels adoptent le modèle qui convient le mieux pour intégrer les capacités essentielles dans leurs systèmes de santé, en mettant particulièrement l'accent sur les modèles de planification afin d'éviter les échecs lorsqu'il y a déjà une intégration partielle ou complète (voir aussi la recommandation 2).

Pertinence pour la Région et mesures régionales prospectives

89. Aucune mesure liée à cette recommandation n'a été proposée pour la Région.

Recommandation 11 : améliorer l'échange rapide d'informations et de données scientifiques et de santé publique [compris dans le domaine d'action 6 du Projet de plan : échange rapide d'informations scientifiques]

Considérations sur la recommandation

90. La recommandation n'est pas considérée comme étant totalement appropriée, et il y a des doutes quant à sa cohérence avec les articles 7 et 45 du Règlement. Les concepts de risque, d'urgence et de crises ont besoin d'être mieux définis et les différences qui existent entre eux doivent être encadrées de façon plus claire.

Commentaires sur le Projet de plan pour éclairer l'élaboration du Plan final

91. Le Plan final doit être plus explicite à propos des principaux mécanismes et politiques établis pour régir l'utilisation des données/informations que les États Parties partagent avec l'OMS.

92. Ces politiques et mécanismes doivent faire l'objet d'un examen rigoureux par les États Parties, et les processus pour y parvenir doivent être indiqués dans le Plan final.

93. Les questions de confidentialité doivent aussi être traitées dans le Plan final, qui doit établir les conditions spécifiques pour invoquer la confidentialité et qualifier des données comme sensibles. Un événement sanitaire inhabituel détecté dans le secteur privé ne peut pas constituer un signal, en raison des préoccupations relatives à la violation de la confidentialité. Les mêmes inquiétudes s'appliqueraient au partage de liste par de petits États Parties.

94. De la même manière, le Plan final doit comprendre une définition de ce que signifie « sur le même pied d'égalité » et doit énoncer clairement que les fournisseurs de données et/ou les chercheurs sur place doivent au moins être informés des constatations et des conclusions de toute étude menée utilisant les données qu'ils ont fournies.

Pertinence pour la Région et mesures régionales prospectives

95. Les mesures liées à cette recommandation sont considérées comme étant hautement prioritaires pour la Région. En particulier, les États Parties de la sous-région des Caraïbes souhaiteraient obtenir davantage de soutien du BSP pour actualiser la législation nationale, notamment l'élaboration d'un cadre législatif visant le secteur privé.

Recommandation 12 : renforcer les capacités de l'OMS et les partenariats pour appliquer le Règlement sanitaire international (2005) et riposter aux urgences sanitaires [compris dans le domaine d'action 2 du Projet de plan : renforcement de la capacité de l'OMS à appliquer le Règlement sanitaire international (2005), et dans le domaine d'action 5 du Projet de plan : amélioration du respect des recommandations temporaires faites au titre du Règlement sanitaire international (2005)]

Considérations sur la recommandation

96. Trop de sous-éléments sont abordés, certains d'entre eux sont vagues, et leur regroupement sous une seule rubrique commune semble être incompatible avec la structure globale du rapport. Il s'est donc avéré complexe d'en faire une analyse approfondie.

97. Néanmoins, il a été réitéré que lorsque les mandats sont clairs, les activités visant à diffuser les connaissances et à sensibiliser au RSI, ainsi qu'à employer le RSI pour améliorer la communication avec d'autres organismes onusiens et d'autres organisations internationales, présentent un intérêt.

Commentaires sur le Projet de plan pour éclairer l'élaboration du Plan final

98. Bien que la réforme des travaux de l'OMS sur les urgences ait été faite à la demande des États Membres dans le sillage de la flambée d'Ebola en Afrique occidentale, et que l'établissement récent du Programme de l'OMS pour la gestion des situations d'urgence sanitaire ait reçu l'appui de la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé, des inquiétudes ont été exprimées concernant l'impact que le Programme de l'OMS pour la gestion des situations d'urgence sanitaire pourrait avoir sur les institutions nationales.

99. Par conséquent, le Plan final doit indiquer clairement qu'à moins qu'il n'y ait des preuves à l'appui d'une restructuration des institutions nationales en raison de lacunes dans les fonctions essentielles de la santé publique, les États Parties pourraient connaître un changement de la façon dont ils interagissent avec l'OMS au jour le jour.

Pertinence pour la Région et mesures régionales prospectives

100. Il est nécessaire que le BSP transmette clairement les changements organisationnels aux autorités nationales, précise en quoi ces changements sont susceptibles d'affecter les interactions avec les autorités nationales sur une base quotidienne et pendant les urgences et définisse les critères et les processus qui justifient l'introduction de changements institutionnels au niveau national.

Recommandation 1 : appliquer plutôt que modifier le RSI (« Il n'est pas nécessaire d'amorcer un processus d'amendement du RSI pour le moment et il n'y a aucun avantage à en tirer. »)

101. Après un examen approfondi des recommandations du Comité d'examen et du Projet de plan, on s'entendait à dire que pour le moment, il n'est pas justifié de modifier le RSI.

Conclusions

102. Il a été convenu que le BSP présenterait le rapport de la réunion au 55^e Conseil directeur aux fins d'examen et pour les mesures supplémentaires à prendre pour transmettre la position de la Région aux Organes directeurs de l'OMS.

103. Le personnel de l'OPS a indiqué qu'il identifierait les mécanismes des Organes directeurs qui conviennent le mieux et le format pour ce faire.

104. En préparation à la 140^e session du Conseil exécutif de l'OMS, pour cristalliser le consensus, dans la Région et ailleurs dans le monde, autour de la position exprimée par les États Parties des Amériques lors de la réunion, on a proposé que le BSP prépare une note d'information à ce sujet à diffuser dans l'ensemble du Groupe des Amériques (GRUA).

Appendice II

Comités régionaux 2016

Projet de plan mondial de mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte

1. En mai 2016, à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, le Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (RSI) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte a présenté ses recommandations au Directeur général.¹ L'Assemblée de la Santé a adopté la décision WHA69(14) dans laquelle elle a notamment prié le Directeur général « de dresser, pour examen par les comités régionaux en 2016, un projet de plan mondial de mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen qui comprenne des dispositions immédiates pour améliorer l'application du Règlement sanitaire international (2005) en renforçant les approches existantes et qui indique la voie à suivre pour aborder les nouvelles propositions exigeant d'autres discussions techniques entre les États Membres ». ² Elle a également prié le Directeur général de présenter une version définitive du plan mondial de mise en œuvre au Conseil exécutif pour examen à sa cent quarantième session.

Vue d'ensemble du projet de plan mondial de mise en œuvre

2. Le Comité d'examen a fait 12 recommandations principales et 60 recommandations secondaires. La première de ses recommandations est d'appliquer, et non de modifier, le Règlement sanitaire international (2005). Lors des débats de l'Assemblée de la Santé sur le rapport du Comité, cependant, plusieurs représentants d'États Membres se sont inquiétés de ce que certaines des recommandations pourraient justement nécessiter de réviser le Règlement sanitaire international (2005), mais il n'y a pas eu de discussions approfondies sur ce groupe particulier de recommandations. Par conséquent, le présent projet de plan mondial de mise en œuvre propose des modalités d'application des recommandations du Comité d'examen pour lesquelles la planification et la mise en œuvre peuvent commencer dès maintenant. Pour les autres recommandations, le plan suggère une voie d'approche. Une vue d'ensemble des liens entre les domaines d'action proposés dans le projet de plan mondial de mise en œuvre et les recommandations du Comité d'examen est présentée en annexe.

3. Six domaines d'action sont proposés dans le projet de plan mondial de mise en œuvre :

- **Accélération de l'application du Règlement sanitaire international (2005) dans les pays** – ce domaine fait suite aux recommandations 2, 3, 8, 9 et 10 du Comité d'examen.
- **Renforcement de la capacité de l'OMS à appliquer le Règlement sanitaire international (2005)** – ce domaine fait suite aux recommandations 4 et 12 du Comité d'examen, à l'exception des recommandations 12.7 et 12.8.
- **Amélioration du suivi et de l'évaluation des principales capacités requises par le Règlement sanitaire international (2005) et des rapports présentés à leur sujet** –

¹ Document A69/21 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-fr.pdf).

² Document A69/DIV.3 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_DIV3-fr.pdf).

ce domaine correspond à la proposition du Directeur général pour donner suite à la recommandation 5 du Comité d'examen.

- **Amélioration de la gestion des événements, y compris en ce qui concerne l'évaluation des risques et la communication sur les risques** – ce domaine correspond à la proposition du Directeur général pour donner suite à la recommandation 6 du Comité d'examen.
- **Amélioration du respect des recommandations temporaires faites au titre du Règlement sanitaire international (2005)** – ce domaine correspond à la proposition du Directeur général pour donner suite à la recommandation 7 du Comité d'examen et aux recommandations secondaires 12.7 et 12.8.
- **Échange rapide d'informations scientifiques** – ce domaine correspond à la proposition du Directeur général pour donner suite à la recommandation 11 du Comité d'examen.

Domaine 1. Accélération de l'application du Règlement sanitaire international (2005) dans les pays

4. Afin d'accélérer l'application du Règlement sanitaire international (2005) au niveau des pays, conformément aux recommandations du Comité d'examen, l'OMS donnera la priorité à des mesures tendant à :

- élaborer un plan stratégique mondial de cinq ans fondé sur les initiatives régionales et sur les leçons tirées de l'expérience, destiné à améliorer la préparation et l'action de santé publique, plan qui sera présenté aux États Membres à la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2017, puis à élaborer ou à adapter les plans d'action régionaux applicables ;
- élaborer des plans d'action nationaux de cinq ans sur la base du plan stratégique mondial et des plans d'action régionaux applicables ;
- faire en sorte que l'OMS apporte en priorité son soutien aux pays hautement vulnérables et à faibles capacités, d'après une évaluation objective des principales capacités nationales (voir le domaine 3) ;
- mobiliser des ressources financières pour faciliter l'application du Règlement sanitaire international (2005) aux niveaux mondial, régional et national ;
- soutenir et renforcer le travail des points focaux nationaux RSI ; et
- associer systématiquement la mise en place des principales capacités requises par le Règlement sanitaire international (2005) avec le renforcement des systèmes de santé.

5. L'OMS propose que la version définitive du plan mondial de mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen serve de base au plan stratégique mondial destiné à améliorer la préparation et l'action de santé publique. Le plan stratégique mondial serait exécuté par la voie du nouveau Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire,¹ dont le cadre de résultats² comprend tous les éléments utiles pour étayer les six domaines d'action couverts par le projet de plan mondial de mise en œuvre.

¹ Document A69/30 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_30-fr.pdf).

² WHO Health Emergency Programme Results Framework and Budget Requirements 2016-2017, 16 mai 2016, en anglais (http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/emergency-programme-framework-budget.pdf?ua=1).

6. Au titre du présent projet de plan mondial de mise en œuvre, l'OMS axera en priorité ses activités de renforcement des capacités sur les pays les plus vulnérables et ayant le moins de capacités. Elle collaborera en outre avec ses partenaires pour mobiliser une assistance technique et financière à l'intention des pays très vulnérables et à faibles capacités pour l'évaluation de leur principales capacités ainsi que pour l'élaboration et l'exécution de plans d'action nationaux destinés à combler les lacunes et à remédier aux faiblesses le plus rapidement possible.

7. L'OMS collaborera avec les pays pour encourager l'affectation de ressources financières intérieures aux plans d'action nationaux devant permettre d'acquérir et de maintenir les principales capacités de surveillance et de riposte, comme convenu dans le Programme d'action d'Addis-Abeba issu de la Troisième Conférence internationale sur le financement du développement.¹ L'OMS établira des modèles pour le calcul des coûts et la budgétisation des plans d'action nationaux, dans le contexte plus général des plans nationaux de renforcement des systèmes de santé. Elle prêtera son concours aux États Parties souhaitant mobiliser, au niveau international, un appui financier et en nature pour leurs plans d'action nationaux, et en effectuer un suivi, en perfectionnant et en tenant à jour le portail OMS consacré aux partenariats stratégiques.

8. L'OMS accélérera l'action visant à renforcer la capacité des points focaux nationaux RSI à utiliser le Règlement sanitaire international (2005), notamment en demandant qu'un rôle plus important leur soit dévolu dans l'administration publique nationale au sens large, à la fois dans le secteur de la santé et en dehors de celui-ci. En outre, l'OMS accélérera la mise au point ou la révision de modes opératoires normalisés pour les points focaux nationaux RSI et de lignes directrices concernant leur rôle, et formulera des recommandations tendant à ce qu'ils soient dotés de ressources et de pouvoirs suffisants pour s'acquitter de leurs obligations, notamment moyennant l'adoption d'une législation nationale appropriée concernant les fonctions qu'ils occupent. Elle s'emploiera plus activement à renforcer le réseau des points focaux nationaux RSI en organisant régulièrement des réunions régionales et mondiales leur permettant de se former et d'échanger des données d'expérience, en vue d'accélérer l'utilisation du Règlement sanitaire international (RSI) au quotidien.

9. L'OMS continuera à renforcer les liens opérationnels entre ses activités de renforcement des systèmes de santé et le nouveau Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, en veillant tout particulièrement à ce qu'un plan de travail commun gouverne l'élaboration des plans d'action nationaux et les activités de renforcement des capacités dans les domaines des ressources humaines pour la santé, du financement de la santé et de la résilience des systèmes de santé. Ce travail aura des effets bénéfiques sur la sécurité sanitaire, grâce au développement des principales capacités requises par le Règlement sanitaire international (2005), sur l'atteinte des objectifs de développement durable et sur l'instauration de la couverture sanitaire universelle.

Domaine 2. Renforcement de la capacité de l'OMS à appliquer le Règlement sanitaire international (2005)

10. Le nouveau Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire renforcera considérablement la capacité de l'Organisation à appliquer le Règlement sanitaire international (2005). Dans le nouveau programme, les effectifs affectés au Règlement et au renforcement des capacités de préparation seront nettement plus importants aux trois niveaux

¹ Résolution A69/313 de l'Assemblée générale des Nations Unies (http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/69/313).

de l'Organisation, en particulier dans les pays les plus vulnérables et à faibles capacités. La préparation des pays aux urgences sanitaires dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005) est l'un des principaux éléments du cadre de résultats du nouveau programme, où figurent des produits relatifs au suivi, à l'évaluation et à l'appréciation des principales capacités pour la gestion de l'ensemble des risques liés aux situations d'urgence ; à l'élaboration de plans nationaux et à la mise en place des capacités essentielles de préparation aux situations d'urgence ; et à la fourniture de services de secrétariat pour l'application du Règlement sanitaire international (2005).

11. Dans le cadre du nouveau programme, l'OMS œuvrera à une meilleure coordination et collaboration en cas d'urgence sanitaire avec les autres entités et institutions du système des Nations Unies et en dehors du système des Nations Unies. Afin de promouvoir le Règlement sanitaire international (2005) et sa pleine application, l'OMS s'appuiera sur ses travaux préliminaires pour obtenir que le plaidoyer en faveur du Règlement sanitaire international (2005) fasse partie de la mission du Représentant spécial du Secrétaire général de l'ONU pour la réduction des risques de catastrophe, le but étant que cet instrument soit bien compris et qu'une place importante lui soit accordée dans tous les secteurs, qu'il s'agisse des administrations nationales ou des organisations internationales, et que son application continue fasse l'objet d'un suivi attentif. Cela contribuerait à faire mieux connaître et reconnaître la valeur du Règlement dans le monde et constituerait un signal puissant, venant de l'extérieur de l'OMS, sur l'importance qu'il revêt pour les gouvernements nationaux, pas uniquement pour les ministères de la santé.¹

12. Le Comité permanent interorganisations est le principal mécanisme de coordination de l'aide humanitaire internationale entre organisations et il est convoqué par le Coordonnateur des services d'urgence du Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies. Le 7 juin 2016, les représentants principaux du Comité permanent interorganisations ont approuvé le recours aux mécanismes du Comité permanent interorganisations et du Bureau de la coordination des affaires humanitaires pour coordonner la riposte internationale aux menaces infectieuses de grande ampleur, sous la direction stratégique et technique de l'OMS. Le Bureau de la coordination des affaires humanitaires et l'OMS dirigeront l'élaboration de modes opératoires normalisés pour les activités du Comité permanent interorganisations dans les situations d'urgence dues à une maladie infectieuse, de sorte qu'un projet de document soit établi d'ici fin septembre 2016. Les progrès accomplis dans ce domaine seront, entre autres sujets, communiqués au groupe spécial sur les crises sanitaires mondiales mis en place par le Secrétaire général de l'ONU pour suivre la mise en œuvre des recommandations du Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires.²

13. Le nouveau Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire instaure également une série de mécanismes pour renforcer le travail que l'OMS accomplit en partenariat pour l'application du Règlement sanitaire international (2005), en particulier sa collaboration avec le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, les membres du groupe de responsabilité sectorielle Santé et plusieurs réseaux d'experts. En juin 2016, le Comité d'orientation du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie est convenu de renforcer le réseau pour accroître le potentiel de l'OMS en matière de surveillance, d'évaluation des risques et de communication sur les risques.

¹ Voir le document A69/21, annexe, recommandation 4.1 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-fr.pdf).

² Voir le document A69/30, paragraphe 13 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_30-fr.pdf).

Domaine 3. Amélioration du suivi et de l'évaluation des principales capacités requises par le Règlement sanitaire international (2005) et des rapports présentés à leur sujet

14. Suite à l'adoption de la résolution WHA61.2 de l'Assemblée de la Santé, dans laquelle les États Parties sont priés de faire rapport tous les ans sur l'application du Règlement,¹ l'instrument utilisé par les États Parties pour l'autoévaluation annuelle et la présentation de leurs rapports annuels a été le document de l'OMS intitulé *Checklist and Indicators for Monitoring Progress in the Development of IHR Core Capacities in States Parties*.² Le processus annuel d'établissement de rapports consistait notamment à évaluer la mise en place de huit capacités principales et le développement des capacités aux points d'entrée ainsi que pour les types de risques entrant dans le cadre du Règlement, notamment les risques biologiques (zoonoses, sécurité sanitaire des aliments et autres risques infectieux) et les risques chimiques, radiologiques ou nucléaires, sur la base de l'annexe 1 du Règlement sanitaire international (2005).

15. Le Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du Règlement sanitaire international (2005) a recommandé en 2014 « 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 ». ³ Les comités régionaux de l'OMS ont examiné en 2015 une note de synthèse exposant une méthode révisée⁴ et la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a pris note d'un cadre révisé de suivi et d'évaluation du Règlement sanitaire international (2005).⁵ Ce cadre se compose de quatre éléments : rapports annuels, évaluation externe conjointe, examen a posteriori et/ou exercices de simulation.

16. Avec le concours de partenaires, le Secrétariat a mis au point un outil d'évaluation extérieure conjointe⁶ qui constitue l'un des quatre éléments de ce nouveau cadre de suivi et d'évaluation du Règlement sanitaire international (2005). En juillet 2016, cet outil avait été utilisé dans 10 pays. Il couvre 19 domaines regroupés en quatre grandes rubriques : « Prévenir », « Détecter », « Riposter », « Autres dangers relevant du RSI et points d'entrée ». Le nouveau cadre de suivi et d'évaluation propose que tous les pays procèdent au minimum à une évaluation externe tous les quatre ans.

17. Le Directeur général propose que les États Parties continuent à faire des autoévaluations pour rendre compte chaque année à l'OMS des progrès qu'ils ont accomplis dans la mise en place des principales capacités requises au titre du Règlement sanitaire international (2005). Il propose en outre que tous les États Parties utilisent le nouveau cadre de suivi et d'évaluation pour apprécier leurs principales capacités et que celui-ci puisse servir, sur une base volontaire, à compléter les informations figurant dans les autoévaluations annuelles, en prêtant une attention particulière aux enseignements tirés des évaluations extérieures volontaires. Pour la cohérence du cadre de suivi et d'évaluation, il est proposé qu'après 2016, l'instrument utilisé pour établir les rapports annuels suive le même modèle de présentation que l'outil d'évaluation extérieure conjointe pour les éléments du rapport annuel d'autoévaluation qui figurent dans l'outil d'évaluation extérieure conjointe.

¹ Résolution WHA61.2 de l'Assemblée mondiale de la Santé
(http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61-REC1/A61_REC1-fr.pdf).

² <http://www.who.int/ihr/publications/checklist/en/> (en anglais seulement).

³ Document A68/22 Add.1, annexe 1 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_22Add1-fr.pdf).

⁴ http://www.who.int/ihr/publications/concept_note_201407fr.pdf.

⁵ Document A69/20, annexe (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_20-fr.pdf).

⁶ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208174/1/9789242510171_fr.pdf?ua=1.

Domaine 4. Amélioration de la gestion des événements, y compris en ce qui concerne l'évaluation des risques et la communication sur les risques

18. L'un des aspects cruciaux du Programme OMS de gestion des situations d'urgence est une nouvelle série de modes opératoires unifiés aux trois niveaux de l'Organisation pour procéder à une évaluation rapide des risques lorsqu'un événement de santé publique vient d'être détecté. Ces nouvelles procédures passent par des évaluations systématiques du risque, de l'exposition, de la vulnérabilité et des capacités pour déterminer si un événement présente un risque faible, moyen, élevé ou très élevé d'amplification et de propagation internationale. Les résultats de ces évaluations seront rendus publics, outre leur diffusion par l'intermédiaire des processus actuels de l'OMS et, s'il s'agit d'événements à risque élevé ou très élevé, directement et immédiatement communiqués au Secrétaire général de l'ONU, aux points focaux nationaux RSI et aux représentants principaux du Comité permanent interorganisations.

19. Le Programme OMS de gestion des situations d'urgence entreprendra une évaluation sur le terrain dans les 72 heures suivant la notification d'un agent pathogène à haut risque (par exemple transmission interhumaine d'un nouveau virus grippal), de grappes de décès inexpliqués dans des endroits de grande vulnérabilité/à faibles capacités, ou d'autres événements laissés à la discrétion du Directeur général. Chaque fois que possible, le programme s'attachera le concours d'organismes partenaires ayant l'expertise voulue pour effectuer ces évaluations. Les résultats seront communiqués au Directeur général dans les 24 heures suivant la fin de l'évaluation, accompagnés des recommandations du programme en matière d'atténuation des risques, de gestion de l'événement et/ou de riposte, selon le cas.¹

20. Le Directeur général créera un groupe consultatif d'experts scientifiques des risques infectieux qui orientera les travaux de l'Organisation dans l'évaluation et la gestion des risques pour la santé publique nouveaux ou en évolution, ainsi que dans l'ensemble de ses travaux d'identification, de caractérisation des agents pathogènes à haut risque et d'atténuation du risque qu'ils présentent.

Domaine 5. Amélioration du respect des recommandations temporaires faites au titre du Règlement sanitaire international (2005)

21. S'agissant des urgences de santé publique de portée internationale aux termes du Règlement sanitaire international (2005), l'OMS a suivi au cas par cas les mesures prises par les États Parties en sus des recommandations temporaires formulées par le Directeur général concernant les voyages et le commerce. L'OMS ira de l'avant en instaurant un processus normalisé pour repérer, regrouper et suivre ces mesures supplémentaires, et pour collaborer systématiquement avec les États Parties concernés afin de vérifier les mesures signalées, comprendre pour quelles raisons elles sont appliquées et, si elles sont inadaptées, demander qu'elles soient abrogées.

22. L'OMS tiendra un inventaire accessible au public des mesures de santé publique adoptées par les pays face à des urgences de santé publique de portée internationale, y compris les recommandations faites aux voyageurs. D'après les données de ce nouvel inventaire, le Secrétariat de l'OMS rendra compte publiquement des mesures supplémentaires sur le site Web de l'OMS et à l'Assemblée mondiale de la Santé dans le cadre de la présentation de rapports réguliers sur l'application du Règlement sanitaire international (2005). L'OMS mettra en place un système de suivi avec les pays qui déclarent appliquer des

¹ Voir le document A69/30, paragraphe 10 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_30-fr.pdf).

mesures supplémentaires et envisagera de définir des modes opératoires normalisés pour faire monter aux échelons administratifs supérieurs les cas de non-respect des recommandations.

Domaine 6. Échange rapide d'informations scientifiques

23. En 2016, le Directeur général a mis en place de nouvelles politiques et de nouveaux mécanismes, dans le contexte des urgences de santé publique, pour faciliter l'échange de listes de données avec les entités compétentes dans le but de procéder à des études épidémiologiques et à une modélisation mathématique qui permettront de mieux comprendre les urgences et de mieux y faire face, et pour garantir l'accès rapide aux nouvelles données et informations fournies par les études de santé publique et les essais cliniques afin de pouvoir exploiter sans retard ces données dans la riposte.

24. Les conclusions, les débats et les recommandations du groupe chargé de l'examen de 2016 du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique (PIP) étayeront la prochaine phase des travaux de l'OMS destinés à accroître l'échange de données sur les séquences génétiques d'autres agents pathogènes.

Mesures à prendre par le Comité Régional

25. Le Comité régional est invité à faire des observations sur le projet de plan mondial de mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte, présenté par le Directeur général, pour contribuer à la mise au point de la version définitive du plan qui sera présentée au Conseil exécutif pour examen à sa cent quarantième session, en janvier 2017.

Annexe à l'appendice II

Lien entre les domaines d'action proposés dans le projet de plan mondial de mise en œuvre et les recommandations du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte

Domaine d'action du projet de plan stratégique mondial	Recommandations correspondantes du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte
<p>1. Accélération de l'application du Règlement sanitaire international (2005) dans les pays.</p> <ul style="list-style-type: none"> Élaborer un plan stratégique mondial pour améliorer la préparation et l'action de santé publique, et le présenter aux États Membres à la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2017. Faire en sorte que l'OMS apporte en priorité son soutien aux pays hautement vulnérables et à faibles capacités, d'après une évaluation objective. Mobiliser des ressources financières pour faciliter l'application du Règlement sanitaire international (2005) aux niveaux mondial, régional et national. Soutenir et renforcer le travail des points focaux nationaux RSI. Associer les principales capacités requises par le Règlement sanitaire international(2005) avec le renforcement des systèmes de santé. 	<p>Recommandation 2. Élaborer un plan stratégique mondial pour améliorer la préparation et l'action de santé publique</p> <p>Recommandation 3. Financer l'application du Règlement sanitaire international (2005), notamment pour soutenir le plan stratégique mondial</p> <p>Recommandation 8. Renforcer les points focaux nationaux RSI.</p> <p>Recommandation 9. Soutenir en priorité les pays les plus vulnérables.</p> <p>Recommandation 10. Encourager l'acquisition des principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre du renforcement des systèmes de santé.</p>
<p>2. Renforcement de la capacité de l'OMS à appliquer le Règlement sanitaire international (2005).</p> <ul style="list-style-type: none"> Maintenir la collaboration de l'OMS avec le système des Nations Unies. Renforcer la capacité de l'OMS à appliquer le Règlement sanitaire international (2005). 	<p>Recommandation 4. Faire mieux connaître le Règlement sanitaire international (2005) et réaffirmer le rôle directeur de l'OMS au sein du système des Nations Unies dans l'application du Règlement.</p> <p>Recommandation 12. Renforcer les capacités de l'OMS et les partenariats pour appliquer le Règlement sanitaire international (2005) et riposter aux urgences sanitaires.</p>
<p>3. Amélioration du suivi et de l'évaluation des principales capacités requises par le Règlement sanitaire international (2005) et des rapports présentés à leur sujet.</p>	<p>Recommandation 5. Mettre en place et promouvoir une évaluation externe des principales capacités.</p>
<p>4. Amélioration de la gestion des événements, y compris en ce qui concerne l'évaluation des risques et la communication sur les risques.</p>	<p>Recommandation 6. Améliorer l'évaluation des risques et la communication sur les risques par l'OMS.</p>
<p>5. Amélioration du respect des recommandations temporaires faites au titre du Règlement sanitaire international (2005).</p>	<p>Recommandation 7. Améliorer le respect des obligations liées aux mesures supplémentaires et aux recommandations temporaires.</p> <p>Recommandation 12.7. L'OMS devrait collaborer avec l'OMC [...] pour élaborer un prototype de recommandations permanentes [...].</p> <p>Recommandation 12.8. L'OMS devrait encourager la reconnaissance de ces recommandations permanentes dans les procédures de règlement des différends [...].</p>

Domaine d'action du projet de plan stratégique mondial	Recommandations correspondantes du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte
6. Échange rapide d'informations scientifiques.	Recommandation 11. Améliorer l'échange rapide d'informations et de données scientifiques et de santé publique.

Appendice III

Application du Règlement sanitaire international (2005) : rapport annuel sur l'application du Règlement sanitaire international (2005) *(Annexe au document A69/20)*

Le Règlement sanitaire international (2005)

Cadre de suivi et d'évaluation

Principes du nouveau cadre de suivi et d'évaluation au titre du RSI

1. Le nouveau cadre de suivi et d'évaluation au titre du RSI combine une approche qualitative et une approche quantitative dans le cadre d'un processus d'examen objectif des capacités réelles des pays. Il est proposé de mener ce processus de suivi et d'évaluation selon un cycle de quatre ans qui sera ancré dans le cycle national d'examen des systèmes de santé et de planification budgétaire.
2. Le nouveau cadre doit favoriser la responsabilisation et la transparence moyennant la présentation de rapports précis et réguliers sur l'état de l'application du RSI, encourageant ainsi le dialogue, la confiance et la responsabilisation entre les États Parties. Les possibilités d'amélioration recensées suite à l'application de ce cadre devront se refléter dans un plan d'action national assorti de délais et doté de ressources en vue de sa mise en œuvre. Le plan d'action national concernant les principales capacités au titre du RSI et la préparation du pays aux urgences sanitaires doit être intégré au cycle budgétaire national et aligné sur le plan stratégique national, plutôt qu'indépendant de la planification institutionnelle. Ce cycle régulier d'examen doit faciliter les liens avec les autres secteurs pertinents et être gage de cohérence avec les plans stratégiques nationaux existants ; promouvoir les partenariats aux niveaux national et international ; et permettre de collaborer avec les donateurs et les partenaires actuels et potentiels pour compléter l'investissement national dans la sécurité sanitaire.

Les quatre éléments du nouveau cadre de suivi et d'évaluation au titre du RSI

3. Le cadre se compose de quatre éléments étroitement liés les uns aux autres, qui sont conçus pour identifier les lacunes et les possibilités d'amélioration. Il est proposé qu'au cours d'une période de quatre ans, les États Parties mènent systématiquement les activités suivantes.

Rapports annuels

4. En vertu de l'article 54 du Règlement, les États Parties font rapport chaque année à l'Assemblée de la Santé sur l'application du Règlement. Ces rapports doivent être présentés conformément à la résolution WHA61.2 (2008) sur l'application du Règlement sanitaire international (2005). La présentation annuelle de rapports vise à donner une image instantanée de l'état des principales capacités dans tous les pays. Compte tenu des limites inhérentes à tout outil autogéré, le questionnaire de suivi du RSI actuel devra être complété aussi fréquemment que possible par les trois autres
-

éléments. Une révision du questionnaire est aussi en cours afin de le simplifier et de l'aligner sur l'outil d'évaluation externe conjointe.

Évaluation externe conjointe

5. L'évaluation externe conjointe vise à évaluer la capacité du pays à prévenir et détecter les événements de santé publique, et à agir rapidement au titre du Règlement. L'évaluation externe a pour objectif d'introduire une évaluation indépendante, par des experts, des capacités d'un pays et de mesurer les progrès accomplis dans l'obtention des capacités requises en vertu du Règlement.

6. L'évaluation externe permet aux pays d'identifier les besoins les plus urgents dans le cadre de leurs plans nationaux ; d'établir des priorités en vue d'améliorer la préparation, la détection et le renforcement des capacités d'action, notamment en fixant des priorités nationales et en allouant des ressources sur la base de conclusions objectives ; et de collaborer avec les donateurs et les partenaires actuels et potentiels, le cas échéant. La transparence est un élément important pour attirer les ressources et les orienter vers les domaines où elles sont le plus nécessaires.

7. Les pays sont encouragés, sur une base volontaire, à mener au moins une évaluation externe conjointe tous les quatre ans.

8. Pour que l'évaluation externe conjointe soit réalisée de manière standardisée dans tous les États Parties, un outil d'évaluation externe conjointe a été mis au point par le Secrétariat en collaboration avec des experts, les États Parties et les partenaires. L'outil est conçu de façon à évaluer 19 domaines techniques.

Examen a posteriori et/ou exercice(s) de simulation

Examen a posteriori

9. Il est impératif de compléter les rapports annuels en procédant à l'examen de l'expérience concrète d'un événement de santé publique qui peut offrir la possibilité de tirer des enseignements et d'identifier des possibilités d'amélioration. L'événement/les événements de santé publique qui feront l'objet d'un examen a posteriori doivent être choisis par les États Parties, bien que le Secrétariat puisse donner sur demande un avis technique. Les informations qui sont obtenues par l'intermédiaire de l'examen a posteriori seront dans un premier temps qualitatives et fonctionnelles, et seront utilisées pour identifier tout domaine à améliorer au moyen d'un plan d'action national. Cet examen peut être un autoexamen (par les responsables de l'application du RSI au niveau national) ou un examen conjoint (par les responsables de l'application du RSI au niveau national et des partenaires extérieurs nationaux ou internationaux en partenariat avec un groupe de pairs venant d'un autre pays ou avec le Secrétariat).

Exercice(s) de simulation

10. Lorsqu'il n'y a pas d'événement de santé publique adapté à examiner, les exercices de simulation peuvent être une solution de remplacement pour tester le fonctionnement réel des principales capacités au titre du RSI. Des exercices

(nationaux, régionaux ou locaux) pourraient aussi être spécialement conçus lorsqu'il est nécessaire de tester l'efficacité de qualités fonctionnelles spécifiques ou d'un domaine technique.

11. Les pays sont encouragés à mener un examen a posteriori ou à effectuer des exercices de simulation au moins une fois tous les quatre ans.

Rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès réalisés dans l'application du Règlement

12. Conformément aux principes de transparence et de responsabilité mutuelle sur lesquels repose le Règlement, il est proposé que le rapport pertinent présenté à l'Assemblée de la Santé par le Secrétariat fournisse un résumé de l'évaluation menée dans chaque pays sur la base du nouveau cadre de suivi et d'évaluation au titre du RSI. Le Secrétariat créera, sur le site Web de l'OMS, des pages par l'intermédiaire desquelles il sera possible d'accéder, avec l'accord du pays concerné, aux informations contenues dans le rapport annuel et/ou aux informations relatives aux éventuels missions d'évaluation externe conjointe, examens a posteriori et/ou exercices de simulation qui auront été menés.

55^e CONSEIL DIRECTEUR

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

Washington, D.C., USA, du 26 au 30 septembre 2016

Point 4.8 de l'ordre du jour provisoire

CD55/12, Rev. 1

Annexe C

Original : anglais

DÉCISION PROPOSÉE

MISE EN ŒUVRE DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (RSI)

(PP1) Le 55^e Conseil directeur, ayant examiné le document intitulé *Consultation régionale sur le Projet de plan mondial de l'OMS pour la mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte* (document CD55/12, Rev. 1, annexe B), présentant le rapport de la consultation régionale officielle qui a eu lieu à Miami (États-Unis) du 1^{er} au 3 août 2016 ;

(PP2) Ayant rappelé la résolution WHA61.2 (2008), la décision CD52(D5) (2013), la résolution WHA68.5 (2015), le document CD54/FR (2015), le document EB138/4 (2016), le document A69/20 (2016), le document A69/21 (2016), la décision WHA69(14) et le document CE158/INF/5 (2016),

Décide :

(OP)1. D'entériner le rapport de la consultation régionale officielle sur la Mise en œuvre du Règlement sanitaire international et les commentaires des États Membres sur le *Projet de plan mondial de l'OMS pour la mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte* (ci-après dénommé le « *Projet de plan* »), et de demander au Secrétariat de l'OMS d'inclure les recommandations des États Membres des Amériques dans le point pertinent de l'ordre du jour qui sera présenté à la 140^e session du Conseil exécutif de l'OMS qui aura lieu en janvier 2017, en mettant une emphase particulière sur les résultats suivants de la consultation régionale officielle :

- a) le plan final devrait couvrir les domaines d'action dans le *Projet de plan* actuel, à l'exception du domaine d'action 3, et l'OMS devrait élaborer séparément un plan
-

- stratégique mondial pour le RSI dans lequel on aborderait seulement les domaines d'action 1 et 4, à soumettre pour considération à la Soixante-dixième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2017. ;
- b) le cadre de suivi et d'évaluation du RSI correspondant au domaine d'action 3 du Projet de plan actuel ne devra pas être traité dans le plan final et, en vertu de l'article 54, il devra être présenté comme un document séparé à soumettre à l'examen et à l'adoption de la soixante-dixième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2017.
- (OP) 2. De demander au Directeur :
- a) de transmettre au Secrétariat de l'OMS le rapport intégral sur la consultation régionale officielle,
- b) de faciliter les préparatifs des États Membres des Amériques en vue de la 140^e session du Conseil exécutif de l'OMS, qui aura lieu en janvier 2017, pour la diffusion d'une note d'information à ce sujet aux États Membres et à leurs missions à Genève.



**FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR
AUX MISSIONS DE L'ORGANISATION**

- 1. Point de l'ordre du jour :** 4.8 - Mise en œuvre du Règlement sanitaire international
- 2. Unité responsable :** CHA/IR
- 3. Fonctionnaire chargé de la préparation :** Dr Roberta Andraghetti
- 4. Liens entre ce point de l'ordre du jour et [Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017](#) :**

Le sujet du Règlement sanitaire international (RSI) s'apparente étroitement au domaine d'action (h) Renforcer la sécurité sanitaire du *Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017*. Il est clairement indiqué que le RSI constitue une occasion pour les pays de renforcer leurs capacités en matière de santé publique et d'intensifier leur collaboration entre eux.
- 5. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le [Plan stratégique 2014-2019](#) :**

Le document de politique s'harmonise entièrement avec les principaux domaines stratégiques du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, Défense de la santé : développement durable et équité, en particulier la catégorie 5 : *préparation, surveillance et intervention*. Le Plan note en particulier l'importance d'« assurer que tous les pays de la Région ont les capacités de base nécessaires pour assumer leurs responsabilités en vertu du RSI 2005, lesquelles couvrent la législation, les politiques et le financement, la coordination et la communication avec les PFN, la surveillance, l'intervention, la préparation, la communication des risques, les ressources humaines, les capacités des laboratoires, les points d'entrée, les risques d'origine zoonotique, la sécurité sanitaire des aliments, les risques d'origine chimique et les risques d'origine radiologique. Le résultat intermédiaire 5.1.1 : *Nombre de pays et territoires qui tiennent et maintiennent les impératifs du RSI 2005 pour les capacités de base* a été établi afin de permettre aux États Parties de la Région de montrer leur progrès vers la mise en œuvre du RSI.
- 6. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :**

Centre de collaboration de l'OMS pour la mise en œuvre des capacités essentielles requises en vertu du RSI (*Global Health Security Branch, Division of Global Health Protection, CDC*), ministères de la Santé, ministères de la Défense, ministères de l'Agriculture, ministères des Affaires étrangères, ministères des Transports, ministères de l'Énergie.
- 7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :**

Depuis 2014, la Région des Amériques a mené les travaux visant à la refonte de l'approche adoptée pour la surveillance et l'évaluation du RSI au niveau mondial et, ce faisant, a souligné le rôle des Organes directeurs de l'OPS et de l'OMS.

Des exemples précis de meilleures pratiques de pays comprennent, sans toutefois s'y limiter, les suivants :

- Canada, Chili, Dominique et El Salvador : institutionnalisation et accent mis sur la durabilité des principales capacités, tout en maintenant une approche flexible et intersectorielle à la préparation,
- Brésil, Canada, Chili et États-Unis : fonctionnement du Bureau en tant que point focal national au titre du RSI,
- Canada, Costa Rica, États-Unis et Mexique : laboratoire national de référence fiable,
- Brésil et Mexique : adaptation des efforts déployés en matière de formation institutionnelle pour répondre aux besoins (Programme de formation en épidémiologie/EPISUS),
- Barbade : institutionnalisation du programme de prévention et de lutte contre les infections,
- Brésil et Mexique : architecture de la structure d'intervention, fondée sur une solide structure de direction et de contrôle,
- Brésil, Canada, Colombie et El Salvador : approche holistique et intégrée à la santé portuaire et à la santé internationale,
- Les pays des Caraïbes prennent des mesures pour devenir membres de l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA).

8. Incidences financières du point de l'ordre du jour en question :

Le travail du Secrétariat de l'OPS portant sur la mise en œuvre du RSI est principalement compris dans la catégorie 5 (préparation, surveillance et intervention) et dans la catégorie 4 (systèmes de santé – afférents à la résilience des systèmes de santé) et les affectations budgétaires correspondantes des domaines programmatiques inclus dans ces catégories. Un financement continu sera nécessaire pour soutenir le déploiement d'efforts constants par les États Parties dans la gestion des événements susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale ainsi que pour assumer les obligations à long terme, telles que l'établissement et le maintien des capacités essentielles.

- - -