



Organisation  
panaméricaine  
de la Santé



Organisation  
mondiale de la Santé  
BUREAU RÉGIONAL DES  
Amériques

# 29<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE

## 69<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 25 au 29 septembre 2017

*Point 8.6 de l'ordre du jour*

CSP29/INF/6  
23 août 2017  
Original : anglais

### MISE EN ŒUVRE DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (RSI)

#### Introduction

1. Ce document fait état de l'application, de la mise en œuvre et du respect du Règlement sanitaire international (ci-après dénommé « le RSI » ou « le Règlement »). Il informe également la Conférence sanitaire panaméricaine des recommandations faites par les délégués officiels des États Parties au cours de la Consultation régionale officielle sur le Règlement sanitaire international, tenue à São Paulo (Brésil), conformément à la décision WHA70(11) de l'Assemblée mondiale de la Santé (1) relative au document *Élaboration d'un projet de plan stratégique mondial quinquennal pour améliorer la préparation et l'action de santé publique : consultation avec les États Membres* (annexe B).

2. Ce rapport *a)* met à jour les informations présentées en 2016 lors du 55<sup>e</sup> Conseil directeur (2), *b)* examine les activités entreprises par les États Parties et le Bureau sanitaire panaméricain (BSP), à la fois pour riposter aux événements aigus de santé publique, incluant les Urgences de santé publique d'ampleur internationale (USPAI), et aux fins de renforcement des capacités et *c)* souligne les problèmes nécessitant une action concertée des États Parties dans la Région des Amériques pour l'application, la mise en œuvre et le respect du Règlement dans le futur.

#### Antécédents

3. Adopté en 2005 lors de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé par la résolution WHA58.3,<sup>1</sup> le Règlement sanitaire international constitue le cadre légal qui, entre autres, définit les principales capacités nationales, y compris aux points

---

<sup>1</sup> Le texte du Règlement sanitaire international (résolution WHA58.3) est disponible sur : <http://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/fr/>

d'entrée, de gestion des événements de santé publique pouvant avoir ou ayant une portée nationale ou internationale, et des procédures relatives à cette gestion.

## **Analyse de la situation**

### *Événements aigus de santé publique*

4. L'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) sert de point de contact RSI pour l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans la Région des Amériques et facilite la gestion des événements de santé publique grâce à des canaux de communication établis avec les points focaux RSI nationaux. En 2016, des 35 États Parties de la Région, tous sauf deux, Sainte-Lucie et Trinité-et-Tobago, ont soumis la confirmation ou la mise à jour annuelle des coordonnées de leurs points focaux. En 2016, des tests systématiques de connexion réalisés entre le point contact RSI de l'OMS et les points focaux de la Région ont été réussis pour 32 des 35 États Parties (soit 91 %) pour ce qui est des courriers électroniques, et pour 33 des 35 États Parties (94 %) pour ce qui est des appels téléphoniques.

5. Dans la période du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 30 juin 2017, 315 événements de santé publique de portée potentiellement internationale ont été déterminés et analysés dans la Région : 238 événements en 2016 et 77 au cours des six premiers mois de 2017. Pour 184 événements sur 315 (58 %), les autorités nationales, par l'intermédiaire des points focaux en 145 occasions, ont constitué la source initiale d'information. La vérification a été demandée et obtenue pour 35 événements déterminés par des sources informelles ou non officielles. Il faut noter qu'il restait encore à fixer le statut final de désignation pour 53 événements détectés en 2017. Ainsi, des 262 événements dont le statut de désignation était connu, 161 (61 %), qui affectaient 49 pays et territoires de la Région, avaient une portée internationale confirmée de santé publique. La grande majorité de ces 161 événements a été attribuée à des risques infectieux (140 événements ou 87 %) dont l'étiologie la plus fréquemment notifiée était la maladie à virus Zika (81 événements). Des 21 événements restants qui avaient une portée internationale confirmée de santé publique, 10 étaient liés à une zoonose et 5 à la sécurité sanitaire des aliments ; pour 6 événements, l'étiologie était non déterminée.

6. Les principaux événements aigus de santé publique qui ont touché entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 30 juin 2017 les États Parties des Amériques et le BSP, et ont éventuellement eu des répercussions en termes de santé publique, incluent *a)* l'USPAI actuelle dont on a constaté qu'elle est associée à une propagation du poliovirus sauvage s'accompagnant de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale (PVDVc)<sup>2</sup> ; *b)* l'USPAI, qui a pris fin en novembre 2016 et était associée à une propagation du virus Zika et à une augmentation constatée de troubles neurologiques et de malformations

---

<sup>2</sup> La page web du Comité d'urgence du RSI concernant les événements en cours et le contexte dans lequel s'inscrivent la transmission et la propagation internationale du poliovirus est disponible sur le site web de l'OMS : [http://www.who.int/ihr/ihr\\_ec\\_2014/fr/](http://www.who.int/ihr/ihr_ec_2014/fr/).

néonatales<sup>3</sup> ; c) l'augmentation d'activité du choléra en Haïti, qui a suivi la catastrophe de catégorie 5 qu'a constitué l'ouragan Matthew en octobre 2016<sup>4</sup> et d) l'augmentation d'activité du virus de la fièvre jaune en Amérique du Sud qui a débuté en 2015 et a abouti, en 2017, à une exceptionnelle recrudescence de cas chez l'homme et dans la population animale au Brésil.

### ***Principales capacités des États Parties***

7. En 2016, les 35 États Parties de la Région des Amériques ont soumis leur Rapport annuel des États Parties à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. En 2017, 33 (94 %) des 35 États Parties ont soumis leur rapport à la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé ; le Belize et Saint-Kitts-et-Nevis n'ont pas rempli cette obligation. Depuis 2011, année d'introduction du modèle actuel de rapport annuel des États Parties pour soumission à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, 12 États Parties se sont systématiquement conformés en soumettant leur rapport chaque année : Antigua-et-Barbuda, la Barbade, le Canada, la Colombie, le Costa Rica, la Dominique, les États-Unis d'Amérique, l'Équateur, le Guyana, le Honduras, la Jamaïque et le Mexique. L'annexe A présente les informations quant au degré de conformité des États Parties restants concernant cet engagement.

8. Les rapports annuels des États Parties soumis aux Assemblées mondiales de la Santé entre 2011 et 2017 ont mis en évidence au niveau régional des améliorations constantes de l'ensemble des principales capacités. Cependant, le degré de mise en place de ces capacités essentielles reste hétérogène d'une sous-région à l'autre, les scores les plus bas étant en général enregistrés dans la sous-région des Caraïbes. Si l'on compare les rapports annuels 2017 à ceux soumis en 2016, les variations des scores moyens régionaux sont de l'ordre de 10 % pour toutes les capacités. Le score moyen régional le plus élevé, soit 95 %, est lié au risque de zoonose. Les capacités de riposte à des événements associés aux risques chimiques et d'irradiation présentent toujours les scores les plus bas, respectivement 61 % et 66 %, tandis que le score moyen régional de toutes les capacités restantes est proche de 75 %, ou supérieur à ce chiffre. Il est néanmoins remarquable que les scores moyens régionaux pour les risques chimiques et d'irradiation aient atteints, et même dépassés, les 60 % pour la première fois depuis l'introduction du nouveau modèle de rapport. De plus, les scores moyens pour ces deux capacités dans la sous-région des Caraïbes constituent l'une des améliorations annuelles les plus importantes enregistrées au niveau infrarégional ou régional, toutes capacités confondues. De 2016 à 2017, dans la sous-région des Caraïbes, les scores moyens des capacités de riposte aux événements

---

<sup>3</sup> La page web de la maladie à virus Zika sur le site web de l'OPS est disponible (en anglais et en espagnol) sur :  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11585&Itemid=41688&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11585&Itemid=41688&lang=en).

<sup>4</sup> La page web de la riposte à l'ouragan Matthew sur le site Web de l'OPS est disponible (en anglais et en espagnol) sur :  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12574%3Apahos-response-to-hurricane-matthew&catid=8897%3Ahurricane-matthew&Itemid=42136&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12574%3Apahos-response-to-hurricane-matthew&catid=8897%3Ahurricane-matthew&Itemid=42136&lang=en).

chimiques et liés à une irradiation sont respectivement passés de 49 % à 59 % et de 27 % à 40 %. L'annexe A présente également un résumé des rapports annuels des États Parties à la Soixante-dixième Assemblée mondiale de la Santé.<sup>5</sup>

9. Pour appuyer les efforts de renforcement institutionnel et intersectoriel dans les États Parties de la Région, le BSP a poursuivi ses activités conjointes avec d'autres agences internationales spécialisées des Nations Unies, des organisations internationales et des partenaires. Des experts de la Région et des membres du personnel du BSP ont continué de contribuer *a*) à des initiatives mondiales avec l'Organisation mondiale de la Santé animale (OIE), le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) et le Secrétariat de l'OMS, *b*) à des initiatives régionales avec l'Organisation de l'aviation civile internationale (OACI), l'Association du transport aérien international (IATA) et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), et *c*) à des initiatives infrarégionales avec l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA) et le Programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale (GHSA).

10. Pour appuyer les autorités nationales dans leurs efforts visant à faire avancer le processus continu de préparation aux urgences de santé publique, le BSP a mis en œuvre des ateliers et des missions de pays, multipays et infrarégionaux centrés, entre autres thèmes, sur la fonction d'alerte précoce du système de surveillance, les fonctions des points focaux, les laboratoires de diagnostic et ceux de santé publique, le contrôle et la prévention des infections, la communication concernant les risques, les points d'entrée, les exercices de simulation et les rassemblements de masse.

### ***Exigences administratives et gouvernance***

11. Le 11 juillet 2017, 489 ports répartis sur 27 États Parties de la Région des Amériques ont été autorisés à émettre des Certificats sanitaires de navire (3). Onze (11) ports supplémentaires ont été autorisés à en émettre, qui se trouvent dans neuf territoires d'outre-mer de France, des Pays-Bas et du Royaume-Uni. À la même date, les bureaux régionaux de l'OMS n'avaient reçu aucune information concernant le statut des procédures OMS de certification volontaire de ports et d'aéroports désignés ayant déjà fait à double reprise, en 2014 et 2015, l'objet de commentaires auprès des États Parties.

12. Le 13 juillet 2017, la liste d'experts du RSI comptait 449 experts, dont 115 provenaient de la Région des Amériques. Ces derniers incluent des experts désignés par neuf des 35 États Parties de la Région : Argentine, Barbade, Brésil, Cuba, États-Unis d'Amérique, Mexique, Nicaragua, Paraguay et Venezuela.

13. Dans le contexte d'une recrudescence exceptionnelle d'activité de la fièvre jaune au Brésil début 2017, et au vu des défis liés à l'application de l'article 43 du RSI *Mesures*

---

<sup>5</sup> Des informations supplémentaires et des données historiques sur les rapports annuels des États Parties soumis à l'Assemblée mondiale de la Santé sont disponibles dans le répertoire de données de l'Observatoire mondial de la Santé de l'OMS sur le site web de l'OMS (en anglais) à : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.IHR?lang=en>.

*sanitaires supplémentaires*, et de l'annexe 7 révisée *Prescriptions concernant la vaccination ou la prophylaxie contre certaines maladies*, entrés en vigueur en juillet 2017 conformément à la résolution WHA67.13 (4), en prenant également en compte le processus mondial équivoque utilisé par le Secrétariat de l'OMS pour mettre à jour et publier les prescriptions des États Parties quant au Certificat international de vaccination ou de prophylaxie (CIVP) dans le cadre du document OMS *Voyages internationaux et santé* (5), le BSP a lancé une enquête dans la Région pour colliger des informations sur les prescriptions du CIVP quant à la preuve de vaccination contre la fièvre jaune conditionnant l'entrée ou la sortie des voyageurs internationaux de tout pays appartenant spécifiquement à la Région. Vingt-neuf (83 %) des 35 États Parties de la Région ont répondu à l'enquête, à la suite de laquelle ils ont suivi le processus de mise à jour de leurs prescriptions d'ICVP (6).

14. Conformément à la résolution WHA68.4 (7), dont l'objectif est de garantir un processus participatif de cartographie des zones à risque de transmission de la fièvre jaune, le Groupe consultatif scientifique et technique sur la cartographie géographique du risque amaril (GRYF) a été formé en décembre 2015. Il inclut des experts de cinq pays de la Région : l'Argentine, le Brésil, les États-Unis d'Amérique, le Panama et la Trinité-et-Tobago.<sup>6</sup> Depuis sa formation, le GRYF a tenu six réunions virtuelles et étudié la cartographie du risque de transmission de la fièvre jaune en Argentine et au Pérou.

15. L'une des questions essentielles concernant la gouvernance du RSI est le suivi de son application, de sa mise en œuvre et de son respect. Conformément à la résolution WHA68.5 (8), adoptée en 2015 par la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé et avalisant 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, le Secrétariat de l'OMS a lancé le processus de révision collégiale du Cadre de suivi et d'évaluation du RSI (ci-après dénommé « le CSE RSI » ou « le Cadre ») par l'intermédiaire des Organes directeurs et des Comités régionaux de l'OMS. Comme le prescrit l'article 54 du RSI, le Cadre doit être étudié et adopté par l'Assemblée mondiale de la Santé. Cependant, le manque de consensus entre les pays a suscité des débats à leur niveau et déclenché l'organisation de trois cycles de consultations régionales officielles répartis sur trois années consécutives. Il a également été souligné les défis posés au Secrétariat de l'OMS pour intégrer en la matière les suggestions exhaustives et très détaillées des États Parties des Amériques (1), appuyées par la décision CD55(D5) (9), et pour prendre en considération leur appel à ne pas mettre en péril le processus des Organes directeurs établi par le RSI. Les versions successives du CSE RSI, ainsi que les préoccupations, commentaires et suggestions intégrés que les États Parties des Amériques ont exprimés en 2015, 2016 et 2017, sont présentés dans le rapport de la Consultation régionale officielle sur le Règlement sanitaire international,

---

<sup>6</sup> La page web du Groupe consultatif scientifique et technique sur la cartographie géographique du risque amaril est disponible (en anglais) sur le site web de l'OMS à : <http://www.who.int/ith/yellow-fever-risk-mapping/en/>.

tenue à São Paulo (Brésil) du 17 au 19 juillet 2017 (ci-après dénommée « la Consultation 2017 »).<sup>7</sup>

16. Le CSE RSI proposé comporte quatre éléments : un élément obligatoire (le rapport annuel de chaque État Partie) et trois éléments volontaires (l'examen a posteriori des événements de santé publique, les exercices de simulation et les évaluations externes conjointes) (10). Le personnel du BSP a participé aux réunions internes de l'OMS pour l'élaboration des éléments Rapport annuel des États Parties et Examen a posteriori (novembre 2016 et mars 2017) puis, avec des experts provenant de la Région, à la réunion OMS pour la révision de l'outil de conduite des Évaluations externes conjointes (avril 2017). Au moment de la rédaction du présent document, les résultats de ces exercices n'étaient pas disponibles pour une communication aux États Parties.

17. À la suite de la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, le Secrétariat de l'OMS a reçu la tâche, par l'intermédiaire des décisions WHA69(14) (11) et WHA70(11) (1) de l'Assemblée mondiale de la Santé, de conduire l'élaboration collaborative d'une proposition de plan stratégique mondial quinquennal pour améliorer la préparation et la riposte de santé publique (ci-après dénommée « la proposition de PSM »). Comme le CSE RSI, la proposition de PSM a été soumise à deux cycles de consultations régionales officielles, en 2016 et 2017. Les préoccupations, commentaires et suggestions très conséquents offerts par les États Parties en 2016 et 2017 sont présentés dans le rapport de la Consultation 2017.

### **Mesures à prendre pour améliorer la situation**

18. Les consultations régionales officielles sur le RSI tenues à Miami (États-Unis d'Amérique) en août 2016 (ci-après dénommées « la Consultation 2016 ») (2) et la Consultation 2017 ont été les unes et les autres affectées par des conceptions et des attentes différentes parmi les États Parties, qui ont gêné la mise en œuvre et le respect du RSI. Les efforts des États Parties de la Région pour résoudre cette question et parvenir à une vision nationale harmonisée pour chaque État font ressortir des décalages culturels permanents, ainsi qu'une sensibilisation et une responsabilisation nationales accrues sans doute plus profondément enracinées que celles que l'on peut observer dans les États Parties des autres régions de l'OMS.

19. D'un côté, le RSI est de plus en plus compris comme un outil pour renforcer et accroître la pérennité a) des fonctions nationales essentielles de santé publique, y compris la planification et le financement, déjà existantes et largement opérationnelles, à différents degrés, à l'intérieur des systèmes nationaux de santé et b) des mécanismes intersectoriels nationaux. D'un autre côté, particulièrement au niveau politique, le RSI continue souvent d'être perçu comme une nouvelle discipline technique, une discipline dont les exigences et les conséquences sont limitées au secteur sanitaire, concernant

---

<sup>7</sup> Le rapport de la Consultation régionale officielle sur le Règlement sanitaire international, tenue à São Paulo (Brésil) du 17 au 19 juillet 2017, est disponible en anglais sur : [http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=2523&Itemid=270](http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=2523&Itemid=270)

principalement les « crises » et les obligations de santé publique – avec des connotations quelque peu punitives. Conformément à la portée et à l’objectif du Règlement, la situation actuelle appelle des interventions au niveau national pour faire la preuve du bon rapport coût-efficacité d’allocations durables de ressources visant à renforcer les fonctions essentielles de santé publique au lieu de simplement riposter aux événements aigus de santé publique lors de leur survenue, stratégie qui s’accompagne de conséquences lourdes au plan économique et financier.

20. Le BSP fait face à des défis continus en termes d’aptitude à formuler précisément les principales capacités requises détaillées à l’annexe 1 du RSI en tant que fonctions essentielles de santé publique, y compris la planification et le financement, à exprimer clairement ce message aux États Membres de l’OPS dans le contexte de la stratégie pour l’accès universel à la santé et la couverture sanitaire universelle, et à en faire, dès lors, la promotion aux niveaux infrarégionaux et régional, dans les réunions appropriées de haut niveau.

21. Pour maintenir les engagements des États Parties envers la communauté internationale comme une priorité de haut niveau dans les programmes politiques nationaux, le RSI offre des dispositifs garantissant une responsabilisation mutuelle, ainsi que des exigences pour suivre sa mise en œuvre et son respect par les États Parties. De ce fait, comme cela a été signalé lors de débats internes aux Organes directeurs de l’OPS et de l’OMS, ce qui a résulté en trois cycles de consultations régionales officielles réparties sur trois années successives, la pertinence du RSI ne peut être garantie que si sa gouvernance est *a)* rendue possible de manière collégiale par les États Membres et le Secrétariat de l’OMS par l’intermédiaire des Organes directeurs de l’OMS et *b)* exercée dans le cadre d’une facilitation transparente et d’un leadership clairvoyant du Secrétariat de l’OMS, en tant que gardien du Règlement.

22. Sont résumés ci-dessous les préoccupations, commentaires et suggestions formulés par les États Parties des Amériques aux cours des consultations de 2015, 2016 (2) et 2017 pour accélérer la révision et la finalisation de la proposition de PSM et du CSE RSI par l’intermédiaire des Organes directeurs de l’OMS et de l’OPS.

- a) Conformément à l’article 54 *Présentation de rapport et examen*, la grande majorité des pays ont recommandé que le CSE RSI soit présenté comme un document autonome, séparé de la proposition de PSM, pour être étudié puis adopté par la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2018, par l’intermédiaire du Conseil exécutif de l’OMS lors de sa 142<sup>e</sup> session, en janvier 2018.
- b) Le Secrétariat de l’OMS devrait prendre en compte les considérations suivantes alors qu’il travaille aux futures versions de la proposition de PSM dans le contexte du processus consultatif continu :
  - Dans sa forme actuelle, la proposition de PSM est de nature plus opérationnelle que stratégique. Elle nécessite donc d’être révisée pour acquérir

l'ampleur stratégique désirée, en ce qui concerne particulièrement les piliers 2 et 3 de la stratégie.

- *Pilier stratégique 1 – Mettre en place et maintenir les principales capacités requises des États Parties* : ce pilier devrait *i)* présenter un cadre conceptuel qui fait le lien entre les principales capacités détaillées à l'annexe 1 du RSI et les fonctions essentielles de santé publique et *ii)* refléter la grande variation d'un État Partie à l'autre quant à la maturité des systèmes sanitaires et à l'état d'application et de mise en œuvre du RSI, pour surmonter formellement le concept de « modèle unique » d'un « plan national de RSI dédié ».
  - *Pilier stratégique 2 – Gestion des événements et respect des obligations et Pilier stratégique 3 – Mesurer les progrès et obligation de rendre compte* : ces piliers nécessitent d'être redéfinis car *i)* la responsabilité de rendre des comptes retombe uniquement sur les États Parties, *ii)* le cadre du CSE RSI ne couvre qu'une fraction des dispositions liées aux principales capacités requises et *iii)* le suivi proposé du respect des dispositions du RSI est réduit aux obligations des États Parties selon l'article 43.
- c) L'élaboration d'un plan opérationnel régional autonome de cinq ans, distinct des plans de travail biennaux de l'OPS (2018-2019 et au-delà), n'est pas considérée comme nécessaire. De plus, le Programme d'action sanitaire durable pour les Amériques 2018-2030 (12) englobe de manière exhaustive les problèmes liés au RSI.
- d) Pour mettre un terme aux années de débats au sein des Organes directeurs de l'OMS et de l'OPS, le CSE RSI devra être révisé dans le cadre du processus consultatif continu. La proposition élaborée au cours de la Consultation 2017 cherche à trouver une position commune acceptable pouvant faire le lien entre des positions de plus en plus clivées au sein des États Parties. De ce fait, prenant en compte les commentaires exprimés au cours des Consultations 2016 et 2017, le CSE RSI, pour chacun de ses quatre éléments, devra présenter *i)* les objectifs et la justification de santé publique, *ii)* les rôles et responsabilités des États Parties et du Secrétariat de l'OMS, *iii)* la mesure dans laquelle l'élément complète les autres éléments, en envisageant le rapport coût-efficacité qui lui est lié, *iv)* des références explicites à l'outil ou aux outils appuyant le déroulement de l'élément donné, et le processus sous-tendant l'élaboration des outils adoptés par le Secrétariat de l'OMS, *v)* la fréquence de mise en œuvre de l'élément, *vi)* une description du type d'information qui sera présentée à l'Assemblée mondiale de la Santé à partir de l'application de l'élément, *vii)* la manière dont l'information produite par l'élément sera utilisée par le Secrétariat de l'OMS pour éclairer les activités de coopération du pays.
- e) Le schéma du processus proposé par le BSP pour mener des évaluations externes conjointes volontaires dans les Amériques a été, dans l'ensemble, accepté.
- f) Des commentaires et des suggestions détaillés offerts par les États Parties de la Région au cours des Consultations 2015 et 2016 et concernant la proposition de

PSM et le CSE RSI sont encore valides et devront être pris en compte par le Secrétariat de l'OMS dans le cadre du processus consultatif continu.

- g) Pour le processus consultatif continu, et aux fins d'intégration des contributions reçues des États Parties, le Secrétariat de l'OMS devra choisir une approche plus transparente que celle adoptée en 2015 et 2016.

### **Mesure à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine**

23. La Conférence sanitaire panaméricaine est invitée à *a)* étudier les informations offertes dans ce rapport quant à la mise en œuvre du RSI dans la Région et *b)* conformément à la décision WHA70(11) (1), et après examen attentif des informations présentées dans le rapport de la Consultation 2017, examiner les principes et les piliers directeurs du document du Secrétariat de l'OMS : *Élaboration d'un projet de plan stratégique mondial quinquennal pour améliorer la préparation et l'action de santé publique : Consultation avec les États Membres* (Annexe B), et offrir son avis sur le Cadre de suivi et d'évaluation du RSI. Cela éclairera les délibérations du Conseil exécutif de l'OMS à sa 142<sup>e</sup> session, en janvier 2018.

Annexes

### **Références**

1. Organisation mondiale de la Santé. Application du Règlement sanitaire international (2005) [Internet]. 70<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé; du 22 au 31 mai 2017 ; Genève, Suisse. Genève : OMS ; 2017 (décision WHA70[11]) [consultée le 15 août 2017]. Disponible sur : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA70/A70\(11\)-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70(11)-fr.pdf)
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI) [Internet]. 55<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 68<sup>e</sup> Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 26 au 30 septembre 2016; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2016 (document CD55/12, Rev. 1) [consulté le 15 août 2017]. Disponible sur : [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=36186&Itemid=270&lang=fr](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=36186&Itemid=270&lang=fr)
3. Organisation mondiale de la Santé. IHR List of Authorized ports to issue Ship Sanitation Certificates [Internet]. Genève, Suisse. Genève : OMS ; 2016 [consulté le 15 août 2017]. Disponible (en anglais) sur : [http://who.int/ihr/ports\\_airports/ihr\\_authorized\\_ports\\_list.pdf?ua=](http://who.int/ihr/ports_airports/ihr_authorized_ports_list.pdf?ua=)

4. Organisation mondiale de la Santé. Application du Règlement sanitaire international (2005) [Internet]. 67<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé; du 19 au 24 mai 2014; Genève, Suisse. Genève : OMS ; 2014 (résolution WHA67.13) [consultée le 15 août 2017]. Disponible sur : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_R13-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R13-fr.pdf)
5. Organisation mondiale de la Santé. Voyages internationaux et santé [Internet]. Genève, Suisse. Genève : OMS ; 2012 [consulté le 15 août 2017]. Disponible sur : <http://www.who.int/ith/fr/>
6. Organisation panaméricaine de la Santé. Requirements for the International Certificate of Vaccination or Prophylaxis (ICVP) with proof of vaccination against yellow fever: Countries in the Americas, as of 22 March 2017. OPS/OMS [consulté le 15 août 2017]. Disponible (en anglais) sur : [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&Itemid=270&gid=38780&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=38780&lang=en)
7. Organisation mondiale de la Santé. Cartographie du risque de fièvre jaune et vaccination anti-amarile recommandée pour les voyageurs [Internet]. 68<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé; du 18 au 26 mai 2015 ; Genève, Suisse. Genève : OMS; 2015 (résolution WHA68.4) [consultée le 15 août 2017]. Disponible sur : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA68/A68\\_R4-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_R4-fr.pdf)
8. 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<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé ; du 18 au 26 mai 2015 ; Genève, Suisse. Genève : OMS; 2015 (résolution WHA68.5) [consultée le 15 août 2017]. Disponible sur : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA68/A68\\_R5-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_R5-fr.pdf)
9. Organisation panaméricaine de la Santé. Implementation of the International Health Regulations (IHR) [Internet]. 55<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 68<sup>e</sup> Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2016; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2016 (décision CD55[D5]) [consultée le 15 août 2017]. Disponible (en anglais) sur : [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=37218&Itemid=270&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=37218&Itemid=270&lang=en)
10. Organisation mondiale de la Santé. Application du Règlement sanitaire international (2005) : Rapport annuel sur l'application du Règlement sanitaire international (2005) [Internet]. 69<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé ; du 23 au 28 mai 2016; Genève, Suisse. Genève : OMS ; 2016 (document A69/20) [consulté le 15 août 2017]. Disponible sur : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_20-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_20-fr.pdf)

11. Organisation mondiale de la Santé. Application du Règlement sanitaire international (2005) [Internet]. 69<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé ; du 23 au 28 mai 2016 ; Genève, Suisse. Genève : OMS ; 2016 (décision WHA69[14]) [consultée le 15 août 2017]. Disponible sur :  
[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_DIV3-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_DIV3-fr.pdf)
  
12. Organisation panaméricaine de la Santé. Sustainable Health Agenda for the Americas 2018-2030. 160<sup>e</sup> session du Comité exécutif ; du 26 au 30 juin 2017 ; Washington (D.C.). Washington (D.C.) : OPS ; 2017 (document CE160/14, Rev. 1) [consulté le 15 août 2017]. Disponible en anglais sur :  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=40341&Itemid=270&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=40341&Itemid=270&lang=en)

## Annexe A

**Tableau récapitulatif : rapports annuels des États Parties à la 70<sup>e</sup> 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 2017 (période de 7 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	7	100	73	85	83	73	86	100	68	100	89	100	69	23
Argentine	oui	non	6	50	67	80	78	82	86	40	86	89	89	93	69	77
Bahamas	oui	oui	5	75	83	100	76	62	100	40	96	78	56	87	69	54
Barbade	oui	oui	7	75	63	100	76	70	100	80	96	100	100	80	77	69
Belize	oui	oui	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolivie (État plurinational de)	oui	oui	6	100	90	90	82	73	57	80	96	24	100	87	23	100
Brésil	non	non	6	100	100	100	100	100	100	100	96	67	100	100	100	100
Canada	non	non	7	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Chili	non	non	6	100	100	90	89	42	71	60	66	91	100	100	46	77
Colombie	non	non	7	100	100	95	88	100	100	60	80	97	89	87	85	77
Costa Rica	non	non	7	100	100	100	100	72	100	80	90	97	100	100	38	46
Cuba	oui	non	6	100	100	100	100	100	100	100	90	100	100	100	100	92
Dominique	oui	oui	7	50	100	80	78	60	100	40	43	30	100	100	15	15
El Salvador	oui	non	6	100	100	95	94	90	71	100	100	97	100	100	92	85
Équateur	oui	oui	7	100	09	90	94	90	86	20	83	86	100	80	31	100
États-Unis d'Amérique	non	non	7	100	100	100	100	100	100	100	60	100	100	93	100	100
Grenade	oui	oui	5	100	83	95	69	33	86	60	49	52	100	67	46	15
Guatemala	oui	non	6	50	53	55	77	35	43	80	29	29	100	60	54	54

**Tableau récapitulatif : rapports annuels des États Parties à la 70<sup>e</sup> 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
Guyana	oui	oui	7	100	100	90	100	100	100	100	100	46	100	73	85	31
Haïti	oui	oui	5	0	47	85	64	73	71	40	80	9	100	40	69	54
Honduras	oui	oui	7	100	100	95	100	70	71	60	80	94	89	93	46	77
Jamaïque	oui	oui	7	50	100	90	100	92	71	60	96	88	78	87	77	85
Mexique	oui	non	7	100	70	95	94	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Nicaragua	oui	non	6	75	83	100	88	100	100	100	86	44	100	80	92	100
Panama	oui	oui	6	75	100	100	88	60	71	40	86	61	100	60	15	62
Paraguay	oui	oui	5	100	100	85	89	43	100	60	76	100	89	67	38	77
Pérou	oui	oui	5	25	80	90	78	62	57	100	90	27	100	67	31	100
République dominicaine	oui	oui	6	75	90	75	58	82	71	40	80	89	100	47	38	77
Saint-Kitts-et-Nevis	oui	oui	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	oui	oui	6	100	67	70	94	28	71	80	76	72	100	73	8	0
Sainte-Lucie	oui	oui	6	75	100	80	100	60	100	100	96	97	89	73	23	8
Suriname	oui	oui	6	50	83	90	100	100	71	40	86	78	78	93	62	0
Trinité-et-Tobago	oui	oui	6	50	57	95	83	80	86	20	82	88	78	87	62	77
Uruguay	oui	non	3	100	100	95	89	90	71	40	60	91	100	100	69	62
Venezuela (République bolivarienne du)	oui	oui	5	100	90	95	100	100	86	100	90	94	100	87	100	85

**Tableau récapitulatif : rapports annuels des États Parties à la 70<sup>e</sup> Assemblée mondiale de la Santé  
(notes des capacités essentielles en pourcentage) (suite)**

État Partie par sous-région	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
<b>Caraïbes* (n=13)</b>	71	81	89	86	72	88	66	81	72	90	82	59	40
<b>Amérique centrale** (n=7)</b>	82	89	89	86	73	75	71	79	73	98	77	54	72
<b>Amérique du Sud*** (n=10)</b>	88	92	91	89	78	81	66	82	77	97	87	59	86
<b>Amérique du Nord**** (n=3)</b>	100	90	98	98	100	100	100	87	100	100	98	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 d'Amérique et le Mexique.

**ANNEXE B**



**Document d'information**

**WHE/CPI/IHR  
1<sup>er</sup> août 2017**

---

**Élaboration d'un projet de plan stratégique mondial quinquennal pour améliorer la préparation et l'action de santé publique**

**Consultation avec les États Membres**

**RÉSUMÉ**

1. Le présent document a été élaboré en vue d'une consultation avec les États Membres lors des sessions des comités régionaux qui se tiendront en 2017, afin d'élaborer un projet de plan stratégique mondial quinquennal pour améliorer la préparation et l'action de santé publique, ainsi qu'il a été demandé dans la décision WHA70(11) (2017). Le document comporte notamment les questions soulevées par les États Membres concernant l'application du Règlement sanitaire international (2005) durant la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé ; les mandats du Secrétariat ainsi que les activités techniques qu'il a mené en matière de suivi et d'évaluation des principales capacités requises en vertu du Règlement ; et la voie à suivre proposée pour le processus consultatif en vue de l'élaboration du projet de plan stratégique mondial quinquennal. L'annexe au présent document présente les principes directeurs et les piliers proposés par le Secrétariat pour le plan stratégique mondial quinquennal.

**CONTEXTE**

2. En réponse à la décision WHA69(14) (2016), le Secrétariat a dressé un projet de plan mondial de mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte. La version finale du plan mondial de mise en œuvre a été présentée à la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2017,<sup>1</sup> par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent quarantième session en janvier 2017. Cette version définitive du plan mondial de mise en œuvre incorporait les propositions émanant de vastes consultations avec l'ensemble des six comités régionaux, et comprenait six domaines d'action visant à donner suite aux recommandations du

---

<sup>1</sup> Document A70/16.

---

Comité d'examen et 12 principes directeurs à l'appui du plan stratégique mondial quinquennal pour améliorer la préparation et l'action de santé publique.

3. La Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé a pris note du rapport présentant le plan mondial de mise en œuvre et, dans la décision WHA70(11), a prié le Directeur général : « d'élaborer, en totale consultation avec les États Membres, y compris par l'intermédiaire des comités régionaux, un projet de plan stratégique mondial quinquennal visant à améliorer la préparation et la riposte en santé publique et fondé sur les principes directeurs figurant à l'annexe 2 du document A70/16, qui sera présenté pour examen et adoption à la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent quarante-deuxième session ».

### **QUESTIONS SOULEVÉES PAR LES ÉTATS MEMBRES CONCERNANT L'APPLICATION DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005) LORS DE LA SOIXANTE-DIXIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ**

#### **Cadre de suivi et d'évaluation du RSI**

4. La principale question ayant suscité des opinions divergentes des États Membres lors de la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé concernait le projet de cadre de suivi et d'évaluation du Règlement sanitaire international (RSI).<sup>2</sup>

5. La plupart des États Membres ont apprécié le rôle directeur du Secrétariat dans l'application des éléments nouveaux et volontaires du cadre de suivi et d'évaluation du RSI, notamment l'évaluation externe conjointe. Certains États Membres l'ont considéré comme un outil puissant permettant de se doter effectivement des principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005). Ces États Membres ont également apprécié le fait que le processus d'évaluation externe est mis en œuvre dans le cadre d'un dispositif, par lequel l'évaluation ainsi que l'élaboration des plans d'action nationaux de préparation et de riposte en santé publique sont prévues simultanément. Certains États Membres ont estimé qu'il conviendrait que les orientations techniques élaborées par le Secrétariat pour le suivi et l'établissement de rapports sur l'application du Règlement soient fondées sur des bases factuelles, neutres et ne soient jamais soumises à l'influence politique. Certains États Membres ont souligné la nécessité de tenir compte des ressources régionales pour obtenir les principales capacités requises en vertu du Règlement, en particulier dans les petits pays, comme les petits États insulaires.

6. Quelques États Membres ont émis d'importantes réserves et ont exprimé leurs inquiétudes quant à l'évaluation externe conjointe et au cadre de suivi et d'évaluation du RSI. Ils ont demandé à ce que de nouveaux instruments d'évaluation, de suivi et d'établissement de rapports soient présentés aux organes directeurs de l'OMS, et adoptés par ceux-ci. D'autres États Membres ont estimé que l'introduction des évaluations

---

<sup>2</sup> Voir les procès-verbaux provisoires de la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé, première, deuxième, quatrième et septième séances de la Commission A.

externes et d'autres nouveaux mécanismes qui ne sont pas prévus par le Règlement pourrait entraîner des amendements au Règlement. Une autre préoccupation concernait la souveraineté nationale ; on a estimé en effet que l'évaluation externe ne devrait pas devenir une condition préalable à l'obtention d'un soutien financier ou d'une assistance technique.

### **Intégration des principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005) et systèmes de santé résilients**

7. Après la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 et 2015, une prise de conscience très nette s'est dégagée parmi les États Membres du fait que de systèmes de santé solides et résilients constituent un facteur sous-jacent du bon fonctionnement des principales capacités exigées par le Règlement. Les États Membres ont reconnu à l'unanimité l'importance cruciale de disposer de systèmes de santé solides et résilients pour l'application du Règlement, ainsi que la nécessité d'intégrer les principales capacités requises en vertu du Règlement aux fonctions essentielles de santé publique, dans le cadre de la couverture sanitaire universelle. Ils ont prié le Secrétariat d'élaborer des orientations spécifiques sur la manière dont les pays, en particulier ceux confrontés à un manque de ressources, pourraient bénéficier d'un soutien pour mettre en place les principales capacités requises en vertu du Règlement. Un forum sur la couverture sanitaire universelle se tiendra en décembre 2017 et sera coorganisé par la Banque mondiale, l'OMS, l'UNICEF, CSU 2030, le Gouvernement du Japon et l'Agence japonaise de coopération internationale (JICA).<sup>3</sup> Le forum devrait en principe fournir un cadre et une feuille de route pour mettre sur pied des systèmes de santé résilients en présentant les principales capacités exigées par le Règlement sanitaire international (2005) comme des fonctions essentielles de santé publique des systèmes de santé.

### **Autres questions**

8. Des observations supplémentaires ayant trait à l'élaboration des plans d'action nationaux pour la préparation et la riposte en santé publique ; au soutien aux points focaux nationaux RSI ; à l'élaboration d'outils en vue de la mise en place d'un système international d'alerte précoce, et à l'évaluation des risques ont été formulées.

9. Plusieurs États Membres ont également soulevé des questions relatives à la recherche-développement dans les situations d'urgence, au partage des données et des échantillons ainsi qu'à l'administration générale et le fonctionnement du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire ; toutefois celles-ci ne figurent pas dans le présent document, car elles seront traitées dans des rapports distincts sur le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire qui seront présentés à la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé en 2018.

---

<sup>3</sup> Voir [https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Upcoming\\_events/UHC\\_Forum\\_2017/Flyer\\_for\\_UHC\\_Forum\\_2017.pdf](https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Upcoming_events/UHC_Forum_2017/Flyer_for_UHC_Forum_2017.pdf) (consulté le 20 juillet 2017).

## **SUIVI ET ÉVALUATION DES PRINCIPALES CAPACITÉS REQUISES EN VERTU DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005) : MANDATS ET ACTIVITÉS TECHNIQUES DU SECRÉTARIAT À CE JOUR**

10. Le Règlement sanitaire international (2005) est juridiquement contraignant pour 196 États Parties, dont l'ensemble des 194 États Membres de l'OMS. Il a été adopté par l'Assemblée de la Santé en mai 2005<sup>4</sup> et il est entré en vigueur le 15 juin 2007. Dans les cinq ans suivant l'entrée en vigueur, chaque État Partie « acquiert, renforce et maintient (...) la capacité de réagir rapidement et efficacement en cas de risque pour la santé publique et d'urgence de santé publique de portée internationale »,<sup>5</sup> y compris les principales capacités requises concernant les aéroports, les ports et les postes-frontières désignés, indiquées dans l'annexe 1 du Règlement. Pour les États Parties qui n'ont pas été en mesure de satisfaire à ces exigences minimales au cours des cinq premières années, le Règlement prévoyait deux délais supplémentaires de deux ans (2012-2014 et 2014-2016) afin de permettre aux États Parties d'appliquer les dispositions du Règlement.

11. L'article 54.1 du Règlement stipule que « les États Parties et le Directeur général font rapport à l'Assemblée de la Santé sur l'application du présent Règlement selon ce qu'aura décidé l'Assemblée de la Santé » ; et cela comprend également le suivi de l'état d'avancement de la mise en œuvre des principales capacités. En 2008, dans la résolution WHA61.2, l'Assemblée de la Santé a décidé que « les États Parties et le Directeur général feraient rapport tous les ans à l'Assemblée de la Santé sur l'application du Règlement ». La résolution priait aussi le Directeur général « de soumettre tous les ans à l'Assemblée de la Santé pour examen un rapport unique, comprenant les informations fournies par les États Parties et des informations sur les activités du Secrétariat ». En 2008 et 2009, un questionnaire a été envoyé par le Secrétariat aux États Parties, portant essentiellement sur les processus indiqués par les États Membres relatifs à la création et au fonctionnement des points focaux nationaux RSI.<sup>6</sup>

12. En 2010, le Secrétariat a élaboré un cadre de suivi des principales capacités qu'il a ensuite partagé avec les États Membres,<sup>7</sup> avec un questionnaire à compléter par chaque État Partie sur une base volontaire concernant l'état d'avancement de l'application du Règlement. Le cadre comportait une liste de contrôle et 20 indicateurs sur l'état de la mise en place de huit capacités principales et capacités aux points d'entrée ainsi que quatre risques spécifiques visés par le Règlement, en particulier de caractère biologique (zoonoses, événements liés à la sécurité sanitaire des aliments et autres menaces infectieuses), chimique, radiologique et nucléaire. L'outil d'autoévaluation, complété et soumis chaque année par les États Membres au Secrétariat (de 2010 à 2017), a constitué

---

<sup>4</sup> Voir la résolution WHA58.3 (2005).

<sup>5</sup> Règlement sanitaire international (2005), troisième édition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016. Article 13.1.

<sup>6</sup> Voir les documents A62/6 et A63/5.

<sup>7</sup> IHR core capacity monitoring framework: checklist and indicators for monitoring progress in the development of IHR core capacities in States Parties. Disponible à l'adresse [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84933/1/WHO\\_HSE\\_GCR\\_2013.2\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84933/1/WHO_HSE_GCR_2013.2_eng.pdf?ua=1) (consulté le 17 juillet 2017)

le fondement de la rédaction du rapport du Secrétariat sur l'application du Règlement qui a été présenté à l'Assemblée de la Santé. Les résultats spécifiques des États Parties en ce qui concerne le degré de mise en place de chacune des principales capacités figuraient dans le rapport annuel du Secrétariat sur l'application du Règlement sanitaire international présenté à l'Assemblée de la Santé de 2013 à 2015.<sup>8</sup> À partir de 2015, ces résultats ont été mis à disposition en ligne sur le site Web de l'Observatoire de la santé mondiale.<sup>9</sup>

13. En 2015, 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 RSI a recommandé au Secrétariat de mettre au point « des options permettant de passer d'une autoévaluation exclusive à des formules associant l'autoévaluation, l'examen par les pairs et l'évaluation extérieure volontaire faisant intervenir un groupe mixte d'experts intérieur et indépendant ». <sup>10</sup> La résolution WHA68.5 (2015), invitait instamment les États Membres à appuyer la mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen et priait le Directeur général de présenter un rapport de situation à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis pour donner suite aux recommandations du Comité d'examen. Le Secrétariat a par la suite élaboré une note conceptuelle présentant une nouvelle approche en matière de suivi et d'évaluation des principales capacités requises en vertu du Règlement.<sup>11</sup> La note conceptuelle a fait l'objet de discussions lors des comités régionaux en 2015, et un cadre révisé de suivi et d'évaluation a été présenté à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 2016, qui en a pris note.<sup>12</sup>

14. La cadre révisé de suivi et d'évaluation du RSI présenté à l'Assemblée de la Santé en 2016 comporte quatre éléments complémentaires : la présentation annuelle obligatoire de rapports par les États Parties eux-mêmes, conformément à la résolution WHA61.2 (2008) sur l'application du Règlement, et trois éléments volontaires : l'évaluation externe conjointe, l'examen a posteriori et/ou les exercices de simulation. Dans le cadre de sa fonction et de son mandat en vertu du Règlement,<sup>13</sup> le Secrétariat a élaboré des outils techniques pour chacun des trois éléments volontaires. Le cadre de suivi et d'évaluation du RSI est un volet important du pilier 3 du projet de plan stratégique mondial quinquennal pour améliorer la préparation et la riposte en santé publique (voir l'annexe au présent document).

---

<sup>8</sup> Documents A64/9, A65/17, A66/16 et A66/16 Add.1, A67/35 et A67/35 Add.1 et A68/22.

<sup>9</sup> Voir <http://www.who.int/gho/ihr> (consulté le 17 juillet 2017).

<sup>10</sup> Voir WHA68/2015/REC/1, annexe 2.

<sup>11</sup> Development, monitoring and evaluation of functional core capacity for implementing the International Health Regulations (2005). Concept note. Disponible à l'adresse [http://www.who.int/ihr/publications/concept\\_note\\_201507/en/](http://www.who.int/ihr/publications/concept_note_201507/en/) (consulté le 17 juillet 2017).

<sup>12</sup> Voir le document A69/20.

<sup>13</sup> Résolution WHA58.3 (2005), article 44.2 et annexe 1.

## **VOIE À SUIVRE PROPOSÉE POUR LE PROCESSUS CONSULTATIF EN VUE DE L'ÉLABORATION DU PLAN STRATÉGIQUE MONDIAL QUINQUENNAL**

15. Le présent document met en évidence le domaine du suivi et de l'évaluation de l'application du Règlement en tant que question principale à soumettre à des fins de consultations supplémentaires dans le cadre des préparatifs en vue de l'élaboration du projet de plan stratégique mondial quinquennal.

16. Outre les consultations avec les États Membres lors des sessions des comités régionaux qui se tiendront entre août et octobre 2017, le Secrétariat prévoit également une consultation en ligne portant sur le document entre mi-août et mi-octobre 2017.

17. Les contributions des États Membres durant les sessions des comités régionaux permettront au Secrétariat d'affiner davantage le projet de plan. Le Secrétariat organisera également une consultation des États Membres en présentiel par l'intermédiaire des points focaux des missions permanentes à Genève. La consultation est prévue à Genève en novembre 2017. La version actualisée du projet de plan stratégique mondial quinquennal sera présentée au Conseil exécutif à sa cent quarante-deuxième session en 2018.

## **MESURES À PRENDRE PAR LES COMITÉS RÉGIONAUX**

18. Les comités régionaux sont invités à examiner les principes directeurs et les piliers du plan stratégique mondial quinquennal, et à faire part de leurs opinions sur le cadre de suivi et d'évaluation du RSI.

### **Annexe**

#### **PLAN STRATÉGIQUE MONDIAL QUINQUENNAL POUR AMÉLIORER LA PRÉPARATION ET L'ACTION DE SANTÉ PUBLIQUE : PRINCIPES DIRECTEURS ET PILIERS**

La présente annexe rappelle les principes directeurs figurant dans le document A70/16 et propose trois piliers pour la préparation et l'action de santé publique. Le plan vise à renforcer les capacités aux niveaux mondial, régional et national en matière de préparation, de détection, d'évaluation et de riposte face aux risques et aux urgences de santé publique qui ont un potentiel de propagation internationale. Les principes directeurs sont présentés dans le tableau ci-après.

**Tableau. Principes directeurs du plan stratégique mondial quinquennal pour améliorer la préparation et l'action de santé publique<sup>1</sup>**

<b>Principe directeur</b>	<b>Informations détaillées</b>
<b>1. Consultation</b>	<p>Processus de consultation de mai à novembre 2017 par le biais des comités régionaux et d'une consultation en ligne.</p> <p>Une consultation formelle avec les États Membres, par l'intermédiaire des points focaux des missions permanentes à Genève, est prévue en novembre 2017, à Genève.</p>
<b>2. Prise en main par les pays</b>	<p>Les gouvernements nationaux ont la responsabilité première de mettre en place et de maintenir les principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005) en tant que fonctions essentielles de santé publique de leurs systèmes de santé, aux niveaux national et infranational, en tenant compte de leur situation nationale sanitaire, sociale, économique, politique et du contexte en matière de sécurité.</p>
<b>3. Leadership et gouvernance de l'OMS</b>	<p>Le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire dirigera le processus d'élaboration et de mise en œuvre du plan stratégique mondial quinquennal. Le Secrétariat de l'OMS fera rapport des progrès accomplis lors des réunions des organes directeurs, dans le cadre des rapports qu'il soumet régulièrement sur l'application et la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005).</p>
<b>4. Partenariats avec différentes institutions</b>	<p>De nombreux pays nécessitent un soutien technique pour l'évaluation, la mise en place et le maintien de leurs principales capacités exigées par le Règlement en tant que fonctions essentielles de santé publique de leurs systèmes de santé. Plusieurs partenaires mondiaux soutiennent les pays dans le domaine du renforcement des systèmes de santé, de la préparation et de la riposte en santé publique. Conformément à la décision de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, l'OMS est appelée à coopérer et à coordonner ses activités, selon le cas, avec les organisations et organismes suivants : Organisation des Nations Unies, Organisation internationale du travail, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Agence internationale de l'énergie atomique, Organisation de l'aviation civile internationale, Organisation maritime internationale, Comité international de la Croix Rouge, Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Association internationale du transport aérien, Fédération internationale des armateurs, et l'Organisation mondiale de la santé animale. La coopération avec d'autres acteurs non étatiques concernés ainsi que les associations de l'industrie sera également envisagée dans le cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques.</p>
<b>5. Approche intersectorielle</b>	<p>Faire face aux risques, aux événements et aux urgences en matière de santé publique nécessite une approche multisectorielle et coordonnée (par exemple entre les secteurs de l'agriculture, du transport, du tourisme et de la finance). De nombreux pays disposent déjà de structures et de mécanismes de coordination de la santé, tels que l'approche « Un monde, une santé ». Le plan stratégique quinquennal mondial fournira des orientations stratégiques en vue de la planification pour la préparation et l'action de santé publique dans différents secteurs.</p>

<sup>1</sup> Sur la base de l'annexe 2 du document A70/16.

Principe directeur	Informations détaillées
<b>6. Intégration avec le système de santé</b>	Suite à la flambée de la maladie à virus Ebola en Afrique de l’Ouest en 2014 et 2015, la sécurité sanitaire et la résilience du système de santé figurent désormais parmi les priorités du programme de développement. Le fait de définir les principales capacités requises indiquées à l’annexe 1 du Règlement en tant que fonctions essentielles de santé publique permettra à la sécurité sanitaire et aux systèmes de santé de se renforcer mutuellement, ce qui aboutira à des systèmes de santé résilients.
<b>7. Participation communautaire</b>	Une préparation effective en santé publique ne peut être obtenue qu’au moyen d’une participation active des gouvernements locaux, des organisations de la société civile, des dirigeants locaux et de chaque citoyen. Les communautés doivent s’approprier le processus de préparation afin de renforcer celle-ci pour faire face aux situations d’urgence allant d’événements au niveau local ou national à des pandémies ou des catastrophes.
<b>8. Accent mis sur les situations de fragilité</b>	Si le Programme OMS de gestion des situations d’urgence sanitaire apporte effectivement un soutien à tous les pays dans leurs efforts de préparation et de riposte face aux risques, événements et urgences de santé publique, l’accent sera mis initialement sur un ensemble de pays prioritaires en situation de fragilité. La détermination des pays prioritaires prendra en compte l’évaluation des capacités principales nationales et d’autres évaluations du risque, par exemple, au moyen de la méthodologie INFORM. <sup>2</sup>
<b>9. Intégration régionale</b>	S’appuyant sur le plan stratégique mondial quinquennal, les bureaux régionaux de l’OMS élaboreront des plans opérationnels régionaux, en tenant compte des cadres et des mécanismes régionaux qui existent déjà tels que : la stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et les situations d’urgence 2016-2020 (une stratégie du Bureau régional de l’Afrique <sup>3</sup> ) ; la Stratégie Asie-Pacifique pour la maîtrise des maladies émergentes et la gestion des urgences de santé publique, SMEAP III (un cadre stratégique commun des Régions de l’Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental), <sup>4</sup> Santé 2020 (un cadre politique et une stratégie de la Région européenne), <sup>5</sup> la commission d’évaluation régionale du Règlement sanitaire international (2005) mise en place par le Comité régional de la Méditerranée orientale, <sup>6</sup> et d’autres approches régionales.

<sup>2</sup> L’indice INFORM de gestion des risques est un outil pour comprendre le risque de crises humanitaires et de catastrophes. Disponible à l’adresse <http://www.inform-index.org/Portals/0/InfoRM/INFORM%20Global%20Results%20Report%202017%20FINAL%20WEB.pdf?ver=2016-11-21-164053-717> (consulté le 17 juillet 2017).

<sup>3</sup> Voir [http://www.afro.who.int/sites/default/files/sessions/working\\_documents/afr-rc66-6-fr-2207\\_0.pdf](http://www.afro.who.int/sites/default/files/sessions/working_documents/afr-rc66-6-fr-2207_0.pdf) (consulté le 20 juillet 2017).

<sup>4</sup> Voir [http://www.wpro.who.int/about/regional\\_committee/67/documents/wpr\\_rc67\\_09\\_apsed\\_fr.pdf](http://www.wpro.who.int/about/regional_committee/67/documents/wpr_rc67_09_apsed_fr.pdf) (consulté le 1<sup>er</sup> août 2017).

<sup>5</sup> Voir [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1) (consulté le 20 juillet 2017).

<sup>6</sup> Voir [http://applications.emro.who.int/docs/RC62\\_Resolutions\\_2015\\_R3\\_16577\\_FR.pdf?ua=1](http://applications.emro.who.int/docs/RC62_Resolutions_2015_R3_16577_FR.pdf?ua=1) (consulté le 20 juillet 2017).

Principe directeur	Informations détaillées
<b>10. Financement intérieur</b>	Pour parvenir à une viabilité à long terme, la budgétisation et le financement des principales capacités requises en vertu du Règlement en tant que fonctions essentielles de santé publique doivent provenir, dans la mesure du possible, des ressources nationales. Le Secrétariat collaborera avec les pays afin d'encourager l'allocation de ressources de financement intérieures pour développer et maintenir des fonctions de santé publique essentielles dans le cadre des mécanismes nationaux existants de planification et de financement. Dans les pays nécessitant des ressources externes non négligeables, le Secrétariat fournira un soutien au renforcement des mécanismes institutionnels de coordination de la coopération internationale, fondés sur les principes de la coopération efficace au service du développement (la prise en main par les pays, l'accent mis sur les résultats, les partenariats inclusifs, la transparence et la redevabilité). <sup>7</sup>
<b>11. Établir un lien entre le plan stratégique mondial quinquennal et les obligations en vertu du Règlement sanitaire international (2005)</b>	Le plan stratégique mondial quinquennal proposera des orientations stratégiques relatives aux obligations pertinentes des États Parties et de l'OMS en vertu du Règlement, ainsi que des aspects techniques et opérationnels volontaires qui ne constituent pas une obligation au titre du Règlement.
<b>12. Priorité accordée aux résultats, y compris le suivi et la redevabilité</b>	Le plan stratégique mondial quinquennal aura son propre cadre de suivi, y compris des indicateurs et des calendriers, qui seront élaborés moyennant un processus de consultation et utilisés pour faire rapport annuellement à l'Assemblée de la Santé des progrès accomplis.

## Piliers

### 1. Mettre en place et maintenir les principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005)

(a) Compte tenu des enseignements tirés de la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 et 2015 et d'autres événements de santé publique récents, il conviendrait que les États Parties se concentrent sur la mise sur pied et le maintien de systèmes de santé résilients, et présentent les principales capacités en tant que fonctions essentielles de santé publique de leurs systèmes de santé. Tout en observant les prescriptions pour veiller à la responsabilisation mutuelle au niveau international eu égard à l'application et à la mise en œuvre du RSI, les pays doivent créer des mécanismes nationaux de suivi et d'évaluation dans le cadre de leurs systèmes de santé, ce qui faciliterait également le suivi de l'état d'avancement de la mise en œuvre des principales capacités, en tant que fonctions essentielles de santé publique.

(b) Il faudra prendre en compte les implications et les avantages potentiels, en termes de continuité de certaines capacités nationales suite à la transition de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite vers une stratégie postcertification. La Soixante-

<sup>7</sup> Global Partnership for Effective Development Co-operation – principes. Disponible à l'adresse <http://effectivecooperation.org/about/principles/> (consulté le 17 juillet 2017).

Dixième Assemblée de la Santé a prié le Directeur général, entre autres, « d'élaborer d'ici fin 2017 un plan d'action stratégique pour la transition qui sera soumis à l'examen de la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent quarante-deuxième session et qui : i) définit clairement les capacités et les actifs, surtout au niveau des pays et, le cas échéant, au niveau des communautés, nécessaires pour : maintenir durablement les progrès dans les autres domaines programmatiques tels que la surveillance des maladies ; la vaccination et le renforcement des services de santé ; l'alerte précoce et la riposte aux situations d'urgence et aux flambées, et notamment le renforcement et le maintien des principales capacités prévues par le Règlement sanitaire international (2005) ». <sup>8</sup>

(c) Les États Parties ont eu un peu plus de 10 ans pour mettre en place les principales capacités de prévenir, de détecter, d'évaluer, de notifier et d'intervenir face aux risques, événements et situations d'urgence qui ont un potentiel de propagation internationale, conformément aux prescriptions du Règlement. Les États Parties doivent continuer à renforcer et à maintenir ces principales capacités en tant que fonctions essentielles de santé publique de leurs systèmes de santé, en vue de l'application effective du Règlement, y compris les capacités relatives aux points d'entrée.

(d) Pour les États Parties dont les mécanismes nationaux existants de planification, de financement, de suivi et d'évaluation des systèmes de santé sont insuffisants, le Secrétariat élaborera des orientations en vue de faciliter la mise en place et le maintien des principales capacités, en tant que fonctions essentielles de santé publique, et dans le cadre du processus continu d'évaluation et de planification, en conformité avec la stratégie nationale pour la santé. De même, le Secrétariat élaborera des orientations en vue de faciliter l'adoption de l'approche nationale pour la planification et le financement intersectoriels. Le Secrétariat élaborera des orientations et apportera un soutien technique aux pays dans la mise sur pied de ces plans. L'élaboration des plans d'action nationaux devra être alignée sur les stratégies et plans nationaux du secteur de la santé, et leur mise au point et leur application devront mettre l'accent sur la coordination de secteurs et de partenaires multiples comme l'Organisation mondiale de la santé animale et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), dans le cadre d'une démarche fondée sur le principe « Un monde, une santé ». Comme les principales capacités requises en vertu du Règlement intéressent plusieurs secteurs, il faudra associer le secteur financier et d'autres secteurs au processus de planification pour veiller à la coordination transversale et aux allocations financières appropriées.

## **2. Gestion des événements et respect des obligations**

(a) Le Secrétariat et les États Parties doivent continuer de satisfaire à leurs obligations en vertu du Règlement en matière de détection, d'évaluation, de notification, de déclaration et d'action face aux risques et événements de santé publique qui ont un potentiel de propagation internationale. Le rôle des points focaux nationaux RSI devra être renforcé, notamment moyennant la fourniture d'une assistance technique, de modes

---

<sup>8</sup> Voir la décision WHA70(9).

opérateurs normalisés, de formation, ainsi que le partage d'informations et l'organisation d'activités sur les enseignements tirés des expériences.

(b) Le Secrétariat renforcera ses fonctions de surveillance des événements par l'intermédiaire de la plateforme mise en place récemment, Epidemic Intelligence from Open Sources, pour la détection précoce et l'évaluation des risques d'événements de santé publique.

(c) Le Secrétariat renforcera son rôle dans la gestion des groupes consultatifs d'experts établis pour faciliter l'application, la mise en œuvre du Règlement et le respect des obligations découlant de celui-ci, à savoir la liste d'experts des comités d'urgence et d'examen, le Groupe consultatif scientifique et technique chargé de la cartographie du risque amaril et le Groupe consultatif ad hoc de l'OMS sur la désinfection des aéronefs pour lutter contre la propagation internationale des maladies à transmission vectorielle. Il œuvrera également à l'établissement du groupe consultatif technique d'experts sur les menaces infectieuses, sur la base du projet de mandat figurant à l'annexe 3 du document A70/16.

(d) Un élément essentiel du fonctionnement optimal du système mondial d'alerte et d'action consiste pour les États Parties à respecter les prescriptions du Règlement relatives aux mesures de santé prises en réponse aux risques et événements de santé publique, y compris lors des urgences de santé publique de portée internationale. Le Secrétariat, conformément aux dispositions de l'article 43 du Règlement, doit communiquer aux États Parties les informations concernant les mesures sanitaires supplémentaires appliquées par d'autres États Parties. Le Secrétariat recueillera systématiquement les informations sur les mesures supplémentaires, et, concernant celles qui entravent de manière importante le trafic international, au titre de l'article 43, fournira les raisons de santé publique et les informations scientifiques qui les justifient qui ont été communiquées par les États Parties appliquant ces mesures.

### **3. Mesurer les progrès et obligation de rendre compte**

(a) Dans le cadre de la préparation et de la riposte en santé mondiale, il est important d'assurer un suivi continu des progrès accomplis, à la fois dans l'établissement et le maintien par les États Parties des principales capacités précisées à l'annexe 1 du Règlement et dans la capacité du système mondial à intervenir face aux événements de santé publique qui ont un potentiel de propagation internationale.

(b) Au titre de l'article 54.1 du Règlement, les « États Parties et le Directeur général font rapport à l'Assemblée de la Santé sur l'application du présent Règlement selon ce qu'aura décidé l'Assemblée de la Santé ». Cela comprend également le suivi de l'état d'avancement de la mise en œuvre des principales capacités indiquées à l'annexe 1 du Règlement. La fréquence annuelle de la présentation de rapports à l'Assemblée de la Santé a été déterminée par la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé en

2008.<sup>9</sup> Depuis 2010, le Secrétariat a proposé un outil d'autoévaluation, axé exclusivement sur les principales capacités afin que les États Parties s'acquittent de leur obligation de faire rapport chaque année à l'Assemblée de la Santé. Conformément à l'article 54 du Règlement sur la présentation de rapports et l'examen, et à la résolution WHA68.5 (2015) sur 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, et suite aux consultations lors des comités régionaux qui auront lieu en 2017, le plan stratégique mondial quinquennal proposera un cadre révisé de suivi et d'évaluation du RSI concernant la présentation de rapports à l'Assemblée de la Santé sur l'état d'avancement de l'application et de la mise en œuvre du Règlement.

(c) Dans l'intervalle, le Secrétariat continuera à proposer l'outil d'autoévaluation pour l'établissement de rapports annuels, introduit en 2010, tout en répondant aux demandes des États Membres qui souhaiteraient mettre en place des instruments d'évaluation et de suivi supplémentaires au titre du cadre de suivi et d'évaluation du RSI. Tel que mentionné dans le document A70/16, dont a pris note la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé en 2017, afin de veiller à la cohérence d'ensemble entre les divers instruments, le Secrétariat examinera l'outil pour l'établissement du rapport annuel par les pays eux-mêmes, et cet instrument révisé sera proposé aux États Parties pour l'établissement des prochains rapports annuels.

(d) Le plan stratégique mondial quinquennal comportera des indicateurs et des délais pour mesurer les progrès accomplis aux niveaux régional et mondial. La plupart des régions disposent déjà de stratégies et de cadres qui seront pris en compte lors de l'élaboration de l'approche de suivi pour le plan stratégique mondial quinquennal.

- - -

---

<sup>9</sup> Voir la résolution WHA61.2 (2008).