

A MISE EN ŒUVRE DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005)

Introduction

1. Avec la déclaration d'urgence de santé publique d'importance internationale en raison de la pandémie (H1N1) 2009, l'application du Règlement sanitaire international (2005) (RSI) au niveau mondial a été mise à l'épreuve. Cette expérience a exigé l'action concertée de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et des États membres mus par un objectif commun. Cela a également démontré l'utilité de disposer d'un cadre juridique qui facilite la coordination des communications et de la riposte, ainsi que la nécessité de continuer à renforcer les capacités pour être chaque fois plus efficaces dans l'application du RSI (2005).

2. Ce rapport a pour but de rendre compte des progrès des États Membres et de l'OPS concernant le respect des engagements pris dans la résolution WHA58.3 de l'Assemblée mondiale de la Santé. Cette résolution définit le processus de mise en œuvre du RSI (2005). Le rapport s'articule autour de sept domaines d'activité¹ définis par l'OMS pour la mise en œuvre du RSI (2005).

Promouvoir les alliances régionales

3. Les États membres, à travers les systèmes d'intégration régionale, ont assumé une responsabilité partagée et jouent un rôle actif dans l'application du RSI (2005). En vue de favoriser le respect de cet engagement, un appui est toujours apporté au Sous-groupe de travail 11 (SGT-11) du Marché commun du Sud (MERCOSUR), à l'Organisme régional andin de la santé-Convention Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), à la Réunion du Secteur de la santé d'Amérique centrale et de la République dominicaine (RESSCAD), ainsi qu'aux pays des Caraïbes par le biais du Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC).

¹ (i) Promotion des alliances mondiales et régionales ; (ii) renforcement des systèmes nationaux de prévention, de surveillance, de lutte et de riposte face aux maladies ; (iii) renforcement de la sécurité sanitaire dans les moyens de transport et parmi les voyageurs ; (iv) renforcement des systèmes d'alerte et de riposte de l'OPS ; (v) renforcement de la gestion de risques spécifiques ; (vi) appui des droits, obligations et procédures et (vii) réalisation d'études et de contrôle des progrès.

4. Cet appui technique s'est concentré, pour le Sous-groupe de travail 11 (SGT-11)² du MERCOSUR et pour ORAS-CONHU, sur les procédures pour la mise en œuvre du RSI (2005), sur l'harmonisation de la liste d'événements essentiels pour la santé publique et sur la formation des équipes de réponse rapide. Pour l'Amérique Centrale, le projet de coopération technique entre les pays (PCT) décidé par les États membres dans le cadre de l'accord HON-XXIV-RESSCAD-3 pour évaluer les capacités fondamentales de surveillance et de riposte a été exécuté et le renforcement de ces capacités a été inclus dans le Programme et le Plan de Santé 2010-2015 approuvé par le Conseil des Ministres de la Santé d'Amérique Centrale (COMISCA). Les pays des Caraïbes de langue anglaise, française et néerlandaise ont décidé de poursuivre, avec le soutien de CAREC, des activités pour la mise en œuvre effective du RSI (2005).

Renforcement des systèmes nationaux de prévention, de surveillance, de contrôle et de riposte aux maladies

5. Pendant cette période, l'OPS a continué à soutenir les États membres dans l'évaluation de la capacité de leurs structures et de leurs ressources et dans l'élaboration de plans d'action alignés sur ceux qui existent déjà dans le pays et avec les plans régionaux en vigueur. À ce jour, les informations disponibles montrent que sur les 35 États membres, 34 ont terminé l'évaluation de leurs capacités de surveillance et de réponse au niveau national ; 28 ont élaboré les plans nationaux de renforcement de ces capacités et 18 ont évalué les capacités aux points d'entrée.

6. Les États Membres ont entamé l'exécution de leurs plans d'action pour le renforcement des capacités. Afin d'identifier les besoins de coopération technique sur ce plan, une réunion avec les responsables des services nationaux de surveillance des pays d'Amérique latine s'est tenue à Lima (Pérou). À cette occasion, une liste des priorités pour l'appui technique a été dressée. Celles-ci ont été évaluées et incluses dans le Plan de travail biennal 2010-2012 du Projet de prévention et de contrôle des maladies transmissibles de l'OPS. En outre, dans le but d'élaborer un document sur les principes directeurs permettant aux systèmes nationaux de surveillance traditionnels d'être compatibles avec la recherche d'informations rendant possible la détection des risques de santé publique et d'une riposte appropriée, comme le stipule le RSI (2005), un atelier a été organisé au siège de l'OPS, à Washington, D.C., auquel ont pris part 16 experts en surveillance de différentes institutions.³

² Le Groupe Marché commun (GMC) s'articule en 15 Sous-groupes de travail (SGT) afin de réaliser les objectifs du MERCOSUR. Au nombre de ces SGT, le N° 11 correspond à celui de la santé et a été créé par l'entremise de la Résolution GMC N° 151 de 1996. Ces SGT ont élaboré leurs normes de négociations devant être examinées par le GMC ; qui déterminent les priorités et élaborent un calendrier pour leur mise en œuvre.

³ L'Agence de Santé publique du Canada, les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (EUA), le Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies, des responsables des services

7. Pour soutenir le renforcement des Centres nationaux de liaison pour le RSI, et dans le cadre d'une collaboration avec les Ministères de la Santé du Brésil et du Chili, un guide opérationnel pour le fonctionnement des Centres nationaux de liaison a été élaboré et un outil informatique a été adapté pour renforcer la surveillance basée sur des événements. Au vu des résultats des évaluations, un soutien a été accordé à 14 États membres pour le renforcement de leurs Centres nationaux de liaison. Ces propositions sont en cours d'examen et d'approbation finale. Enfin, et dans la même optique, un système de stages a été planifié puis mis en œuvre en mars 2010. Ces stages sont destinés aux fonctionnaires des Centres nationaux de liaison pour le RSI qui participent aux activités de l'Équipe d'alerte et de riposte du Siège de l'OPS à Washington, D.C. À l'heure où le présent rapport est rédigé, un premier stagiaire de la République dominicaine a été accueilli.

8. Dans le cadre du renforcement des capacités de riposte, les pays doivent consolider les équipes de réponse rapide (ERR). À cette fin, le programme de formation des ERR a été mis à jour et étendu. Un soutien est désormais accordé à des programmes de formation en Bolivie, au Chili et au Costa Rica, permettant de former 89 professionnels de différentes disciplines. En outre, afin de favoriser la mise en œuvre du programme d'épidémiologie sur le terrain, une aide a été fournie pour l'élaboration d'une proposition devant être mise en œuvre au Paraguay. La proposition a été approuvée et se trouve actuellement à l'étape initiale d'exécution.

Renforcement de la sécurité sanitaire dans les moyens de transport et parmi les voyageurs

9. Pour ce qui est des initiatives en rapport avec les points d'entrée, la collaboration s'est poursuivie avec le Groupe technique consultatif sur la sécurité portuaire de l'Organisation des États américains dans le but de renforcer les capacités fondamentales nécessaires dans les ports désignés. En outre, pour faciliter l'orientation et l'élaboration d'outils en rapport avec les points d'entrée, l'OPS compte un nouveau conseiller en la matière pour renforcer la supervision et l'appui à la mise en œuvre du RSI.

Renforcement des systèmes d'alerte et de riposte de l'OPS

10. En 2009, le point de contact régional pour le RSI (2005) a maintenu ses activités de routine et d'urgence, en assurant une garde 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Des tests de communication ont été réalisés avec les Centres nationaux de liaison des États membres. Sur 35 Centres nationaux de liaison, 25 ont répondu dans les délais au message

nationaux de surveillance du Chili, du Costa Rica, du Salvador et du Mexique, ainsi que des fonctionnaires de l'OPS, du bureau régional de l'OMS en Europe et du siège de l'OMS à Genève.

électronique envoyé et pour 22 il a été possible d'établir une communication téléphonique.

11. En ce qui concerne la détection et l'évaluation des risques, 166 événements importants pour la santé publique internationale ont été enregistré en 2009, dont 39 avaient trait à la pandémie (H1N1) 2009. Par ailleurs, 34% des événements ont été notifiés par les Centres nationaux de liaison, 14% par d'autres institutions gouvernementales et 52% ont été détectés dans le cadre des activités de surveillance de routine de l'OPS. Des informations ont été communiquées aux États membres sur le Site d'information sur les événements (dont le sigle anglais est EIS), avec un total de 539 actualisations sur 49 événements importants pour la santé publique internationale.

12. Dans le contexte de la réponse à la pandémie (H1N1) 2009, l'OMS a activé le mécanisme du réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (dont le sigle anglais est GOARN). Entre avril et novembre 2009, 17 États membres de l'OPS⁴ ont bénéficié de l'appui technique d'experts mobilisés par le réseau GOARN. Un total de 77 experts de 17 institutions et agences⁵ ainsi que des experts de l'OPS/OMS ont été mobilisés pour faire partie des équipes nationales de riposte. Ce processus a débouché sur une réunion d'analyse de la riposte organisée au Panama.

Renforcement de la gestion des risques spécifiques

13. Dans le contexte de la pandémie (H1N1) 2009, les systèmes nationaux de surveillance de la grippe ont été renforcés avec des équipements, des réactifs, des programmes de formation et l'organisation de laboratoires. Les informations produites par ces laboratoires ont été intégrées au système national de surveillance et sont utilisées pour la surveillance de la pandémie.

14. Au cours de la période couverte par le rapport, 112 bulletins et alertes ont été émis, dont 87 correspondaient à la pandémie (H1N1) 2009. En outre, afin d'améliorer l'analyse des risques de dissémination de maladies et d'assurer un suivi adéquat des événements, des cartes de risque sur la fièvre jaune, la dengue et des indicateurs qualitatifs de la pandémie ont été développés et actualisés.

⁴ Argentine, Belize, Bolivie, Chili, El Salvador, Équateur, Guatemala, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, République dominicaine, Suriname et Uruguay.

⁵ Agence de santé publique du Canada, Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (EUA), Institut national de la santé du Portugal, Institut Pasteur de la Guyane française, Ministères de la Santé de l'Argentine, du Brésil, du Chili et du Pérou, Ministère de la Santé et de la Politique sociale de l'Espagne, Secrétariat de la Santé du Mexique, Organisme régional andin de la santé-Convention Hipólito Unanue, Program for Appropriate Technology in Health (PATH), Bureau pour les Caraïbes de l'Institut de veille sanitaire français, Programme européen de formation en épidémiologie d'intervention, Universités Valparaiso au Chili et du Texas aux États Unis.

15. En vue d'analyser de façon critique l'expérience des pays et de générer des connaissances à même d'améliorer l'action, un exercice sur les enseignements tirés quant à la réponse face à la grippe pandémique (H1N1) 2009 aux Amériques a été réalisé.

Appui des droits, obligations et procédures et réalisation d'études et de contrôle des progrès

16. La mise en œuvre normative du RSI (2005) dans la Région n'est pas encore terminée dans tous les États Membres. Afin de faciliter la révision de la législation dans les États membres, un « Cadre de référence pour la mise en œuvre normative du RSI (2005) » a été élaboré et est en cours d'impression.

17. Les États Membres ont nommé 72 experts pour faire partie de la Liste d'experts du RSI (2005). La Directrice générale de l'OMS a convoqué des experts de cette Région pour faire partie du Comité d'urgence et du Comité d'examen. Ces experts se sont réunis pour la première fois du 12 au 14 avril 2010.

18. La Région des Amériques a pris part aux études effectuées par l'OMS pour évaluer le fonctionnement de l'instrument de décision inclus à l'annexe 2 du RSI (2005),⁶ à l'étude pilote pour examiner la fiabilité de l'évaluation et de la notification, à l'étude qualitative composée d'une enquête approfondie avec des questions sur l'utilisation de l'instrument de décision, ainsi qu'à une enquête pour évaluer son utilisation. Les résultats de ces études seront connus dans le courant de l'année.

19. Enfin, cette année se tiendra la première réunion régionale conjointe des Centres nationaux de liaison, des responsables nationaux des services de surveillance et des responsables de points d'entrée.

⁶ Un rapport préliminaire sur le résultat de l'étude pilote effectuée par l'Université de Genève a été distribué aux pays le 22 mars 2010 par l'entremise du point de contact de l'OMS pour le RSI dans la Région des Amériques (jhr@paho.org).