



ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



49^e CONSEIL DIRECTEUR 61^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., É-U, du 28 septembre au 2 octobre 2009

Point 8.2 de l'ordre du jour provisoire

CD49/INF/2, Rév. 1 (Fr.)
17 septembre 2009
ORIGINAL : ESPAGNOL

RAPPORT SUR LES PROGRÈS RÉALISÉS EN MATIÈRE TECHNIQUE : RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (Y COMPRIS LE RAPPORT SUR LA PANDÉMIE [H1N1] 2009)

Introduction

1. Le 15 juin 2007 marque un tournant pour la santé publique mondiale. A cette date, est entré en vigueur le nouveau Règlement sanitaire international (RSI [2005]), dont l'objet et la portée consistent "à prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux"¹. Effectivement, le RSI est devenu l'instrument juridique essentiel pour la sécurité sanitaire mondiale. Le RSI (2005) définit le cadre nécessaire pour la notification immédiate à l'OPS/OMS de tout événement qui pose des risques pour la santé mondiale, y compris les événements d'origine chimique et radio nucléaire, et, en cas de besoin, il permet d'apporter une réponse coordonnée.

2. Des progrès ont été faits dans les domaines de travail établis pour l'application du RSI (2005) qui contribuent à atteindre les objectifs stratégiques et les résultats escomptés (1.4, 1.6, 1.8) consignés dans le plan stratégique à moyen terme pour la période 2008-2013 en ce qui concerne la coopération entre les États Membres pour qu'ils renforcent leur capacité de vigilance des maladies transmissibles, acquièrent la capacité de base nécessaire pour toutes les tâches de surveillance et d'action en cas d'épidémies et d'urgences de santé publique, ainsi que pour que l'OPS/OMS puisse coordonner et mettre à la portée des États Membres, la capacité régionale nécessaire pour la détection,

1 Dix choses à savoir sur le RSI (2005), OMS, <http://www.who.int/ihr/about/10things/fr/index.html>, consulté le 31 mars 2009.

vérification, évaluation des risques et réponse en cas d'une épidémie et autres événements qui peuvent constituer une urgence de santé publique de portée internationale.

3. Ce rapport présente en détail les progrès réalisés par les États Membres pour s'acquitter de leurs engagements au titre de la résolution WHA58.3 de 2005, qui définit le processus de mise en œuvre du Règlement. Dans le cadre de cet instrument, il est stipulé que les États Parties doivent avoir conclu l'évaluation de la capacité de base nécessaire pour toutes les tâches de surveillance et de réponse (annexe 1A du RSI) et des capacités de base nécessaires pour la vigilance dans les aéroports, ports et postes frontières désignés (annexe 1B du RSI) au plus tard le 15 juin 2009. Ils devront, par ailleurs, mettre en place toutes les capacités manquantes au plus tard le 15 juin 2012. D'autre part, en adoptant le RSI (2005), les États Membres se sont engagés à établir immédiatement les Centres nationaux de liaison pour le RSI (2005), qui doivent fonctionner sans interruption ; à faire l'évaluation du risque d'événements par l'entremise de l'instrument de décision qui fait l'objet de l'annexe 2 du RSI, à diffuser la notification dans les 24 heures suivant l'évaluation des données ayant trait aux événements pouvant constituer une urgence de santé publique, à désigner les aéroports et ports qui doivent acquérir et maintenir les capacités prévues à l'annexe 1B du RSI, ainsi qu'à communiquer la liste des ports habilités à proposer la délivrance de certificats de contrôle sanitaire de navire.

Promotion des alliances régionales

4. Cet engagement collectif particulier demande l'étroite collaboration entre l'Organisation et les États, de même que la coopération intersectorielle au sein des pays et tout particulièrement la collaboration entre les différentes entités administratives et gouvernementales, surtout dans les états fédéraux. En outre, la collaboration est essentielle entre les pays voisins, les associés commerciaux et les Membres d'initiatives régionales d'intégration.

5. Compte tenu de l'importance que revêtent la socialisation et la diffusion du RSI (2005), en juin 2007, un site web a été inclus sur la page de l'OPS contenant des informations utiles et pertinentes pour les États Membres : surveillance au niveau de la santé publique, systèmes d'alerte et de réponse et santé du voyageur, parmi d'autres ; ainsi qu'un lien avec les actualités sur les événements qui surviennent et qui pourraient constituer une situation d'urgence pour la santé publique de portée internationale. Il convient de souligner que dans quelques uns des États Membres (Brésil, Chili, Mexique et Venezuela) des initiatives sont en cours pour l'élaboration de sites web qui contiennent des informations détaillées sur les principales composantes nécessaires au processus de mise en œuvre du Règlement au niveau du pays.

6. Les activités cordonnées ont bénéficié de l'appui des systèmes suivants d'intégration régionale : a) le sous groupe de travail 11 (SGT-11) du MERCOSUR qui a établi la Commission intergouvernementale pour l'application du Règlement sanitaire international dans le but d'harmoniser les activités des pays en matière de formation du personnel nécessaire, élaboration de formulaires, relations avec d'autres organismes en rapport avec le RSI (2005), des circuits d'administration des documents sur le RSI (2005), système d'information et application de l'instrument d'évaluation des capacités de base ; b) l'Organisme régional andin de la Santé-Convention Hipólito Unanue (ORAS/CONHU), par l'entremise de la résolution REMSAA XXIX/445-2008 concernant la coordination des systèmes d'alerte et de réponse a été en charge, avec le MERCOSUR, de l'harmonisation de la liste de maladies dont la notification est prioritaire, ainsi que de l'adaptation de l'instrument de surveillance épidémiologique de la Convention Hipólito Unanue (VIGICONHU2) pour l'échange d'informations entre les pays de l'Amérique du Sud ; c) le Traité constitutif de l'Union des nations sud-américaines dans le plan d'action de l'UNASUR a consigné comme priorité l'établissement d'une barrière épidémiologique et ce processus est déjà en cours grâce aux activités menées par le ORAS et le MERCOSUR ; d) l'Amérique centrale, par le biais de l'accord XXIV-HON-RESSCAD-3 pour le respect du Règlement sanitaire international s'est engagé à divulguer et à inclure, en tant que problème prioritaire et de sécurité régionale, la question du Règlement sanitaire international dans les programmes des autres secteurs ainsi que dans le processus d'intégration de l'Amérique centrale (commerce, tourisme, migration, santé, social) pour sa mise en œuvre. Le projet de coopération technique entre pays (CTP) sera mis en place opportunément pour que les évaluations des compétences de base et les plans d'action soient conclus en 2009, et les Centres nationaux de liaison soient pleinement opérationnels.

Renforcement des systèmes nationaux de prévention, de surveillance, de contrôle et de réponse à la maladie

7. L'objectif stratégique pour améliorer la surveillance et les systèmes d'alerte et de réponse aux épidémies et aux urgences de santé publique dans les États Membres en vertu du RSI (2005) se fonde dans l'évaluation des compétences de base existantes. Le Bureau sanitaire panaméricain (BSP), en collaboration avec la Commission intergouvernementale sur la mise en œuvre du Règlement sanitaire international du MERCOSUR, a mis à la disposition des pays les outils nécessaires pour faciliter cette évaluation qui devait être achevée au plus tard le 15 juin 2009. Jusqu'à la date de préparation de ce document, l'information disponible montre que 27 pays ont achevé l'évaluation de leurs capacités de surveillance et de réponse, dont 17 se trouvent en Amérique latine et 10 dans les pays anglophones des Caraïbes. Par rapport à l'évaluation des capacités nécessaires aux points d'entrée, les informations disponibles indiquent que l'évaluation a été menée dans 12 pays d'Amérique latine et dans 5 pays anglophones des Caraïbes.

8. L'utilisation des quatre critères de l'instrument de décision pour l'évaluation et la notification d'événements qui puissent constituer une urgence de santé publique de portée internationale, à savoir : graves conséquences pour la santé publique, événement inattendu ou inhabituel, risque important de propagation internationale et risque important de restrictions internationales sur les voyages ou le commerce, constituent un nouveau paradigme dans le dialogue entre les Centres nationaux de liaison et le Bureau sanitaire panaméricain (BSP). Ces critères permettent de se concentrer sur la nécessité de compter sur une information adaptée et issue des enquêtes menées sur le terrain, de fournir en temps opportun un soutien pour contrôler les événements dans leur lieu d'origine et d'alerter, au même temps, les populations et les territoires qui sont le plus exposés au risque potentiel de propagation. Des exercices de simulation ont été effectués dans les ateliers sous-régionaux, menés par les réseaux de surveillance. Ces pratiques donnent aux participants l'opportunité de discuter sur l'application des critères en situation réelle.

9. Trois réunions sous régionales (Amérique du Sud, Amérique centrale et les Caraïbes) ont eu lieu avec les responsables de la surveillance des services nationaux pour examiner et mettre à jour les Centres nationaux de liaison (CNE), pour évaluer les compétences de base nécessaires pour la surveillance et la réponse ainsi que pour analyser les opérations de réponse face à des urgences de santé publique.

10. En coordination avec les initiatives de préparation à une éventuelle pandémie de grippe, la formation de 60 agents nationaux et de 15 professionnels de la santé au sein de l'OPS a été entreprise afin d'améliorer leurs compétences en tant que leaders d'équipes d'intervention rapide. Parmi les sujets abordés peuvent être cités : la coordination, la gestion, la communication, la logistique, la mobilisation sociale et la prévention des risques biotechnologiques. Cette activité a été réalisée en collaboration entre le bureau de prévention et de contrôle des maladies transmissibles et le domaine de préparation aux situations d'urgence et secours en cas de catastrophe tant pour une équipe régionale de l'OPS que pour une équipe d'experts nationaux de Bolivie, Costa Rica, Équateur, Honduras, Jamaïque, Paraguay et Uruguay.

11. Le système de gestion des événements (EMS) à l'usage des CNE a été adopté en collaboration avec le siège de l'OMS, le Ministère de la Santé du Brésil et le Ministère de la Santé du Chili. Il a été établi également un guide opérationnel pour le bon fonctionnement des Centres nationaux de liaison.

Santé des voyageurs et sécurité dans les moyens de transport

12. La mise à niveau des professionnels chargés de la mise en œuvre des mesures de contrôle sanitaire et de surveillance dans les ports d'entrée a fait l'objet de quatre réunions régionales. Les premières ont eu lieu au Mexique pour les pays hispanophones et à la Barbade pour les pays anglophones. Les sujets suivants ont été abordés lors de ces réunions : obligations des pays et calendrier de mise en œuvre des compétences de base

dans les points d'entrée conformément au RSI (2005) ; validation du mode d'emploi de l'outil et de l'outil lui-même pour faciliter l'évaluation des capacités de base des points d'entrée ; discussions sur la méthodologie à utiliser, établissement d'un plan de surveillance et d'un plan d'action visant à combler les lacunes et mise à jour sur les nouveaux certificats pour les navires et les aéronefs. Ensuite, deux ateliers ont été réalisés avec des séances de travaux pratiques sur les cargos et les paquebots, à Miami, aux États-Unis, et à Santos, au Brésil, de manière à évaluer le processus d'inspection et l'établissement de certificats de contrôle sanitaire de navire et pour accélérer la création d'un réseau des fonctionnaires chargés du contrôle sanitaire aux ports.

13. Parmi les initiatives liées aux problèmes des points d'entrée, une collaboration avec le Groupe consultatif technique sur la sécurité portuaire de l'Organisation des États américains a été mise en place en vue d'inclure la question des compétences de base nécessaires dans les ports désignés, tant pour les activités de routine que pour celles qui doivent répondre aux événements qui pourraient constituer une urgence pour la santé publique de portée internationale.

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

14. Le point de contact régional désigné du RSI (2005), qui est le bureau de prévention et de contrôle des maladies transmissibles, a maintenu le travail des professionnels de l'équipe d'alerte et de réponse du même bureau pour les actions de renseignements sur l'épidémie, de vérification des événements identifiés à partir de sources non officielles, de l'évaluation du risque et de la coordination de la réponse. Ces activités sont soutenues par des consultants d'autres unités de l'OPS, tant du Siège (vaccination, préparations aux situations d'urgence et secours en cas de catastrophes et technologies de la santé, entre autres), que des instances décentralisées et des bureaux dans les pays et elles sont mises en œuvre en coordination avec le siège de l'OMS et les cinq bureaux régionaux de l'OMS. Le Point focal régional travaille en équipes de garde épidémiologique disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine. La communication se fait via e-mail ihr@paho.org ; par téléphone, au numéro 001-202-368-8929 ou par fax, au numéro 001-202-351-0548.

15. L'OPS utilise le système de gestion des événements (EMS), développé par le siège de l'OMS à Genève pour faciliter la gestion de l'information sur les événements et les flambées d'une maladie. Depuis mai 2009, la plate-forme informatique a été mise à jour pour la rendre accessible par le web. Cela permettra d'accélérer le processus de mise en œuvre du système unifié dans les trois niveaux de l'Organisation pour l'enregistrement systématique de l'information, l'évaluation des risques, les décisions prises par l'Organisation, et les interventions mises en œuvre.

16. L'équipe d'alerte et de réponse mène une réunion quotidienne pour l'examen et l'évaluation des risques d'évènements identifiés récemment ainsi que de ceux qui sont en phase de suivi de manière à décider si des mesures immédiates de demande de

vérification, d'avertissement et d'identification des besoins de coopération technique doivent être prises.

17. Dans le cadre de la formation professionnelle du personnel qui travaille dans les bureaux de l'OPS dans chaque pays et dans le cadre des activités pour la mise en œuvre du RSI (2005) a eu lieu à Bogotá, en Colombie, une réunion technique qui a examiné les questions de renseignements sur l'épidémie, gestion des flambées, soutien aux CNE. L'inventaire des experts régionaux mobilisables en réponse à une urgence de santé publique a également été mis à jour.

18. De janvier à décembre 2007 ont été enregistrées dans la région 78 événements de santé publique d'importance internationale potentielle, tandis qu'en 2008 et pour la même période, 56 événements seulement ont été recensés. En 2007, et du point de vue de la source d'information initiale, 58% (45) des événements ont été recensés par le système d'alerte de l'OPS, 32% d'entre eux (25) ont été rapportés par les différentes institutions gouvernementales autres que les CNE et 10% (8) ont été signalés par les CNE. Pour la même période de l'année 2008, 54% (30) des événements ont été recensés par le système d'alerte de l'Organisation, 28% (16) a été signalé par les CNE, et seulement 10% (8) provenait des institutions gouvernement autres que les CNE. Au sujet de la réponse aux 113 événements enregistrés depuis la mise en œuvre du RSI (2005) en juin 2007, dans 58 (51%) des cas, l'organisation a fourni une coopération, que ce soit par l'intermédiaire du bureau du pays ou par l'entremise du siège central. Au cours de la même période, les Centres nationaux de liaison ont signalé 24 événements avec impact potentiel sur la santé publique internationale. Dans 66% (16) d'entre eux, l'Organisation a fourni un soutien pour son contrôle au niveau local.

19. Il faut mentionner l'augmentation remarquable de la couverture et la qualité de l'évaluation des risques d'événements, ainsi que les activités des CNE dans l'approvisionnement d'informations initiales sur les événements survenant sur leur territoire. Parmi les événements recensés par le système d'alerte de l'OPS susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale, 100% d'entre eux ont été vérifiés par l'équipe d'alerte et de réponse en cas d'épidémie, du siège de l'OPS/OMS en étroite coordination avec les bureaux de chaque pays, les unités techniques et les Centres nationaux de liaison.

20. Après l'entrée en vigueur du RSI (2005), des tests visant à évaluer la communication entre l'OPS et les CNE désignés ont été conduits avec une fréquence biannuelle. Des messages téléphoniques, électroniques et facsimilés ont été envoyés. Les résultats montrent une réponse positive à la communication téléphonique dans 29 pays sur les 33 où les messages ont été envoyés, mais seulement neuf pays ont donné réponse aux courriels reçus 48 heures après l'envoi. Par ailleurs, nous avons obtenu des informations sur la couverture de réponse pendant les 24 heures, 7 jours par semaine dans les CNE de 28 pays ; 26 des CNE offrent ce service. La pénurie de ressources humaines,

le taux élevé de roulement du personnel et les restrictions sur les appels internationaux sont, parmi d'autres, les facteurs liés à l'absence de couverture.

21. Au Bureau sanitaire panaméricain (BSP), la préparation des plans d'architecture a avancé en vue de l'installation, dans le bâtiment principal, du Centre d'opérations d'urgence, de manière à assurer l'accès à une information fiable et opportune sur les événements qui menacent la santé publique et pour permettre à l'Organisation d'évaluer les risques pour la santé et d'y répondre lorsque les pays en ont besoin. L'équipe de professionnels qui travaillera dans ce Centre sera composé de consultants experts en matière d'alerte et de réponse en cas d'épidémies/RSI et de préparations pour des situations d'urgence et de catastrophes, et ils suivront des procédures opérationnelles standard.

Suivi et questions juridiques

22. Pour déterminer si le cadre juridique des États Membres s'adapte à la pleine mise en œuvre du RSI (2005), le RSI a coordonné des réunions techniques avec les responsables des questions juridiques sur la santé de l'OPS qui ont eu lieu au Siège de l'OMS. Ces réunions intégraient également des experts des universités de Georgetown (Centre collaborateur de l'OPS/OMS pour la santé et l'éthique) et de George Washington de manière à identifier les domaines de collaboration qui pourraient aider les pays à l'examen de la législation nationale sur la santé dans le processus de mise en œuvre du RSI (2005).

23. En 2009, a eu lieu à la Barbade un atelier avec les conseillers juridiques des pays anglophones des Caraïbes afin de faciliter l'échange d'idées sur les processus en cours pour analyser la législation existante et se familiariser avec les guides et le matériel de référence établis par l'OMS à cette fin. Les participants ont identifié les questions prioritaires pour lancer ou accélérer le processus d'examen avec l'assistance de conseillers régionaux de l'OPS, du Siège de l'OMS et du gouvernement du Canada. En 2009, un atelier similaire sera effectué pour les pays d'Amérique latine.

24. Malgré les progrès accomplis par les pays dans la mise en place des Centres nationaux de liaison et dans l'évaluation et le renforcement de la capacité de base nécessaire pour la détection précoce et le contrôle d'événements qui puissent constituer une urgence de santé publique de portée internationale, la pleine mise en application du RSI (2005) en tant qu'engagement politique de l'État exige un effort soutenu sous la tutelle des ministères de la santé.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

25. Le Conseil directeur est invité à prendre note du présent rapport.

Annexe

RAPPORT SUR LA PANDÉMIE (H1N1) 2009

Introduction

1. Ce document tente d'examiner le fonctionnement et la mise en œuvre de divers aspects du Règlement sanitaire international (RSI [2005]) dans le contexte de l'émergence d'un nouveau virus grippal, le A (H1N1), en avril 2009.
2. Le 25 avril 2009, le Directeur général de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a annoncé officiellement pour la première fois depuis l'entrée en vigueur du RSI (2005), le 15 juin 2007, la déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale. La déclaration a été motivée par la découverte, le 21 avril, d'un nouveau virus grippal, le A (H1N1), par les laboratoires des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) à Atlanta, en Géorgie, États-Unis (É-U).
3. Il s'agissait d'un virus de grippe qui n'avait pas circulé auparavant chez l'homme et qui a provoqué deux cas détectés dans deux pays du continent américain, les États-Unis et le Mexique. Cette situation répondait aux critères définis dans l'instrument de décision pour l'évaluation et la notification des événements qui peuvent constituer une urgence de santé publique de portée internationale (annexe 2 du RSI [2005]), qui stipule que la détection d'un cas de grippe humaine causée par un nouveau sous-type de virus doit être immédiatement notifiée à l'OMS.
4. Au moment de rédiger ce document, 46 jours s'étaient écoulés depuis la proclamation officielle de l'urgence de santé publique de portée internationale, 27 772 cas de grippe causée par le nouveau virus A (H1N1) avaient été confirmés et 142 décès avaient été enregistrés dans 73 pays répartis sur cinq des six régions de l'OMS.

Examen du fonctionnement et de l'application du RSI (2005)

Objet et champ d'application

5. L'un des objectifs du RSI (2005) est de prévenir la propagation internationale des maladies. La déclaration de l'urgence de santé publique de portée internationale a permis d'alerter les pays sur l'existence de ce problème potentiel et de déclencher immédiatement les plans d'urgence en préparation d'une éventuelle pandémie. À cet égard, la mise en œuvre des mécanismes du RSI (2005) a été efficace.
6. L'existence simultanée de cas à propagation poussée dans deux pays de la Région des Amériques a empêché la mise en œuvre des mesures de confinement envisagées en cas de détection d'un virus à potentiel pandémique uniquement dans des groupes. Par

conséquent, la réaction initiale était axée sur l'atténuation de l'impact que pourrait avoir ce nouveau virus du point de vue de la morbidité, la mortalité et de la désorganisation sociale, tout en cherchant à réduire au minimum les entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux.

Information et intervention en santé publique

Surveillance

7. Les pays affectés ont fait usage des capacités de base de surveillance et de réponse prévues dans le RSI (2005) face à la survenance d'événements qui pourraient constituer une urgence de santé publique de portée internationale. Cet événement a permis de tester le fonctionnement tant des systèmes de surveillance aux niveaux local, national et sous-national que la capacité des laboratoires, qui ont joué un rôle clé au début de l'épidémie.

8. L'événement a démontré l'importance des mécanismes réguliers de suivi qui permettent de réaliser l'évaluation des risques selon les critères définis par le RSI (2005) : importance pour la santé publique, survenue inhabituelle ou inattendue, risque de propagation internationale et implications pour le trafic et le commerce internationaux. Elle a également démontré l'utilité des équipes de réaction rapide prêtes à se rendre à l'endroit où ces événements se produisent.

9. Les Centres nationaux de liaison (CNE) ont joué un rôle clé dans le système de surveillance conjointe dans les pays et avec d'autres pays et l'OMS. La présence d'une structure officiellement désignée, opérant de manière permanente et en continu, 24 heures par jour, 7 jours par semaine avec des lignes téléphoniques et des adresses électroniques dédiées, a facilité la communication et une coordination efficaces de la surveillance et de la réponse internationale.

Notification

10. La détection initiale du virus de la grippe, le A (H1N1), a été notifiée par la voie officielle et conformément au calendrier établi dans le RSI (2005). L'existence d'un protocole défini et éprouvé de communication entre les CNE et le point de contact de l'OMS dans la région a contribué à connaître et à diffuser rapidement l'information.

Vérification

11. Depuis la mi-avril, l'OMS, dans le cadre des pouvoirs que lui confère le RSI (2005), a commencé un processus de vérification des faits, qui a également bénéficié de l'utilisation d'informations non officielles, en relation à des articles de presse au sujet de

l'écllosion d'une maladie respiratoire grave dans une localité du Mexique. Quelques jours plus tard, une seconde vérification a été demandée suite à un autre article de presse qui faisait état d'un décès dû à un syndrome respiratoire aigu sévère dans une autre région de ce pays. Ces deux événements ont été vérifiés par le CNE du Mexique dans les délais prévus.

12. Ce processus de vérification a contribué à ce que les autorités sanitaires du pays alertent leur système de surveillance. En conséquence, le foyer de maladie respiratoire sévère a été détecté rapidement à Mexico et dans sa région métropolitaine. Des échantillons de plus de 50 cas suspects ont été envoyés à un laboratoire de référence à Winnipeg, au Canada. Ces actions ont permis de confirmer que les cas détectés au Mexique étaient dus au même virus identifié par les CDC aux États-Unis, rapprochant ainsi ces événements.

13. Il est à noter que, dans les mois avant la détection de ces cas, des vérifications sur l'existence de cas sporadiques de grippe humaine causée par un virus d'origine porcine dans les États-Unis avaient été demandées. Toutefois, une fois caractérisés, il a été montré que ces virus ne se transmettaient pas d'une personne à l'autre. Des recherches complémentaires pourraient clarifier les possibles relations entre les deux événements.

Déclaration d'urgence

14. À partir de la notification initiale de la détection du virus de la grippe, le A (H1N1), tous les mécanismes prescrits par le RSI (2005) pour l'évaluation des risques ont été mis en place. Le 25 avril, le Directeur général de l'OMS a convoqué le Comité d'urgence pour la première fois depuis l'entrée en vigueur du RSI (2005), pour être consulté sur la pertinence de déclarer une urgence de santé publique d'importance internationale, sur la détermination de la phase d'alerte de la pandémie appropriée et sur les mesures de santé publique nécessaires en fonction des informations disponibles sur l'événement.

15. Le Comité, composé d'experts des différentes disciplines de toutes les régions de l'OMS, a répondu à un appel lancé moins de 24 heures à l'avance. Le Comité dispose également de la participation des professionnels désignés par les États Membres où des cas ont eu lieu. Les délibérations du comité ont entraîné que le Directeur général ait décidé de déclarer cet événement comme une urgence de santé publique de portée internationale. Depuis lors, le Comité s'est réuni trois fois supplémentaires et après ces réunions, le Directeur général a pris les décisions suivantes : élever la phase d'alerte pandémique de 3 à 4, de 4 à 5 et enfin, le 11 juin, de passer de la phase 5 à la 6, la plus haute dans l'échelle de l'OMS et qui indique qu'il s'agit d'une pandémie.

Diffusion des informations aux États Membres

16. En conformité avec le RSI (2005), l'OMS a envoyé en permanence aux CNE, à travers un portail Internet à accès restreint, tous les renseignements reçus au sujet de cet événement, avant même la déclaration d'urgence de santé publique de portée internationale. Ainsi, les pays peuvent prendre des mesures pour détecter et contrôler la possible propagation des épidémies.

Mesures de santé publique*Recommandations temporaires*

17. Le Comité d'urgence du RSI (2005) a également le mandat de conseiller le Directeur général sur les mesures sanitaires temporaires que les États Membres devront appliquer à l'égard des personnes, marchandises et dans les moyens de transport, entre autres pour prévenir ou réduire la propagation internationale. En déclarant une urgence de santé publique de portée internationale, le Directeur général recommande d'intensifier la surveillance pour détecter le plus rapidement possible toute flambée inhabituelle de maladie de type grippal et de pneumonie sévère. Les délibérations successives du Comité ont abouti à des recommandations de ne pas fermer les frontières ni de restreindre les voyages internationaux ; que les personnes malades reportent leur voyage international et que ceux qui présentent des symptômes après un voyage consultent immédiatement un médecin. Enfin, le Directeur général a également recommandé de poursuivre la production de vaccin contre la grippe saisonnière, soumis à des évaluations subséquentes et à l'évolution de la situation.

*Réponse de santé publique**National*

18. Parmi les engagements pris par les États Membres en adoptant le RSI (2005), se trouve le renforcement des structures et des ressources nationales en place pour garantir une réponse adéquate de santé publique face aux événements qui pourraient constituer une urgence de santé publique de portée internationale.

19. La situation d'urgence créée par le nouveau virus de la grippe A (H1N1) a permis d'identifier les forces et les faiblesses des différentes composantes de la réponse de santé publique, notamment : les soins médicaux, le diagnostic virologique, l'enquête épidémiologique, la mobilisation des équipes d'intervention rapide, la communication des risques et la mise en œuvre de plans d'urgence à des points d'entrée.

20. Les activités de l'OMS de coopération technique visant à renforcer ces compétences, ainsi que le processus de préparation à une pandémie en cours depuis 2005, ont contribué à ce que les États Membres soient actuellement mieux préparés à affronter une pandémie. Cependant, beaucoup d'entre eux doivent encore atteindre pleinement les capacités établies par le RSI (2005) et compléter la mise en œuvre de plans d'action énoncés à cet effet.

21. Une importance particulière doit être accordée aux lacunes constatées lors de la crise actuelle, y compris l'accès au diagnostic de laboratoire, l'intégration des systèmes de surveillance de la morbidité, des consultations externes et dans les hôpitaux, de surveillance de laboratoire et de surveillance chez l'animal, la difficulté de caractériser de manière adéquate les risques, les modes de transmission et la gravité, et même les décès causés par le nouveau virus de grippe, le A (H1N1). Ces lacunes pourraient être liées à la progression rapide de l'épidémie, dont l'augmentation rapide de cas a dépassé les capacités de recherche sur le terrain et les ressources humaines et financières disponibles dans la plupart des pays, quel que soit leur niveau de développement.

International

22. Le RSI (2005) prévoit la provision de la coopération internationale aux pays touchés ou menacés par une situation d'urgence, qui comprend des conseils et la coopération technique, la mobilisation d'experts internationaux pour fournir sur place l'assistance et la fourniture d'intrants nécessaires pour faire face à la situation. Au cours du processus de vérification des événements d'urgence actuels, le Mexique a accepté de l'assistance technique fournie par l'OPS/OMS, de sorte qu'une équipe d'experts internationaux travaillait sur le terrain au moment même qu'était déclarée l'urgence de santé publique de portée internationale.

23. Une fois déclarée l'urgence de santé publique de portée internationale, les salles de situation des bureaux centraux et régionaux de l'OMS ont été activées. À partir de ces endroits est effectué le suivi de l'évolution et de la propagation de la maladie, facilitant la coordination de l'action mondiale et régionale et en particulier la répartition des stocks mondiaux et régionaux d'antiviraux, des équipements de protection individuelle, des équipements et des fournitures de laboratoire et l'allocation de ressources financières supplémentaires.

24. Cette urgence de santé publique de portée internationale a contribué significativement au développement d'autres capacités tant au niveau des États Membres que de l'OMS, en créant des groupes d'experts pour la conceptualisation de l'orientation technique, le développement et la publication de guides et lignes directrices sur les mesures pour la prévention et de contrôle à mettre en œuvre par les autorités nationales, les individus et les communautés. Des mécanismes de coopération ont été rapidement mis

en place pour faciliter l'échange d'information et de questions prioritaires pour les interventions d'urgence de santé publique de portée internationale, avec des ministres de la santé et les équipes techniques des États Membres et entre eux.

25. Également, depuis la déclaration d'urgence, et tel que le stipule le RSI (2005), des informations pertinentes ont été fournies au public de façon permanente par les médias et par l'utilisation massive des nouveaux canaux de communication (Internet, Twitter, podcast, rss).

Conclusion

26. Les principes de collaboration entre les États Membres et la communauté internationale, encouragés par le Règlement sanitaire international (2005), ont été présents dès les premières étapes de pré-déclaration de vérification de cette urgence de santé publique de portée internationale.

27. Bien que ces principes aient été mis en œuvre immédiatement, grâce à l'accès aux preuves diagnostiques, à l'échange d'experts, à la formation dans le service, à l'approvisionnement en intrants et équipements et à l'échange continu d'informations, des lacunes importantes ont été révélées sur les capacités nationales en matière de réponse de santé publique.

28. Cette situation d'urgence, à laquelle tous les pays sont ou seront exposés, réaffirme la nécessité de continuer à travailler sur la création et l'expansion des capacités de base prévue par le Règlement. Celles-ci sont indispensables pour parvenir à la sécurité sanitaire mondiale et pour prévenir la propagation internationale des maladies.