



## Assemblée générale

Distr. générale  
15 novembre 2016  
Français  
Original : anglais

---

### Soixante et onzième session

Point 127 de l'ordre du jour

### Santé mondiale et politique étrangère

## État de la sécurité sanitaire

### Note du Secrétaire général

Le Secrétaire général a l'honneur de transmettre par la présente le rapport établi par l'Organisation mondiale de la Santé sur l'état de la sécurité sanitaire en application de la résolution 70/183 de l'Assemblée générale.



## **Rapport de l'Organisation mondiale de la Santé sur l'état de la sécurité sanitaire**

### *Résumé*

On trouve dans le présent rapport un aperçu général de l'état de la sécurité sanitaire, dans lequel il est tenu compte des délibérations de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la question, conformément à la résolution 70/183 de l'Assemblée générale. Les causes des crises sanitaires internationales et les progrès accomplis dans l'application du Règlement sanitaire international (2005) y sont mis en lumière et le point y est fait sur la question de la résistance aux antimicrobiens et les activités de recherche-développement menées dans le secteur de la santé. On y examine également les derniers événements relatifs au contrôle des crises sanitaires internationales.

## I. Introduction

1. La crise de l'Ebola, en Afrique de l'Ouest, nous a tragiquement rappelé les nombreux défis que nous devons continuer à relever en matière de gestion des crises sanitaires internationales. L'épidémie a mis en évidence à quel point le renforcement de la coopération internationale était crucial si l'on voulait améliorer la fourniture de services publics de soins de santé, mieux coordonner l'aide et les interventions et rendre les systèmes nationaux de soins de santé plus résilients. Elle a également rappelé au monde les conséquences socioéconomiques et politiques et les incidences sur la sécurité que peuvent avoir les crises sanitaires internationales et la manière dont elles peuvent accentuer le risque d'expansion géographique et de propagation internationale. L'épidémie de fièvre jaune, qui a touché l'Afrique centrale en 2016, était sans précédent et a mis en lumière les problèmes et les risques de propagation de maladies à l'échelle internationale que pourraient poser la rareté des vaccins et la faiblesse des dispositifs de prévention et de contrôle des maladies.

2. Ces événements, qui n'incitent guère à l'optimisme, ont mis en évidence les questions de sécurité sanitaire et leur ont donné un caractère prioritaire. Conformément à la résolution 70/183 de l'Assemblée générale, intitulée « Santé mondiale et politique étrangère : améliorer la gestion des crises sanitaires internationales », adoptée le 17 décembre 2015, il est rendu compte dans le présent document de l'état de la sécurité sanitaire dans le monde.

## II. Les facteurs des crises sanitaires internationales

### Dangers infectieux

3. Les épidémies, nouvelles ou récurrentes, peuvent se propager rapidement et inopinément au-delà des frontières, entraînant des conséquences internationales à grande échelle. Ainsi que le Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires l'a indiqué brièvement mais clairement dans son rapport intitulé « Protéger l'humanité contre les crises sanitaires futures » (A/70/723) :

diverses autres maladies transmissibles continuent de coûter la vie à des millions de personnes. Les récentes poussées épidémiques de grippe (H1N1 et H5N1), de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et de syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) sont venues montrer que même les systèmes de santé sophistiqués de pays développés peuvent être mis en difficulté par l'apparition d'agents pathogènes nouveaux. En dépit de ses effets dévastateurs en Afrique de l'Ouest, le virus Ebola n'est pas l'agent pathogène le plus virulent que l'humanité ait connu. D'après la modélisation mathématique de la Fondation Bill et Melinda Gates, une souche virulente d'un virus de la grippe transmis par l'air pourrait gagner toutes les grandes capitales du monde en 60 jours et emporter plus de 33 millions de vies humaines en 250 jours. Malgré cette sérieuse menace, le monde est scandaleusement mal préparé à faire face à toutes épidémies. Instrument juridique international organisant l'alerte précoce et l'intervention rapide en présence de pandémies, le Règlement sanitaire international (RSI) de 2005, n'est pleinement appliqué que par le tiers des 196 États qui y sont parties. De

même, seule une infime portion des investissements mondiaux dans la recherche-développement de vaccins, thérapies et diagnostics est consacrée aux maladies transmissibles émergentes dont souffre essentiellement le monde en développement.

4. Par ailleurs, grâce à l'évolution rapide de la technologie et des données et à une meilleure prise de conscience de l'interdépendance du monde, le cadre de prévention, de dépistage, d'intervention et de gestion des épidémies mondiales a fondamentalement changé ces dernières années. Les principaux changements englobent la gestion des nouveaux agents pathogènes et de ceux qui sont déjà connus; le recours à un éventail beaucoup plus large de sources d'informations; la transition vers une stratégie multisectorielle; l'autonomisation des populations locales et leur participation à tous les aspects de la préparation et de l'intervention; la sensibilisation au fait que l'activité et les comportements humains (mondialisation, alimentation, commerce, augmentation de la population, urbanisation, tourisme, migrations, etc.) sont les principales causes de l'apparition de nouveaux agents pathogènes et de l'amplification de leurs conséquences. Ainsi, de nombreux principes et mesures traditionnels, tels que les restrictions aux points d'entrée et la quarantaine, pourraient être dépassés et de plus en plus malaisés à mettre en œuvre. Il convient de les examiner et de mettre au point de nouvelles stratégies et méthodes tenant compte de la porosité croissante des frontières et de la circulation des personnes et des biens, toujours plus intensive et plus dense. Si l'apparition de maladies est inévitable, les épidémies, elles, ne le sont pas.

### **Instabilité politique et insécurité**

5. Selon le Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA) du Secrétariat, les besoins humanitaires dans le monde sont plus importants que jamais. En décembre 2015, près de 125 millions de personnes dans le monde avaient besoin d'une aide humanitaire. Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 septembre 2016, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et ses partenaires sont intervenus dans le cadre de crises majeures dans 47 pays, dont 31 en situation d'extrême urgence et 16 en situation d'urgence prolongée. La majorité des crises humanitaires actuelles, d'une durée moyenne de sept ans, entrent dans cette dernière catégorie. Les systèmes de santé doivent par conséquent être capables de répondre adéquatement aux besoins sanitaires liés aux situations d'extrême urgence et à ceux résultant de situations d'urgence prolongée, afin de réduire ou même d'éviter que celles-ci aient de graves conséquences sur la santé.

### **Attaques visant des services de santé**

6. Les normes régissant la prestation de services de santé dans le cadre de situations d'urgence englobent le droit à la vie, le droit à la dignité, l'égalité des droits pour tous et le droit à des soins médicaux. La première Convention de Genève prévoit la protection et la prise en charge des blessés et des malades ainsi que la protection des formations et des établissements sanitaires. La Charte humanitaire et les normes minimales pour l'intervention humanitaire protègent le droit à l'aide humanitaire tandis que les principes humanitaires mettent en avant l'importance des principes d'humanité, d'impartialité, de neutralité et d'indépendance. Le personnel

médical est soumis à un devoir de protection et aux principes de la déontologie médicale.

7. Pourtant, dans de nombreuses situations d'urgence, ces normes peuvent être malaisées à appliquer intégralement. Les violences, les manœuvres d'obstruction et les menaces visant les établissements, le personnel, les véhicules et les fournitures sanitaires mais également les patients sont monnaie courante. Jusqu'à une date récente, il n'existait pas de source d'informations publique regroupant les données relatives aux attaques commises dans les situations d'urgence contre des services de santé. C'est pourquoi, en 2016, l'OMS a publié un rapport intitulé *Attacks on Health Care: Prevent, Protect, Provide* (attaques visant les services de soins de santé : prévenir, protéger, prendre en charge), comme première tentative de regroupement et d'analyse des données disponibles auprès de sources publiques<sup>1</sup>. Bien que les données ne soient pas complètes, les constatations énoncées dans le rapport mettent en lumière la gravité et la fréquence des attaques. Sur deux ans, de janvier 2014 à décembre 2015, ce sont 594 attaques perpétrées à l'encontre des services de santé et ayant fait 959 morts et 1 561 blessés dans 19 pays en situation d'urgence qui ont été signalées. Plus de la moitié visaient des établissements sanitaires et un quart le personnel sanitaire. Soixante-deux pour cent d'entre elles auraient délibérément pris pour cibles les services de santé.

## Déplacements de populations et migrations

8. Les déplacements forcés ont atteint un niveau record en 2015 par rapport à ceux enregistrés pendant la Seconde Guerre mondiale. Cela met en évidence l'importance que revêt la santé des réfugiés et des migrants dans le discours sur la sécurité sanitaire mondiale. En effet, les crises humanitaires à grande échelle qui entraînent des déplacements de population massifs entraînent des problèmes de santé publique relatifs à la fourniture de services de santé aux migrants et aux populations d'accueil. Les questions les plus pertinentes sont le surpeuplement dans les centres d'hébergement et les camps, les mauvaises conditions d'hygiène et la faiblesse du système immunitaire des populations face aux pathogènes les plus courants, autant de facteurs qui augmentent considérablement les risques d'épidémies de maladies infectieuses. Le caractère prolongé de nombreux déplacements aggrave la situation et révèle les limites du dispositif actuel d'intervention humanitaire pour l'aide à moyen et à long terme.

9. Toutefois, grâce au dispositif en place, les équipes d'intervention peuvent facilement mettre en œuvre un certain nombre de mesures dans les situations d'urgence, afin de réduire au maximum les risques de propagation entre migrants et populations d'accueil, notamment dans le cadre d'activités de promotion de la santé, de la surveillance des maladies, de campagnes de vaccination et de la fourniture de soins de santé. Les mesures à plus long terme sont axées sur le renforcement des capacités de gestion des risques en situation d'urgence. L'objectif final est de veiller à ce que les soins de santé et d'autres formes d'aide humanitaire relèvent, à terme, du système national de soins de santé et soient ouverts à tous et axés sur les besoins de ces populations vulnérables.

<sup>1</sup> Voir <http://www.who.int/hac/techguidance/attacksreport.pdf?ua=1>.

## Urbanisation et évolution démographique

10. Aujourd'hui, plus de la moitié de la population mondiale vit en zone urbaine. L'urbanisation se poursuit, tout particulièrement dans le monde en développement. De nombreux éléments du dispositif humanitaire et du cadre de développement (comme les modalités de travail, les hypothèses de planification et les méthodes de détection et de lutte contre les épidémies) doivent être révisés et adaptés au contexte urbain.

11. Les mesures prises récemment pour faire face aux épidémies de fièvre jaune, d'Ebola et de virus Zika ont montré que les milieux humanitaires, le monde du développement, la société civile et le secteur privé devaient coordonner leur action. Celle-ci doit viser en priorité à renforcer les capacités en matière d'analyse de vulnérabilité et des besoins au niveau local et porter sur les environnements urbains densément peuplés.

## Changements climatiques et autres risques liés au climat

12. Depuis l'adoption du Cadre d'Action de Hyogo, en 2005<sup>2</sup>, les mesures de réduction des risques de catastrophes soudaines ont été appliquées avec succès aux niveaux local, national, régional et mondial. Cela s'est traduit par une diminution de la mortalité liée à certains risques. Le récent phénomène El Niño-oscillation australe, qui a touché plus de 41 millions de personnes, laissant les populations vulnérables exposées à des conditions environnementales extrêmes, a permis de mesurer la réussite de ces travaux. La gestion rapide des risques sanitaires (notamment la malnutrition, les complications médicales, les maladies à vecteur et la perturbation des services de santé) a permis de garantir la sécurité sanitaire des populations les plus vulnérables.

## III. Règlement sanitaire international (2005)

13. La crise de l'Ebola en Afrique de l'Ouest a poussé la communauté internationale à redéfinir ses priorités à l'échelle mondiale et à prendre la pleine mesure de l'importance du Règlement sanitaire international (2005), instrument multilatéral visant à guider les pays, les organisations internationales et leurs partenaires, dans leur préparation aux situations d'urgence sanitaire publique majeure. Le Règlement est juridiquement contraignant pour 196 pays et a pour objet de prévenir la propagation internationale des maladies, de s'en protéger, de la maîtriser et d'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. Sa portée n'est pas limitée à une maladie ou à un mode de transmission donné mais couvre une pathologie humaine ou une affection, quelle qu'en soit l'origine ou la source, ayant ou susceptible d'avoir des effets nocifs importants pour l'être humain<sup>3</sup>. Le rôle fondateur du Règlement dans le renforcement de la sécurité sanitaire mondiale a été largement

---

<sup>2</sup> Voir <https://www.unisdr.org/we/coordinate/hfa>.

<sup>3</sup> Voir <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246187/1/9789242580495-fre.pdf?ua=1/>.

reconnu par les hauts fonctionnaires gouvernementaux, le système des Nations Unies et les partenaires de la société civile.

14. Conformément au paragraphe 1 de l'article 54 du Règlement sanitaire international (2005) et à la résolution WHA61.2 (2008) de l'Assemblée mondiale de la Santé<sup>4</sup>, les États parties et le Directeur général font rapport tous les ans à l'Assemblée de la Santé sur l'application du Règlement. Il est ainsi rendu compte des évolutions récentes et des mesures prises par le secrétariat dans le cadre du Règlement. Le rapport de 2016 traite des mesures prises par la communauté internationale pour lutter contre la maladie à virus Ebola, le syndrome respiratoire du Moyen-Orient, la poliomyélite, la grippe aviaire et l'infection à virus Zika, ainsi que des cas de microcéphalie et de syndrome de Guillain-Barré qui lui sont associés. On y trouve également des renseignements relatifs au Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte, ainsi que des informations sur le premier amendement au Règlement (2005), qui concerne la vaccination contre la fièvre jaune. Y est également décrit le projet de remplacement des rapports établis par les pays eux-mêmes sur les principales capacités requises au titre du Règlement par une évaluation plus complète des capacités nationales faisant appel, entre autres, à des évaluations externes conjointes volontaires.

### **Comités d'urgence convoqués dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005)**

#### **Maladie à virus Ebola**

15. Depuis qu'une urgence de santé publique de portée internationale a été déclarée en 2014, le Comité d'urgence du Règlement sanitaire international concernant la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest s'est réuni neuf fois. Lors de sa dernière réunion, tenue par téléconférence le 29 mars 2016, le Comité a conclu que la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest ne constituait plus une urgence de portée internationale et qu'il convenait par conséquent de mettre fin aux recommandations temporaires correspondantes publiées par le Directeur général. Se fondant sur l'avis du Comité d'urgence et sur sa propre évaluation de la situation, le Directeur général a mis fin à l'urgence de santé publique de portée internationale et aux recommandations temporaires, et a souscrit à l'avis de santé publique rendu par le Comité<sup>5</sup>.

16. Le Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte, constitué et convoqué par le Directeur général en application de la décision WHA68(10) (2015), a tenu sa première réunion les 24 et 25 août 2015, des réunions intersessions en octobre 2015, novembre 2015, décembre 2015 et février 2016, et sa seconde et dernière réunion du 21 au 24 mars 2016. Le rapport de la première réunion du Comité d'examen et les rapports des réunions intersessions peuvent être consultés

<sup>4</sup> Voir [http://www.who.int/ihr/A61\\_R2-fr.pdf](http://www.who.int/ihr/A61_R2-fr.pdf).

<sup>5</sup> Voir <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/end-of-ebola-pheic/fr/>.

sur le site Web de l'OMS<sup>6</sup>. Le rapport final du Comité a été transmis à la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé sous la cote A69/21<sup>7</sup>.

### **Syndrome respiratoire du Moyen-Orient**

17. Le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) continue à circuler dans la péninsule arabique, des années après avoir été identifié pour la première fois. En mars 2016, des cas d'infection par le MERS-CoV confirmés en laboratoire avaient été signalés à l'OMS dans 26 pays au Moyen-Orient, en Amérique du Nord, en Europe et en Asie. D'importantes flambées épidémiques se sont produites en milieu hospitalier en République de Corée entre mai et août 2015 et en Arabie saoudite en août 2015.

18. Depuis 2013, le Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient s'est réuni à 10 reprises, la dernière fois en septembre 2015<sup>8</sup>. À sa dernière réunion, il a estimé que la situation ne constituait toujours pas une urgence de santé publique de portée internationale. Toutefois, le virus continue à se transmettre du chameau à l'homme et il y a des cas de transmission interhumaine en milieu médical. Il reste difficile de veiller à la déclaration des cas asymptomatiques ayant eu un résultat positif au test de dépistage du virus, à l'échange rapide d'informations, à l'application des mesures de lutte anti-infectieuse et à la réalisation de travaux de recherche adaptés. Le Comité a souligné qu'aucune considération de santé publique ne justifiait de restreindre le commerce ou les voyages pour éviter la propagation du coronavirus et que le dépistage aux points d'entrée était considéré comme inutile. En revanche, il est vivement recommandé d'informer les voyageurs sur le syndrome respiratoire du Moyen-Orient et ses symptômes, notamment dans le cadre du hajj.

### **Poliomyélite**

19. Depuis qu'une urgence de santé publique de portée internationale a été déclarée le 5 mai 2014, le Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la propagation internationale du poliovirus s'est réuni 10 fois. En août 2016, il a estimé que la situation épidémiologique constituait encore une urgence de santé publique de portée internationale et conseillé de proroger les recommandations temporaires révisées, qui appellent à cibler les mouvements de population de grande ampleur et à accroître la couverture vaccinale chez les réfugiés, les voyageurs et les populations transfrontalières. Le Comité s'est félicité que, grâce à la collaboration de l'Afghanistan et du Pakistan, il n'y ait pas eu de propagation du poliovirus sauvage entre les deux pays depuis sa précédente réunion. Il s'est dit profondément préoccupé par la notification du Nigéria de deux nouveaux cas de paralysie flasque aiguë chez des enfants à la suite d'une infection par le poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) en juillet 2016. Le Comité a noté que le poliovirus continuait à se propager entre l'Afghanistan et le Pakistan et que des flambées dues à des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale se produisaient ailleurs. Il a recommandé de réévaluer régulièrement le risque de propagation internationale dans les zones à haut risque. Le Directeur général a fait siennes les

<sup>6</sup> Voir <http://www.who.int/ihr/review-committee-2016/fr/>.

<sup>7</sup> Voir [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_21-fr.pdf/](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-fr.pdf/)

<sup>8</sup> Voir <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ihr-emergency-committee-mers/fr/> (consulté le 22 avril 2016).



conclusions du Comité et a publié des recommandations temporaires au titre du Règlement<sup>9</sup>.

20. Dans la décision WHA68(9) (2015), la Soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé a prié le Directeur général de faire rapport à la Soixante-neuvième Assemblée sur l'avancement des travaux visant à réduire le risque de propagation internationale du poliovirus sauvage (voir le document A69/26).

### **Virus Zika, microcéphalie et syndrome de Guillain-Barré**

21. Le 1<sup>er</sup> février 2016, le Directeur général a convoqué la première réunion du Comité d'urgence sur le virus Zika au titre du Règlement sanitaire international (2005), concernant des groupes de cas de microcéphalie et d'autres troubles neurologiques dans certaines zones affectées par le virus Zika. Sur la base de l'avis du Comité d'urgence, le Directeur général a déclaré que le groupe de cas de microcéphalie et d'autres troubles neurologiques signalés au Brésil, faisant suite à un regroupement de cas analogues en Polynésie française en 2014, constituait une urgence de santé publique de portée internationale, et a publié les recommandations temporaires correspondantes. Le 2 septembre 2016, lors de sa quatrième réunion, ayant examiné les données présentées, le Comité a estimé qu'en raison de la poursuite de la propagation géographique et compte tenu des lacunes considérables dans la compréhension du virus et de ses conséquences, l'infection à virus Zika ainsi que les troubles congénitaux et neurologiques associés continuaient de constituer une urgence de santé publique de portée internationale. Il a examiné les derniers éléments attestant d'un lien de causalité entre l'infection à virus Zika et la microcéphalie et estimé que, bien que les éléments de preuve sur ce lien soient plus solides qu'en février 2016, de nouveaux travaux de recherche étaient encore nécessaires. Le Directeur général a publié des recommandations temporaires en accord avec cette conclusion<sup>10</sup>.

22. Du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 août 2016, la transmission du virus Zika a été établie dans 69 pays et territoires au total. Six pays ont également signalé des cas d'infection contractée localement en l'absence de tout moustique vecteur connu, probablement par transmission sexuelle. Du 1<sup>er</sup> février au 31 août 2016, 11 pays ont signalé des éléments attestant de la transmission du virus Zika de personne à personne. Sur la base d'études d'observation, de cohorte et d'études de cas-témoins, le consensus scientifique quant au lien de cause à effet entre le virus et le nombre croissant de cas de syndrome de Guillain-Barré, de microcéphalie et d'autres troubles neurologiques signalés dans un certain nombre de pays où le virus Zika circule, est de plus en plus large. L'OMS a lancé un plan de riposte stratégique contre le virus Zika englobant des activités de surveillance et de riposte et des travaux de recherche<sup>11</sup>. Elle collabore étroitement avec les bureaux régionaux et les pays touchés à une riposte intégrée comprenant la surveillance et la lutte antivectorielle, la promotion de mesures individuelles de protection, le soutien aux femmes enceintes vivant ou ayant séjourné dans des pays touchés par le virus Zika,

<sup>9</sup> Voir <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/10th-ihf-emergency/en/> (consulté le 7 septembre 2016).

<sup>10</sup> Voir <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/zika-fourth-ec/fr/> (consulté le 7 septembre 2016).

<sup>11</sup> Voir <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246091/1/WHO-ZIKV-SRF-16.3-eng.pdf?ua=1&ua=1&ua=1> (consulté le 7 septembre 2016).

et la gestion des complications supplémentaires liées à l'infection par le virus Zika. Il importe de consacrer plus d'investissements à la lutte contre la propagation du virus et à la gestion des complications. À ce jour, l'OMS et ses partenaires ont défini leurs besoins de financement pour la période allant jusqu'à décembre 2017.

## **Progrès accomplis dans l'application du Règlement sanitaire international (2005)**

### **Renforcement des capacités**

23. Le Règlement sanitaire international (2005) exige la mise en place, le renforcement et le maintien des principales capacités de surveillance et d'action à des points d'entrée désignés. Depuis 2010, le cadre de suivi des principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international repose sur un questionnaire d'autoévaluation rempli par les États parties pour rendre compte à l'Assemblée mondiale de la Santé de l'état et de la mise en place des capacités essentielles minimales en santé publique exigées par le Règlement. Les évaluations pour 2015 sont disponibles sur le site Web de l'OMS<sup>12</sup>. Au 5 avril 2016, 126 des 196 États parties avaient rempli le questionnaire d'autoévaluation envoyé en avril 2015. L'analyse des informations sur les principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international envoyées au secrétariat par les États parties indique que des progrès ont été faits dans les domaines suivants : mise en place d'une législation et d'une politique de nature à faciliter l'application du Règlement; coordination et collaboration avec d'autres secteurs dans le cadre du renforcement des capacités; moyens de détection fonctionnels et perfectionnés, y compris moyens d'alerte rapide; préparation coordonnée et capacités d'action d'urgence; meilleure communication avec le public et les parties prenantes. Toutefois, le niveau réel des capacités est difficile à déterminer dans certains pays et il faudra continuellement renforcer les infrastructures, les procédures et les ressources humaines pour s'assurer que ces capacités demeurent fonctionnelles. Par ailleurs, les capacités de détection des accidents chimiques et radiologiques et de riposte font souvent encore défaut. Le détail des évaluations fournies par les pays pour 2015 peut être consulté sur le site Web de l'OMS<sup>13</sup>.

24. Le délai prévu pour la mise en place par les États parties des principales capacités requises par le Règlement sanitaire international (2005) était initialement fixé à 2012, avec prolongation possible jusqu'en 2016. Des progrès ont certes été accomplis, mais beaucoup de pays ne se sont pas encore dotés de ces capacités. En 2014, le Comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du Règlement sanitaire international a recommandé que le Directeur général envisage différentes approches aux fins de l'évaluation à court et à long terme et de l'acquisition des principales capacités prévues par le Règlement (voir le paragraphe 43 du document A68/22/Add.1).

<sup>12</sup> Voir International Health Regulation capacity scores for all reporting States parties for 2015, disponible en anglais à l'adresse <http://www.who.int/gho/ihr> (consulté le 22 avril 2016).

<sup>13</sup> Voir <http://www.who.int/gho/ihr/en/> (consulté le 26 avril 2016).

## **Coordination des différentes initiatives visant à la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005)**

25. Le récent regain d'intérêt observé pour le Règlement sanitaire international (2005) en tant que bien public mondial au service de la santé a suscité le lancement de nombreuses initiatives nouvelles visant à évaluer les capacités de santé publique actuelles des systèmes de prestations sanitaires et à appuyer leur développement et leur renforcement grâce à l'adoption de mesures d'incitation et à l'établissement de partenariats. Il s'agit notamment d'initiatives concernant le renforcement des systèmes de santé, la préparation aux pandémies, avec, notamment, le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique, le renforcement des principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005), la préparation aux catastrophes naturelles (telle qu'illustre l'initiative « Des hôpitaux à l'abri des catastrophes »), et l'intégration des modes nationaux de préparation aux situations d'urgence, aux catastrophes naturelles et aux crises humanitaires, ainsi que de l'initiative « Un monde une santé » et de programmes de préparation aux situations d'urgence dans les secteurs du transport et de la biosécurité. Ces initiatives, qui doivent être coordonnées, ouvrent d'importantes perspectives pour la santé publique mondiale et aussi pour le secrétariat de l'OMS.

26. L'OMS a mis au point un nouveau cadre de suivi et d'évaluation des principales capacités fonctionnelles requises en vertu du Règlement sanitaire international<sup>14</sup>. Outre les rapports annuels, le cadre comprendra des analyses après action, des exercices de simulation et des évaluations indépendantes (externes). Le secrétariat a d'abord mis l'accent sur l'élaboration de la composante de l'évaluation indépendante. En février 2016, la mise au point de l'Outil d'évaluation extérieure conjointe du Règlement sanitaire international (2005)<sup>15</sup> s'est achevée et, en collaboration avec des partenaires et des experts, des missions d'évaluation extérieure conjointe ont été envoyées dans différents pays. Les premiers résultats s'étant révélés positifs, les partenaires ont exprimé le souhait d'appuyer cette approche et de bénéficier d'une évaluation extérieure conjointe concernant l'élaboration ou l'amélioration de leurs plans d'action nationaux relatifs à la préparation aux situations d'urgence sanitaire.

27. Les autres composantes du nouveau cadre de suivi et d'évaluation des principales capacités fonctionnelles requises en vertu du Règlement sanitaire international et tous les guides et outils s'y rapportant sont en cours de finalisation et seront consultables sur le site Web de l'OMS. À partir de 2017, un nouveau format devrait être utilisé pour la présentation des rapports à l'Assemblée mondiale de la Santé. Si celle-ci approuve le nouveau cadre de suivi et d'évaluation des principales capacités fonctionnelles requises en vertu du Règlement, les données relatives à l'année 2016 seront collectées à partir du mois de juin 2016.

28. L'OMS a élaboré, en collaboration avec des partenaires, un projet de cadre stratégique pour la préparation aux situations d'urgence en vue de renforcer la capacité des pays et des communautés à faire face à ces situations et à apporter une réponse rapide, efficace et efficiente aux crises sanitaires. Les quatre éléments clefs de la préparation aux situations d'urgence sont la disponibilité opérationnelle, la

<sup>14</sup> Voir [http://www.who.int/ihr/publications/concept\\_note\\_201507/en/](http://www.who.int/ihr/publications/concept_note_201507/en/).

<sup>15</sup> Voir [http://www.who.int/ihr/publications/WHO\\_HSE\\_GCR\\_2016\\_2/fr/](http://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2016_2/fr/) (page consultée le 1<sup>er</sup> avril 2016).

résilience des systèmes de prestations sanitaires, le principe Un monde, une santé et une approche mobilisant l'ensemble du gouvernement et de la société. La préparation aux situations d'urgence suit un cycle itératif d'évaluation des risques et des capacités, de planification, de coordination, de mise en œuvre, d'évaluation, de pratique et de financement. Les composantes de la préparation aux situations d'urgence et leur application aux niveaux communautaire, local, infranational, national, régional et mondial portent sur la gouvernance, les capacités et les ressources.

29. L'OMS et le Gouvernement sud-africain se sont associés pour organiser, du 13 au 15 juillet 2015 au Cap (Afrique du Sud), une réunion de haut niveau sur le renforcement de la sécurité sanitaire après l'Ebola, rencontre à laquelle ont été conviés des partenaires et des parties prenantes. Cette réunion, qui a rassemblé plus de 200 participants, parmi lesquels des représentants des pays touchés par l'épidémie, a été organisée dans l'espoir de parvenir à un accord sur les mesures devant être prises en priorité pour accroître la sécurité sanitaire, l'objectif étant de renforcer les systèmes de prestations sanitaires et les capacités de mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005). Les participants sont convenus de la nécessité de mener une action collective destinée à renforcer la sécurité sanitaire mondiale et nationale et ont défini leurs attentes concernant les mesures à prendre pour harmoniser les initiatives multipartites. L'attribution du rôle de coordonnateur des pays et des partenaires à l'OMS a recueilli un large consensus. L'Organisation a proposé qu'une approche concertée entre les acteurs internationaux et les acteurs nationaux soit adoptée en vue de renforcer et de consolider les capacités des systèmes de santé nécessaires à la mise en œuvre du Règlement.

30. Le Gouvernement finlandais a organisé une réunion de haut niveau sur la création d'une coalition chargée des évaluations de pays consacrées à la sécurité sanitaire mondiale et à l'application du Règlement sanitaire international (Genève, 14 mars 2016). Les représentants de plus de 20 pays, institutions multilatérales et donateurs, y ont étudié la création d'une coalition chargée de réaliser des évaluations externes conjointes des principales capacités requises en vertu du Règlement (2005). Il a été proposé que la coalition dispose d'un petit secrétariat installé à l'OMS et qu'un groupe consultatif soit mis en place pour aider à la réalisation des évaluations de pays.

31. Le Ministère français des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et la Commission européenne ont organisé une conférence de haut niveau sur la sécurité sanitaire internationale à Lyon (France), les 22 et 23 mars 2016. Cette manifestation était coparrainée par l'OMS et la Commission européenne, sous le patronage de la présidence néerlandaise du Conseil de l'Union européenne. Le principal résultat de la conférence a été l'engagement des participants à renforcer la sécurité sanitaire internationale grâce à l'application du Règlement sanitaire international. En réunissant un grand nombre d'institutions, de partenaires privés et publics et de représentants des secteurs de la santé humaine et animale, la conférence a permis de mieux faire connaître le Règlement et mis en lumière la nécessité d'en accélérer l'application. Les participants ont réaffirmé les principes fondamentaux du Règlement, à savoir une approche multisectorielle, l'évaluation précise des capacités, les aspects de base du renforcement des systèmes de santé, les ressources humaines et la coopération internationale.

32. Les 8 et 9 octobre 2015, les ministres de la santé des sept pays les plus industrialisés [Groupe des Sept (G7)] se sont réunis à Berlin. Dans la déclaration finale à large portée qui a résulté de leur rencontre, ils ont notamment appelé l'attention sur l'importance du mandat de l'OMS et sur son rôle assumé de chef de file, ainsi que sur le fait que le Règlement sanitaire international (2005), instrument juridiquement contraignant, constituait le meilleur outil dont disposait la communauté internationale pour protéger les pays contre la propagation internationale des maladies, les crises sanitaires et les situations d'urgence sanitaire publique. Les ministres ont marqué leur appui au Règlement en priant expressément les pays de collaborer entre eux à la mise en place et à la consolidation des principales capacités, tout en soulignant qu'en définitive il incombait à chaque pays de se conformer pleinement au Règlement<sup>16</sup>.

33. Ces engagements ont été renforcés dans le communiqué de Kobe, que les ministres de la santé du Groupe des Sept ont adopté à l'issue de leur réunion des 11 et 12 septembre 2016 et dans lequel ils ont jugé plus cruciale que jamais l'application effective du Règlement. Les ministres ont réaffirmé que l'OMS devait jouer un rôle central dans la préparation aux crises de santé publique mondiale et dans la coordination de la réponse à y apporter, et salué le rapport du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005). Les représentants des pays du G7 se sont engagés à rendre compte, avant la fin de l'année 2016, des progrès accomplis dans la suite donnée à l'engagement pris par leurs dirigeants d'aider 76 pays et régions à développer les principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international. Dans le communiqué, les ministres ont validé la nouvelle méthode d'évaluation des principales capacités et déclaré qu'ils soutenaient les initiatives des partenaires ayant pour objets d'élaborer des plans nationaux et d'atteindre les cibles définies dans l'Outil d'évaluation extérieure conjointe du Règlement (2005), en étroite coordination avec d'autres organisations compétentes<sup>17</sup>.

#### **Premier amendement au Règlement sanitaire international (2005) : vaccination contre la fièvre jaune**

34. Le Règlement sanitaire international (2005) a été modifié pour la première fois en 2014. La modification visée a été proposée par le Directeur général de l'OMS, après que le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination ait constaté qu'une seule dose de vaccin contre la fièvre jaune suffisait pour protéger durant toute sa vie une personne vaccinée. L'Assemblée mondiale de la Santé a alors adopté, à sa soixante-septième session, la résolution WHA67.13 (2014) en vue d'actualiser l'annexe 7 du Règlement, de manière à ce que la période de validité du vaccin contre la fièvre jaune et du certificat y relatif couvre la vie entière des personnes vaccinées et non plus 10 ans comme c'était le cas auparavant. Cet amendement est entré en vigueur en juillet 2016.

35. En réponse à une demande formulée par l'Assemblée mondiale de la Santé lors de sa soixante-huitième session, indiquant que la vaccination contre la fièvre

<sup>16</sup> Voir [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/G/G7-Ges.Minister\\_2015/G7\\_Health\\_Ministers\\_Declaration\\_AMR\\_and\\_EBOLA.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/G/G7-Ges.Minister_2015/G7_Health_Ministers_Declaration_AMR_and_EBOLA.pdf) (page consultée le 22 avril 2016).

<sup>17</sup> Voir [http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kokusai/g7kobe/KobeCommunique\\_en.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kokusai/g7kobe/KobeCommunique_en.pdf) (page consultée le 30 septembre 2016).

jaune pouvait être exigée de tout voyageur quittant une zone dans laquelle l'OMS avait déterminé qu'il existait un risque de transmission de la maladie, le Directeur général a commencé à publier en ligne une liste actualisée des pays acceptant les certificats de vaccination contre la fièvre jaune s'étendant à la vie entière du sujet vacciné et a créé un Groupe consultatif scientifique et technique chargé de dresser une carte des risques de contamination par la fièvre jaune et de proposer aux voyageurs des conseils sur la vaccination [voir résolution WHA68.4 (2015)] .

### **Prochaines étapes de la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005)**

36. En mai 2016, à la soixante-neuvième Assemblée mondiale de la Santé, le Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans l'épidémie de maladie à virus Ebola et dans la riposte, a présenté ses recommandations au Directeur général<sup>18</sup>. Il a conclu qu'il était indispensable de donner la priorité à l'application du Règlement sanitaire dans tous les pays et de renforcer les capacités du secrétariat et de ses partenariats en vue d'appuyer les États parties. Le Comité a formulé 12 recommandations visant à garantir l'application du Règlement sur la base de nouvelles propositions et à en améliorer le respect, les mesures concrètes à prendre consistant à : élaborer un plan stratégique mondial; financer l'application du Règlement; faire mieux connaître le Règlement; mettre en place et promouvoir une évaluation externe des principales capacités; améliorer l'évaluation des risques et la communication y relative par le secrétariat; améliorer le respect des obligations liées aux mesures supplémentaires et aux recommandations temporaires; renforcer les points focaux nationaux pour le Règlement sanitaire international; soutenir en priorité les pays les plus vulnérables; encourager l'acquisition des principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international dans le cadre du renforcement des systèmes de santé.

37. L'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la décision WHA69(14), dans laquelle elle a notamment prié le Directeur général de dresser, pour examen par les comités régionaux en 2016, un projet de plan mondial de mise en œuvre des recommandations du Comité d'examen qui comprendrait des dispositions immédiates pour améliorer l'application du Règlement sanitaire international (2005) en renforçant les approches existantes et qui indiquerait la voie à suivre pour aborder les nouvelles propositions exigeant des discussions techniques plus poussées entre les États Membres<sup>19</sup>. Le projet de plan mondial de mise en œuvre a été examiné par les comités régionaux de l'OMS<sup>20</sup> et le Directeur général devrait en présenter une version définitive au Conseil exécutif de l'OMS à sa cent-quarantième session, en janvier 2017.

<sup>18</sup> Voir le document A69/21, disponible à l'adresse suivante :

[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_21-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-fr.pdf).

<sup>19</sup> Voir le document A69/DIV.3, disponible à l'adresse suivante :

[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).

<sup>20</sup> Voir [http://www.afro.who.int/index.php?option=com\\_docman&task=](http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=10284&Itemid=2593)

[doc\\_download&gid=10284&Itemid=2593](http://www.searo.who.int/mediacentre/events/governance/rc/sea-rc69-10_9.2.pdf?ua=1) (page consultée le 5 septembre 2016), [http://www.searo.who.int/mediacentre/events/governance/rc/sea-rc69-10\\_9.2.pdf?ua=1](http://www.searo.who.int/mediacentre/events/governance/rc/sea-rc69-10_9.2.pdf?ua=1)

(page consultée le 5 septembre 2016) et [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/315911/66wd26f\\_IHR2005Ebola\\_160629.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/315911/66wd26f_IHR2005Ebola_160629.pdf) (page consultée le 7 septembre 2016).

## IV. Autres textes normatifs récents

38. Il est largement admis que les pays ne peuvent développer et entretenir des systèmes de santé robustes que s'ils bénéficient d'un appui en matière de financement, d'infrastructures et, dans les situations d'urgence humanitaire, de sécurité. En ce qui concerne les objectifs du Millénaire pour le développement, par exemple, il a été constaté que, dans la plupart des cas, les pays qui avaient atteint le moins d'objectifs en 2015 étaient ceux qui avaient traversé une crise politique de longue durée et avaient eu besoin d'un appui humanitaire et d'une aide au développement. En 2016, la communauté internationale a pris des engagements majeurs et fait des progrès remarquables sur la voie du développement durable. On retiendra notamment :

- **Le Programme de développement durable à l'horizon 2030.** Les objectifs de développement durable mettent en exergue le lien qui existe entre santé et développement durable, étant entendu que la promotion de la santé à l'échelle mondiale contribue à réduire la pauvreté et les inégalités, tout en faisant avancer la paix et la sécurité et en jetant les bases de la croissance économique et de la prospérité (voir A/70/PV.80).
- **Le Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe (2015-2030).** Le Cadre de Sendai préconise le renforcement de la coopération entre les autorités sanitaires et les parties prenantes multisectorielles en vue d'une amélioration de l'état de santé de la population des pays exposés à des risques de catastrophes. Il appelle également à l'élaboration de politiques et de plans multirisques (y compris en ce qui concerne la gestion des risques biologiques).
- **Le Sommet mondial sur l'action humanitaire.** Le Sommet mondial sur l'action humanitaire (Istanbul, 23 et 24 mai 2016), convoqué par le Secrétaire général, Ban Ki-moon, a poussé les États à s'engager à soulager les souffrances des peuples du monde entier et à mieux les servir. Les participants ont appuyé l'adoption d'un nouveau Programme d'action commun pour l'humanité, mis au point pour prévenir et atténuer les souffrances humaines. La santé mondiale fait partie de la troisième responsabilité fondamentale du Programme. Lors de la session extraordinaire consacrée à cette question, les participants ont été appelés à développer une structure d'intervention mettant l'accent sur la complémentarité, la flexibilité et la mobilisation des compétences de base en ce qui concerne les urgences de santé publique de portée internationale.

## V. Résistance aux antimicrobiens

39. Les micro-organismes (par exemple, les bactéries, les champignons, les virus et les parasites) sont de plus en plus résistants aux antimicrobiens tels que les antibiotiques, les antifongiques, les antiviraux, les antipaludéens et les anthelminthiques. Connu sous le nom de « résistance aux antimicrobiens », ce phénomène compromet la prévention et le traitement efficaces d'un nombre croissant d'infections, ce qui favorise la prolongation de la durée des maladies, ainsi que les incapacités et les décès, et contribue à augmenter le risque de transmission à



d'autres personnes. De plus, l'usage abusif ou excessif d'antimicrobiens chez l'être humain et l'animal aggrave le problème.

40. De ce fait, la résistance aux antimicrobiens constitue une menace particulièrement grave pour la sécurité sanitaire des pays et des personnes; l'émergence ou la réémergence d'agents pathogènes pose un risque sanitaire, car ces derniers peuvent être mortels, difficiles à traiter ou à prévenir et causer une inquiétude générale. Les pathogènes résistant aux antimicrobiens ont le même potentiel de virulence sur un large éventail d'organismes. En outre, bon nombre de mesures de sécurité sanitaires, telles que le renforcement des capacités nationales, l'amélioration de la communication et de la coordination et le développement de nouvelles technologies, correspondent exactement aux mesures nécessaires pour combattre les nouveaux agents pathogènes.

## **Situation actuelle**

### **Résistance des bactéries**

41. La résistance aux antibiotiques est présente dans tous les pays. La résistance de *Klebsiella pneumoniae* – bactérie intestinale commune pouvant provoquer des infections potentiellement mortelles – aux antibiotiques de dernier recours (les carbapénèmes) s'est propagée dans toutes les régions du monde. *K. pneumoniae* est une cause majeure d'infections nosocomiales : pneumonies, infections sanguines et infections des nouveau-nés et des patients en unité de soins intensifs. Dans certains pays, en raison de cette résistance, les carbapénèmes ne sont plus efficaces chez plus de la moitié des patients traités pour des infections à *K. pneumoniae*.

42. La résistance d'*E. coli*. à certains des médicaments les plus largement utilisés pour traiter les infections des voies urinaires (les fluoroquinolones) est très répandue. Dans de nombreuses régions du monde, il y a des pays où ce traitement est désormais inefficace chez plus de la moitié des patients.

43. Des échecs thérapeutiques aux médicaments de dernier recours contre la gonorrhée (les céphalosporines de troisième génération) ont été confirmés dans au moins 10 pays (Afrique du Sud, Australie, Autriche, Canada, France, Japon, Norvège, Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord, Slovaquie et Suède).

44. La résistance aux médicaments de première intention pour traiter le staphylocoque doré (*Staphylococcus aureus*), cause courante d'infections graves contractées aussi bien dans les établissements de santé que dans les communautés, est également très répandue. On estime que les personnes porteuses de souches de staphylocoques dorés résistants à la méticilline ont une probabilité 64 % plus élevée de mourir que celles qui ont une forme non résistante de cette infection.

45. La colistine est le traitement de dernier recours pour des infections potentiellement mortelles dues à des entérobactéries résistantes aux carbapénèmes. Plusieurs pays et régions ont récemment fait état d'une résistance à la colistine, qui empêche le traitement des infections causées par ces bactéries.



### Résistance de la tuberculose

46. L'OMS estime qu'en 2014, il y a eu environ 480 000 nouveaux cas de tuberculose multirésistante, une forme de tuberculose qui est résistante aux deux antituberculeux les plus puissants. Seul un quart de ces cas environ (123 000) ont été détectés et notifiés. La tuberculose multirésistante exige des protocoles thérapeutiques beaucoup plus longs et moins efficaces que pour la tuberculose non résistante. À l'échelle mondiale, seulement la moitié des cas de tuberculose multirésistante ont été traités avec succès en 2014.

47. La tuberculose ultrarésistante, résistante à au moins quatre des principaux antituberculeux, a été identifiée dans 105 pays. On estime que 9,7 % des personnes atteintes de tuberculose multirésistante ont en fait une tuberculose ultrarésistante.

### Résistance du paludisme

48. En juillet 2016, la résistance du paludisme à *P. falciparum* au traitement de première intention (polythérapie à base d'artémisinine) a été confirmée dans cinq pays du bassin du Mékong (Cambodge, Myanmar, République démocratique populaire lao, Thaïlande et Viet Nam). Dans la plupart des endroits, les patients atteints d'un paludisme résistant à l'artémisinine guérissent complètement après le traitement, à condition qu'ils aient été traités avec une polythérapie à base d'artémisinine comportant un médicament associé efficace. Toutefois, le long de la frontière entre le Cambodge et la Thaïlande, *P. falciparum* est devenu résistant à presque tous les antipaludiques disponibles, ce qui complique encore plus le traitement et nécessite une surveillance étroite. Il y a un risque réel que cette multirésistance apparaisse bientôt ailleurs dans la sous-région. La propagation des souches résistantes dans d'autres parties du monde pourrait constituer un problème majeur pour la santé publique et compromettrait les progrès récents de la lutte antipaludique. La Stratégie de l'OMS pour l'élimination du paludisme dans le bassin du Mékong (2015-2030) a été approuvée par les 5 pays, ainsi que la Chine.

### Résistance du VIH

49. En 2010, on estimait que 7 % des patients entamant une thérapie antirétrovirale dans les pays en développement étaient infectés par un VIH résistant aux médicaments. Dans les pays développés, ce chiffre était compris entre 10 et 20 %. Quelques pays ont récemment signalé des niveaux équivalents à 15 %, voire supérieurs, chez les patients entamant un traitement contre le VIH et jusqu'à 40 % chez les patients recommençant un traitement. Il faut d'urgence prêter attention à cette situation. L'augmentation des niveaux de résistance a des répercussions économiques importantes, les traitements de deuxième et de troisième intention étant respectivement 3 et 18 fois plus chers que ceux de première intention.

50. Depuis septembre 2015, l'OMS recommande que toutes les personnes vivant avec le VIH entament une thérapie antirétrovirale. Le recours accru à ce traitement devrait augmenter davantage la résistance aux antirétroviraux dans toutes les régions du monde. Afin d'optimiser au maximum l'efficacité à long terme des schémas thérapeutiques antirétroviraux de première intention et de veiller à ce que les patients bénéficient du schéma thérapeutique le plus efficace, il est essentiel de continuer à surveiller la résistance et de maintenir au minimum l'émergence et la propagation de cette résistance. En consultation avec les pays, les partenaires et les

parties prenantes, l'OMS élabore actuellement un nouveau Plan d'action mondial contre la résistance du VIH aux médicaments (2017-2021).

### **Résistance de la grippe**

51. Les médicaments antiviraux sont importants pour le traitement de la grippe épidémique et pandémique. Jusqu'à présent, pratiquement tous les virus de la grippe étaient résistants à une catégorie d'antiviraux, à savoir les inhibiteurs de la protéine M2 (amantadine et rimantadine). Toutefois, la fréquence de la résistance à l'oséltamivir, inhibiteur de la neuraminidase, reste faible (1 à 2 %). La sensibilité aux antiviraux est suivie de près dans le cadre du Système mondial OMS de surveillance de la grippe et de riposte.

### **Nécessité de mesures concertées**

52. La résistance aux antimicrobiens est un problème complexe qui touche toute la société et qui est dû à de nombreux facteurs liés entre eux. Il est nécessaire d'agir de façon coordonnée pour réduire au minimum l'émergence et la propagation du problème. En mai 2014, la Soixante-septième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA67.25 sur la résistance aux antimicrobiens, dans laquelle elle a notamment prié le Directeur général d'établir un projet de plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens. En mai 2015, le Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens a été adopté en application de la résolution WHA68.7. Dans cette résolution, l'Assemblée a également prié le Directeur général d'élaborer, en consultation avec le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, des options pour organiser une réunion de haut niveau, en 2016, en marge de l'Assemblée générale, y compris en indiquant les résultats qui en étaient attendus.

53. Le 21 septembre 2016, l'Assemblée générale a organisé la Réunion de haut niveau sur la résistance aux agents antimicrobiens, conformément au paragraphe 19 de sa résolution 70/183. Les résultats de cette réunion traduisent une prise de conscience de la grave menace sanitaire que pose la résistance aux antimicrobiens. Les États Membres ont souligné la nécessité d'adopter une démarche efficace s'inspirant du principe « Un monde, une santé », qui associe différents secteurs au niveau mondial, y compris la médecine humaine et vétérinaire, l'agriculture, la production alimentaire, la finance et l'environnement. Il a également été reconnu qu'il fallait faire preuve de solidarité pour mettre à la disposition des pays les ressources nécessaires aux fins de la lutte contre la résistance aux antimicrobiens. En outre, la nécessité de renforcer l'innovation et les investissements dans la recherche-développement de nouveaux médicaments, vaccins et tests antimicrobiens, a fait l'objet d'un large consensus.

## **VI. Recherche-développement**

54. En mai 2015, dans sa décision WHA68(10), la soixante-huitième Assemblée mondiale de la santé « a salué l'élaboration du plan établi, en consultation avec les États Membres et les parties concernées, pour accélérer la recherche-développement sur les épidémies ou les situations d'urgence sanitaire lorsque les solutions préventives et curatives font défaut ou sont insuffisantes, compte tenu des autres travaux effectués à l'OMS ».

55. À la demande de ses 194 États membres, l'OMS a formé une grande coalition mondiale en vue de concevoir le projet de recherche-développement, plateforme visant à accélérer la recherche-développement sur les nouveaux agents pathogènes qui pourraient provoquer de graves épidémies dans un avenir proche, et contre lesquels il n'existe que peu ou pas de traitement.

56. L'objectif du projet de recherche-développement est d'offrir des conditions favorables aux chercheurs, par l'augmentation des financements, le partage des données et la mise en place de partenariats, afin que leurs travaux soient porteurs de changement dans le secteur de la santé publique et qu'ils aient plus d'impact au niveau mondial. Le projet permettra notamment de réduire l'écart entre le moment où une urgence de santé publique de portée internationale est déclarée et celui où des tests, des vaccins et des médicaments efficaces sont mis à disposition et prêts à être utilisés pour sauver des vies et éviter une crise. Dans le cadre du projet de recherche-développement, on adoptera les trois stratégies suivantes afin d'améliorer la préparation :

a) Améliorer la coordination et promouvoir un environnement favorable : cette stratégie prévoit une série de mesures interdépendantes, notamment d'ordre organisationnel, politique, informatif et culturel, qui visent à renforcer les capacités dont on dispose à l'échelle mondiale pour mener rapidement des travaux de recherche dans le contexte d'épidémies. À ce titre, les mesures suivantes seront instaurées :

- i) Mise en place d'un dispositif de coordination efficace;
- ii) Définition de procédures de financement novatrices, transparentes et harmonisées;
- iii) Aide à l'établissement d'une communication efficace.

b) Accélérer les procédures de recherche-développement : cette stratégie prévoit toutes les mesures permettant de conduire des travaux de recherches essentiels de façon sûre, efficace et rapide. L'OMS joue un rôle de facilitation en veillant à ce que les mesures prioritaires soient conçues et appliquées de manière consensuelle et coordonnée. À ce titre, les mesures suivantes seront instaurées :

- i) Évaluation de la menace d'épidémie et définition des pathogènes prioritaires;
- ii) Élaboration d'orientations de recherche-développement afin d'accélérer l'évaluation des diagnostics, des traitements et des vaccins;
- iii) Définition de solutions éthiques et de réglementations adaptées.

c) Concevoir de nouvelles règles et normes adaptées aux contextes d'épidémies : l'adoption de normes et de règles internationales novatrices sont un moyen de surmonter les barrières scientifiques et les difficultés de coordination que rencontrent les chercheurs pendant les épidémies. L'OMS contribuera à améliorer au maximum la cohérence, la fiabilité et l'efficacité des travaux et des initiatives de recherche. À ce titre, les mesures suivantes seront instaurées :

- i) Appui au renforcement des capacités en vue de la mise en œuvre des plans d'étude voulus;

- ii) Élaboration de directives et d'outils en vue de la définition d'un cadre pour la collaboration et les échanges;
- iii) Anticipation des besoins en matière de preuve afin de guider l'examen de la réglementation et l'élaboration des politiques.

57. Des gouvernements ont déjà tenu plusieurs consultations avec des organismes de santé publique, des chercheurs, des experts en sciences sociales et des entreprises. Les parties à ces échanges se sont employées à : recenser les principaux obstacles à la collaboration internationale; définir des principes en matière de partage des données; sélectionner 10 pathogènes viraux à haut risque nécessitant une intervention immédiate; entreprendre le recensement, pour ces agents pathogènes, des principales activités requises pour promouvoir la recherche stratégique avant et pendant les épidémies; étudier des approches novatrices pour réaliser des essais cliniques.

58. Conformément au projet de recherche-développement de l'OMS, des parties prenantes membres d'organisations internationales, de gouvernements, d'entreprises, de fonds publics et philanthropiques pour la recherche-développement, d'institutions universitaires, d'organisations non gouvernementales et de groupes de la société civile, ont décidé, à l'occasion du Forum économique mondial tenu à Davos, en 2016, d'étudier de nouveaux modes de collaboration afin de stimuler l'innovation en matière de vaccination, le but étant de combattre les menaces pour la santé publique. C'est ainsi qu'est née l'initiative intitulée « Coalition pour l'innovation en matière de préparation aux épidémies ». La Coalition repose sur l'idée qu'il faut maximiser l'utilisation des vaccins face aux flambées de maladies infectieuses potentiellement épidémiques, au stade le plus précoce possible, afin qu'elles ne deviennent pas des urgences de santé publique. La Coalition cherche à atteindre cet objectif en instaurant un partenariat novateur entre les secteurs public, privé, philanthropique et la société civile, de manière à inscrire la fabrication de vaccins dans une approche de bout en bout, en particulier dans les cas où le marché est inexistant.

59. Depuis janvier 2016, une série d'ateliers interactifs et de téléconférences de haut niveau ont été organisés afin d'ébaucher des propositions pour la Coalition. Pour le moment, sous réserve de la confirmation des engagements de financement initial, le lancement officiel de la Coalition est prévu pour la Réunion annuelle de Davos, en janvier 2017.

## **VII. Renforcer les capacités des organismes des Nations Unies**

60. À la suite de l'appel lancé en vue d'améliorer l'aptitude de la communauté internationale à soutenir l'action des États Membres face aux crises sanitaires, d'importants efforts ont été déployés récemment. Il convient notamment de signaler la mise en place du nouveau Programme de l'OMS pour la gestion des situations d'urgence sanitaire, l'élaboration d'instructions permanentes pour la gestion des risques infectieux sous les auspices du Comité permanent interorganisations, la création de mécanismes de financement novateurs et opérationnels rapidement et de nouvelles plateformes de recherche-développement. Ces mesures étant analysées en détail dans d'autres documents, elles sont simplement mentionnées ici, sans autre explication.

## **VIII. Supervision des capacités internationales en situation de crise sanitaire**

61. On espère fortement que les enseignements tirés de la crise d'Ebola et d'autres crises sanitaires internationales seront mises en œuvre de manière efficace et rationnelle. Pour atteindre cet objectif au niveau international, deux entités de supervision ont été créées : l'Équipe spéciale du Secrétaire général pour les crises sanitaires mondiales et le Comité consultatif indépendant de surveillance pour le Programme de l'OMS pour la gestion des situations d'urgence sanitaire.

### **Équipe spéciale du Secrétaire général pour les crises sanitaires mondiales**

62. Le Secrétaire général a créé l'Équipe spéciale pour les crises sanitaires mondiales afin de soutenir et de contrôler la mise en œuvre des recommandations de son Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires. En février 2016, le Groupe a publié son rapport intitulé « Protéger l'humanité contre les crises sanitaires futures » (A/70/723) et, en avril, le Secrétaire général a présenté ses observations relatives aux recommandations du Groupe dans son rapport intitulé « Renforcer l'infrastructure mondiale de la santé » (A/70/824). Dans le cadre de ses activités, l'Équipe spéciale fera en sorte que les recommandations du Groupe soient appliquées en accord avec les observations du Secrétaire général.

63. L'Équipe spéciale tiendra régulièrement au courant le Secrétaire général des progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations du Groupe. Elle portera également à l'attention du Secrétaire général les questions touchant aux nouvelles crises sanitaires et aux lacunes ou aux failles de l'infrastructure mondiale de santé.

64. L'Équipe spéciale est composée de membres d'organismes des Nations Unies et d'experts externes. Il s'agit d'éminentes personnalités ayant de l'expérience dans les domaines suivants : maladies infectieuses, soins de santé communautaire, santé publique et développement, évaluation des risques, mise en œuvre de l'action humanitaire, gestion de la riposte en cas d'épidémie, financement, recherche et innovation.

65. L'Équipe spéciale sera en activité pour une année à compter de juillet 2016.

### **Comité consultatif indépendant de surveillance pour le Programme de l'OMS pour la gestion des situations d'urgence sanitaire**

66. Le 29 mars 2016, le Directeur général de l'OMS a créé le Comité consultatif indépendant de surveillance afin de contrôler et de suivre le développement et les résultats du Programme de l'OMS pour la gestion des situations d'urgence sanitaire, d'orienter les activités du Programme, de conseiller le Directeur général sur des questions entrant dans le cadre de son mandat et de faire rapport de ses observations à l'Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif de

l’OMS<sup>21</sup>. Les rapports du Comité seront également transmis au Secrétaire général de l’Organisation des Nations Unies et au Comité permanent interorganisations des Nations Unies.

67. Le Comité se compose de huit membres ayant une vaste expérience dans un grand nombre de disciplines, parmi lesquelles la santé publique, les maladies infectieuses, les crises humanitaires, l’administration publique, la gestion des situations d’urgence, l’engagement des communautés, les partenariats et le développement.

68. Le Comité s’est réuni trois fois et présentera son premier rapport à la 140<sup>e</sup> séance du Conseil exécutif de l’OMS, en janvier 2017.

## **IX. Conclusion**

**69. Malgré les progrès enregistrés sur de nombreux fronts depuis la crise d’Ebola en Afrique de l’Ouest, l’état de la sécurité sanitaire mondiale demeure préoccupant. Alors que les facteurs de crises sanitaires sont de plus en plus nombreux et puissants, il est essentiel de renforcer considérablement les capacités aux niveaux international et national. La sécurité sanitaire mondiale et les éléments qui la constituent, notamment la préparation, la résilience, les moyens de riposte, les possibilités de relèvement, le financement et la recherche-développement, doivent rester un certain temps en tête des priorités dans les programmes politiques et les programmes de développement.**

---

---

<sup>21</sup> Voir [http://www.who.int/about/who\\_reform/emergency-capacities/oversight-committee/fr/](http://www.who.int/about/who_reform/emergency-capacities/oversight-committee/fr/) (consulté le 2 mai 2016).