



Application du Règlement sanitaire international (2005)

Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A (H1N1) 2009

Rapport du Directeur général

Le Directeur général a l'honneur de transmettre à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé le Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A (H1N1) 2009 (voir annexe).

ANNEXE

**RAPPORT DU COMITÉ D'EXAMEN SUR LE FONCTIONNEMENT DU
RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005) ET
LA PANDÉMIE DE GRIPPE A (H1N1) 2009****TABLE DES MATIÈRES**

	Pages
REMERCIEMENTS	4
PRÉFACE	7
RÉSUMÉ D'ORIENTATION	9
I : Préparation à une urgence de santé publique de portée internationale	30
II : Grippe pandémique A (H1N1) 2009.....	54
III : Organisation de la riposte mondiale.....	71
IV : Conclusions et recommandations	143
Appendices	158

REMERCIEMENTS

Le Comité d'examen souhaite remercier les membres suivants qui ont dû démissionner au cours de ses travaux : Dr Anthony Evans, Professeur John Mackenzie, Dr Ziad Memish et Dr Babatunde Osotimehin.

Le Comité d'examen a reçu des contributions précieuses d'États Parties, d'institutions spécialisées du système des Nations Unies, d'organisations gouvernementales et non gouvernementales et de personnes privées. Il tient à remercier en particulier les personnes suivantes qui lui ont accordé des entretiens :

Dr Masato Mugitani, Ministre assistant pour la Santé mondiale et Directeur général du Groupe de travail spécial pour la grippe pandémique, Ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales, Japon ; Dr Suresh Jadhav, Directeur exécutif pour l'assurance qualité et les affaires réglementaires, Serum Institute of India et Ex-Président du Réseau de fabricants de vaccins dans les pays en développement ; M. Tony Colgate, Coordonnateur scientifique de la Fédération internationale de l'Industrie du Médicament et Administrateur, Questions techniques sur les vaccins et diagnostics pour la grippe, Novartis ; Dr Dirk Glaesser, Responsable de la gestion des risques, Organisation mondiale du Tourisme ; Dr David Salisbury, Directeur du Département Vaccination, Ministère de la Santé, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, et Président du Groupe stratégique consultatif d'experts OMS sur la vaccination ; Dr David Reddy, Chef du Groupe de préparation à une pandémie mondiale et Mme Catherine Steele, Chef des communications internationales chez F. Hoffman-La Roche Ltd. ; Dr Andrin Oswald, Chef de l'Unité Vaccins et diagnostics de Novartis ; Dr Stephen Redd, Directeur, Influenza coordination Unit, US Centers for Disease Control and Prevention, États-Unis d'Amérique ; Dr Hugo Lopez-Gatell Ramirez, Sous-Directeur général pour l'Épidémiologie, Ministère de la Santé et point focal national RSI, Mexique ; Professeur Didier Houssin, Directeur général de la Santé et délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire au Ministère de la Santé, France ; Mme Bente Angell-Hansen, Ambassadeur de la Norvège et M. J. J. Gomez-Camacho, Ambassadeur du Mexique, Coprésident du groupe de travail à composition non limitée sur la préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages ; Dr David Butler-Jones, Administrateur en chef de la santé publique, Agence de la Santé publique du Canada ; Dr David Nabarro, Coordonnateur principal pour les gripes aviaire et humaine, Coordination du système des Nations Unies pour la grippe ; et Mme Carmen Amela Heras, Représentante du Directeur général de la Santé publique pour les questions relatives au RSI, Ministère de la Santé et des Politiques sociales et point focal national RSI, Espagne ; Dr Thomas Jefferson, Cochrane Vaccines Field ; Dr Fiona Godlee, Rédacteur en chef du *British Medical Journal* ; Dr Norbert Hehme, Président du Groupe spécial international pour l'approvisionnement en vaccins antigrippaux, Fédération internationale de l'Industrie du Médicament et Produits biologiques, GlaxoSmithKline ; Dr Paul Benkimoun, journaliste médical, *Le Monde*, France ; Professeur David Harper, Directeur général, Amélioration et protection de la santé, Ministère de la Santé, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord ; Mme Else J. B. Andersen, Sous-Directeur général adjoint, Ministère de la Santé et des Soins, Norvège ; M. Morten Randmæl, Directeur, Département de la préparation aux situations d'urgence, Direction de la Santé, Norvège ; M. Bjørn Iversen, Directeur par intérim, Institut norvégien de la Santé publique, Norvège ; et Mme Ine Måreng, Sous-Directeur général, Ministère des Affaires étrangères, Norvège ; Dr Lars Schaade, Chef de Centre, Sécurité biologique, Institut Robert Koch, Allemagne ; Dr Alex Thiermann, Président de la Commission du Code zoosanitaire international et Conseiller principal du Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé animale (OIE) et Dr Kate Glynn, Chef de mission, Département scientifique et technique de l'OIE et point focal pour les questions relatives à l'interface entre la santé humaine et animale, Office international des Épizooties ; M. Paul Flynn, Parlementaire, Parti travailliste du Royaume-Uni et Représentant au Conseil de l'Europe ; Dr Gérard Krause, Directeur, Département de l'Épidémiologie des maladies infectieuses, Institut national de la Santé publique, Allemagne ;

Professeur John Mackenzie, Président du Comité d'urgence, Professeur en maladies tropicales infectieuses, Division of Health Sciences, Curtin University, Australie ; Dr Claude Thibeault, Consultant en médecine aéronautique et médecine du travail et Conseiller médical, Association du Transport aérien international (IATA) ; Dr Aboubacry Fall, Spécialiste de la santé publique, Économiste de la santé, Directeur de la prévention au Ministère de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène publique, Sénégal ; Dr Philip Muthoka, Administrateur du point focal national RSI, Ministère de la Santé, Kenya ; Dr Vagif Abdullayev, point focal national RSI suppléant, Directeur général adjoint du Centre d'Hygiène et d'Épidémiologie de la République d'Azerbaïdjan ; Dr Liudmila Naroichyk, Médecin-chef adjoint en épidémiologie, Centre d'Hygiène, d'Épidémiologie et de Santé publique de la République du Bélarus ; Dr Anthony Evans, Chef de la section de médecine aéronautique, Organisation de l'Aviation civile internationale (OACI), Montréal, Canada ; Dr Dang Quang Tan, Chef de la Division de la Quarantaine sanitaire aux frontières, Département de Médecine préventive, Ministère de la Santé du Viet Nam ; Dr Jacques Berger, Président de Sanofi Pasteur, France ; Dr Atika Abelin, Directeur, Politique mondiale de vaccination, Sanofi Pasteur ; Dr Patricia Leung-Tack, Directeur des opérations industrielles Grippe, pandémie de grippe et Pneumo, Sanofi Pasteur ; Dr Mike Osterholm, Directeur, Center for Infectious Disease Research and Policy (CIDRAP), Université du Minnesota ; Dr Samir Abdel Aziz El Rafie, Directeur exécutif de l'Unité de Surveillance, Ministère de la Santé, Égypte ; Dr Babiker Magboul, Directeur du Département d'Épidémiologie, Ministère fédéral de la Santé, Soudan ; Dr Kamel Abusal, point focal national RSI et spécialiste de la médecine communautaire, Chef du service des maladies diarrhéiques, Ministère de la Santé, Jordanie ; Mme Maritza Garcia, Infirmière diplômée, Épidémiologiste, Chef du système de surveillance épidémiologique, Ministère de la Santé, Chili ; Dr Karina Balbuena, Coordonnateur de l'équipe d'intervention rapide, Secrétariat des programmes de prévention et de la promotion de la santé, Ministère de la Santé, Argentine ; Dr Geela Ali, Secrétaire permanent de la Santé, Maldives ; Dr Garib Das Thakur, Directeur et point focal national RSI, Division de l'Épidémiologie et de la Lutte contre les Maladies, Département des Services de santé, Népal ; Mme Mary Murnane, Secrétaire adjointe, Professeur Jim Bishop, Médecin-chef, et Mme Jennifer Bryant, Première Secrétaire assistante, Bureau de la Protection de la Santé, Ministère de la Santé et des Personnes âgées, Australie ; Dr Gary Grohmann, Directeur, Section d'Immunobiologie, Groupe du suivi et de l'observance Therapeutic Goods Administration, Australie ; Dr Jean Damascène Khouilla, Directeur général de la Santé publique, Gabon ; Dr Marc Sprenger, Directeur, et Professeur Angus Nicoll, Centre européen de Prévention et de Contrôle des Maladies et Dr David L Heymann, Head and Senior Fellow, Centre on Global Health Security, Chatham House, Royaume-Uni.

Le Comité d'examen tient à remercier également le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, le Dr Anarfi Assamoah-Baah, Directeur général adjoint, et le Dr Keiji Fukuda, Sous-Directeur général, pour leur soutien actif aux travaux du Comité d'examen. Le Comité exprime aussi sa gratitude aux membres suivants du Secrétariat de l'OMS qui lui ont apporté leur concours : Sylvain Aldighieri, Ruth Anderson, Roberta Andraghetti, Penny Andrea, Sylvie Briand, Caroline Brown, Rick Brown, Gian Luca Burci, Francis Chisaka Kasolo, Stella Chungong, Fernando Da Conceicao Silvera, Patrick Drury, Philippe Duclos, Christine Feig, Fernando Gonzalez-Martin, Max Hardiman, Hande Harmanci, Gregory Hartl, Thomas Hofmann, Helge Hollmeyer, Anne Huvos, Jean Jabbour, Takeshi Kasai, Mika Kawano, Kristen Kelleher, Marie-Paule Kieny, Chin-Kei Lee, Ailan Li, Karen Mah, Jaouad Mahjour, Anne Hélène Mazur, Jill Meloni, Daniel Menucci, David Mercer, Anthony Mounts, Bjorg Nilsson, Isabelle Nuttall, Angela Merianos, Otavio Oliva, Satoko Otsu, Charles Penn, Zahiri Pernaleta, Bruce Plotkin, Chusak Prasittisuk, Adrienne Rashford, Cecilia Rose-Oduyemi, Cathy Roth, Michael Ryan, Nahoko Shindo, Rafe Slattery, Ian Smith, Steve Solomon, Florimond Tshioko Kweteminga, Ayana Yeneabat Alemu, Maged Younes and Wenqing Zhang.

Le Comité d'examen voudrait remercier tout spécialement les membres de son propre secrétariat. Le secrétariat du Comité d'examen du Règlement sanitaire international était dirigé par Nick Drager, assisté des personnes suivantes : Dominique Metais, Faith McLellan, Mary Chamberland, Nadia Day, Alice Ghent, Sue Horsfall, Janet Kincaid, Phillip Lambach, Linda Larsson, Fabienne Maertens, Joan Ntabadde, Les Olson, Magdalena Rabini, Sarah Ramsay, Mick Reid, Chastine Rodriguez, Alexandra Rosado-Miguel et Natasha Shapovalova.

PRÉFACE

Des multitudes de menaces pour la santé ont la capacité de franchir les frontières. Qu'il s'agisse de les anticiper ou d'y répondre, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) est à la fois le porte-parole de la communauté mondiale et le leader de l'action entreprise. La principale ligne de défense de l'OMS est le Règlement sanitaire international (2005). L'émergence de la pandémie de grippe A (H1N1) en avril 2009 a été la première mise à l'épreuve véritable du Règlement depuis son entrée en vigueur en 2007.

Le présent rapport a un double but : premièrement, analyser la manière dont le Règlement sanitaire international (RSI) a jusqu'ici rempli son rôle qui est d'assurer au monde une sécurité sanitaire adéquate tout en portant atteinte le moins possible à l'économie et, en particulier, aux voyages, aux transports de marchandises et aux droits de l'homme. Le premier examen du RSI devait avoir lieu en 2010, mais la pandémie de grippe de 2009 est survenue entre-temps et a conduit à centrer également ce rapport sur un deuxième sujet, à savoir l'étude de la riposte que l'OMS a apportée à cette pandémie. Ces deux objectifs sont distincts, mais étroitement liés.

La pandémie de grippe de 2009 a été un bon révélateur du fonctionnement du Règlement sanitaire international. Mais, en même temps, le RSI a une portée beaucoup plus large et couvre tout un ensemble d'urgences de santé publique qui ne se limitent pas aux seules menaces d'origine infectieuse. Outre qu'elle a permis de tester le RSI, la pandémie de grippe a fait ressortir les vulnérabilités qui pouvaient exister au niveau des capacités de santé publique mondiales, nationales et locales, les limitations des connaissances scientifiques, les difficultés qu'il y avait à prendre des décisions dans des conditions d'incertitude, les complexités de la coopération internationale et les problèmes de communication entre experts, responsables politiques et grand public.

Au cours de l'année écoulée, j'ai eu le privilège de travailler avec les membres du Comité d'examen, qui comprenait des personnes venant de toutes les régions du monde, choisies pour leurs compétences d'expert, leur indépendance et leur attachement à la cause de la santé mondiale. Pour s'acquitter de leurs responsabilités, toutes sont venues au Siège de l'OMS à Genève écouter des heures entières de témoignages et ont lu des centaines de documents, dans ce qui a été un processus très approfondi d'enquêtes et de délibérations.

Le rapport qui en est résulté peut se définir à la fois par ce qu'il n'est pas et par ce qu'il est. Ce rapport n'est pas fondé sur des idées préconçues mais sur des données factuelles, du moins pour autant que nous ayons pu en juger. Ce n'est pas non plus une évaluation des performances de tel ou tel pays à titre individuel ou une évaluation du rapport coût/efficacité du RSI ou de la riposte à la pandémie. C'est un rapport qui est axé sur le fonctionnement du RSI et de l'OMS et sur les résultats obtenus. Nous nous sommes efforcés d'examiner les faits, d'arriver à des conclusions et de formuler des avis constructifs visant à améliorer les résultats futurs.

Le Comité d'examen a constamment gardé à l'esprit le fait qu'il avait été nommé au nom de tous les États Membres. Fidèles à ce mandat, nous nous sommes attachés à multiplier les consultations et de tenir compte de l'avis de tous. Toutes les réunions plénières du Comité ont été ouvertes aux représentants des États Parties au RSI, aux organisations intergouvernementales et non gouvernementales et aux médias, et toutes les personnes présentes ont pu entendre les mêmes témoignages que les membres du Comité, lesquels ont également profité des communications écrites et des exposés oraux présentés par divers États Parties et d'autres instances.

Avant sa réunion finale en mars 2011, le Comité a publié ses projets de recommandations et de conclusions sous la forme d'un document de présentation que les États Parties au RSI, les organisations intergouvernementales et les organisations non gouvernementales ont eu la possibilité d'examiner pour en commenter les points forts et les points faibles. Leurs observations sur ce

document nous ont aidés à parachever le rapport et à préciser les orientations globales et la nature des recommandations formulées.

Comme le document de présentation, ce rapport final contient trois conclusions générales accompagnées de 15 recommandations. Celles-ci portent sur toute une série d'améliorations touchant des aspects techniques, logistiques et de politique générale. La mise en œuvre de certaines de ces recommandations nécessitera, certes, des ressources, mais rien n'est plus coûteux que de ne rien faire.

Les pandémies peuvent être à l'origine de terribles enseignements. Quoique l'on puisse penser de la manière dont l'OMS et d'autres entités ont géré la pandémie de 2009, chacun doit se féliciter qu'elle ait fait relativement peu de victimes. Les virus de la grippe sont notoirement imprévisibles. Nous avons eu de la chance cette fois-ci mais, comme le rapport le conclut, le monde est mal préparé à une pandémie grave ou à toute autre urgence comparable menaçant durablement la santé publique à l'échelle mondiale. Nous offrons respectueusement cette évaluation à tous les pays, dans l'espoir que nos recommandations aideront à faire de ce monde un endroit plus sûr.

Harvey V. Fineberg
Président du Comité d'examen

Avril 2011
Genève, Suisse

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

INTRODUCTION

1. En janvier 2010, à sa cent vingt-sixième session, le Conseil exécutif de l'OMS a accueilli favorablement la proposition du Directeur général de convoquer le Comité d'examen prévu au chapitre III du titre IX du Règlement sanitaire international 2005 (RSI). Dans cette proposition, le Directeur général prévoyait notamment de demander au Comité de faire le point sur l'expérience acquise dans le cadre de la riposte mondiale à la pandémie de grippe A (H1N1) 2009, afin d'étayer l'examen du fonctionnement du Règlement ; d'aider à évaluer et, le cas échéant, de modifier la riposte actuelle et de renforcer la préparation à de futures pandémies. Le Comité a reçu le mandat suivant :

L'évaluation de la riposte mondiale à la pandémie de grippe H1N1 sera effectuée par le Comité d'examen du Règlement sanitaire international, un comité d'experts réunissant un large éventail de compétences scientifiques et une vaste expérience pratique en matière de santé publique. Les membres de ce Comité comptent parmi les meilleurs experts mondiaux dans leurs domaines de spécialisation respectifs.

Le Règlement sanitaire international 2005 (RSI) est un instrument juridique international contraignant pour les 194 États Parties répartis à travers le globe, y compris tous les États Membres de l'OMS. L'objet principal de ce Règlement est d'aider la communauté internationale à prévenir les risques graves pour la santé publique susceptibles de se propager au-delà des frontières et de menacer les populations du monde et à organiser la riposte. En janvier 2010, le Conseil exécutif de l'OMS a demandé au Directeur général de formuler une proposition sur la manière d'évaluer la riposte internationale à la pandémie, puis a approuvé sa suggestion de convoquer le Comité d'examen du RSI et de le charger de faire le point à la fois sur la riposte à la pandémie et sur le fonctionnement du RSI.

La pandémie de grippe H1N1 est la première urgence de santé publique survenue depuis l'entrée en vigueur du RSI révisé. Le RSI a joué un rôle central dans la riposte mondiale à la pandémie de sorte que l'examen du Règlement et l'évaluation de la prise en charge de la pandémie de grippe au niveau mondial sont étroitement liés.

Le RSI facilite une action internationale coordonnée en demandant aux pays de notifier à l'OMS certaines flambées épidémiques de maladies et certains événements de santé publique, de sorte que la notification au niveau mondial d'événements de santé publique importants se fasse de manière transparente et en temps utile.

Le RSI a été appliqué pour la première fois (c'est-à-dire qu'« il est entré en vigueur ») à l'échelle mondiale en 2007 et l'Assemblée de la Santé a décidé qu'un premier examen de son fonctionnement aurait lieu d'ici la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2010.

Objectifs

Cet examen a trois objectifs principaux :

- **évaluer le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) ;**

- **évaluer la riposte mondiale actuelle à la pandémie H1N1 (y compris le rôle de l’OMS) ; et**
- **tirer les enseignements qui pourraient être importants pour renforcer la préparation et la riposte à de futures pandémies et urgences de santé publique.**

2. Une liste des noms et affiliations des membres du Comité d’examen figure à la fin du résumé d’orientation et le mandat complet du Comité est décrit à l’appendice I. L’appendice II du rapport contient les biographies des membres et leurs déclarations d’intérêt.

Méthode de travail

3. Le Comité d’examen a effectué une grande partie de son travail dans le cadre de réunions plénières tenues au Siège de l’OMS à Genève. Par souci de transparence, ces réunions étaient ouvertes aux médias. Le Comité a entendu les témoignages de différentes personnes représentant les États Parties, les points focaux nationaux RSI, les organisations intergouvernementales, les organisations non gouvernementales, les organismes du système des Nations Unies, l’industrie, les professionnels de la santé, les experts, les membres des médias, les présidents des comités pertinents et le Secrétariat de l’OMS.

4. Le Comité plénier et ses groupes de travail se sont aussi réunis pour des sessions de délibération à Genève qui n’étaient ouvertes qu’aux seuls membres du Comité et de son personnel d’appui immédiat. D’autres consultations ont eu lieu entre les membres du personnel d’appui, le Président, Professeur Harvey V. Fineberg et les membres des groupes de travail du Comité par téléconférence ou par communication électronique.

5. Bien qu’il ait travaillé de manière indépendante, le Comité d’examen a fréquemment demandé des informations au Secrétariat de l’OMS et réclamé des éclaircissements sur certaines questions qui se sont posées tant dans la phase de collecte de l’information qu’au cours de la rédaction du rapport. Le personnel de l’OMS a fourni des réponses écrites à beaucoup de questions posées par le Comité et a eu des entretiens informels avec ses membres. L’OMS a laissé les membres du Comité accéder librement aux documents internes et, moyennant la signature d’un engagement de non-divulgence, ceux-ci ont également pu avoir accès à des documents juridiques confidentiels.

6. Le Secrétariat de l’OMS a rédigé à l’intention des membres du Comité une série de notes d’information fournissant des renseignements de base sur certaines questions telles que le RSI, la préparation en cas de pandémie, les phases de la pandémie, la gravité de la pandémie, le vaccin antipandémique, les médicaments antiviraux, la surveillance virologique, la surveillance des maladies, la participation des laboratoires à la riposte, les mesures de santé publique et le groupe de travail d’États Membres à composition non limitée sur la préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages. Le Comité a eu accès à une série d’études consacrées à l’évaluation du fonctionnement de l’annexe 2 du RSI (c’est-à-dire l’instrument de décision pour l’évaluation et la notification par les États Parties d’événements de santé publique) ainsi qu’à des rapports de situation sur la mise en œuvre du RSI. À la demande du Comité, le Secrétariat de l’OMS a conçu une matrice des principales fonctions de santé publique du RSI et recensé toute une série d’événements non liés à une pandémie notifiés à l’OMS depuis l’entrée en vigueur du RSI. Le Comité a sélectionné plusieurs de ces événements et demandé au Secrétariat de préparer un résumé pour chacun d’entre eux afin de faciliter son évaluation des fonctions de santé publique du RSI.

7. Le Comité s'est efforcé de réunir des informations sur le rôle de l'OMS et sa gestion de la pandémie et d'évaluer l'efficacité du RSI. Cela a nécessité une enquête approfondie sur les événements survenus et les décisions prises au cours de la pandémie, un examen des critiques dirigées contre l'Organisation et une évaluation de ses réalisations. L'objectif a été dès le départ de rechercher les meilleurs moyens de protéger la population mondiale lors d'une prochaine urgence de santé publique. Dans ses délibérations, le Comité s'est constamment efforcé d'être exhaustif, systématique, ouvert et objectif. Le rapport final contient un descriptif complet des éléments fournis au Comité tant lors des entretiens que dans les documents, et de son évaluation et de son interprétation de ces éléments.

Historique et contexte

8. Le RSI établit un régime pour la protection systématique de la santé publique et fournit des indications pour la gestion des menaces de maladies tant à l'intérieur des pays qu'à leurs frontières. Le RSI fournit aussi un cadre d'action pour une riposte coordonnée et proportionnée aux menaces importantes que font peser les maladies émergentes. Ces menaces peuvent aller d'événements de santé publique touchant un ou plusieurs pays à des événements de portée mondiale. Les dispositions du RSI ont force obligatoire pour les États Parties et l'OMS. Le RSI a introduit plusieurs innovations clés, en particulier le remplacement d'une liste de maladies à déclaration obligatoire par un instrument de décision (annexe 2), afin d'aider les pays à déterminer si un événement *peut* constituer une urgence de santé publique de portée internationale. La pandémie de 2009 a été la première mise à l'épreuve véritable du fonctionnement du RSI.

9. Pour examiner le fonctionnement du RSI et déterminer si l'OMS s'est bien acquittée de sa tâche face à la pandémie, il faut considérer le contexte dans lequel la pandémie est survenue. Le Comité d'examen a recensé cinq facteurs qui ont influé sur la façon d'appréhender les événements et qui contribuent à expliquer ce qui s'est produit lors de l'intervention. En bref, ces facteurs étaient les suivants :

- les valeurs fondamentales de la santé publique ;
- la nature imprévisible de la grippe ;
- l'influence que la menace de la grippe aviaire A (H5N1) a exercée sur la préparation en cas de pandémie en général ;
- le rôle double qui est celui de l'OMS, à la fois autorité morale porte-parole de la santé dans le monde et organisation au service de ses États Membres ;
- les limites de systèmes conçus pour faire face à des urgences géographiquement circonscrites et de courte durée plutôt qu'à un événement d'ampleur mondiale d'une durée prolongée.

10. Les valeurs fondamentales de la santé publique ont conditionné la réaction des responsables de la santé publique à travers le monde à la pandémie. Le principe qui prévaut en santé publique est celui de la prévention : prévenir la maladie et empêcher les décès évitables. L'action de l'OMS et celle de nombreux pays face à la pandémie a été menée dans cet état d'esprit comme l'ont confirmé les sentiments exprimés par de nombreux États Membres au Comité d'examen : en cas d'incertitude et de grave danger potentiel, il vaut mieux jouer la carte de la sécurité. Les responsables de la santé publique en sont convaincus et agissent en conséquence. Il appartient aux dirigeants politiques et aux décideurs de bien comprendre cette valeur fondamentale de la santé publique et de percevoir comment elle imprègne toute la réflexion dans ce domaine.

11. Des pandémies de grippe continueront à se produire si l'on se fie à l'histoire et aux données scientifiques et en ce sens, la grippe est très prévisible. Mais personne ne peut dire exactement quand et où aura lieu la prochaine pandémie de grippe et quelle en sera la gravité. Les pandémies étant peu fréquentes, on a tendance à trop tirer de conclusions des caractéristiques observées par le passé. Par exemple, on pourrait être tenté, à la lumière des pandémies survenues en 1918, 1957, 1968 et 2009, de conclure que les pandémies tendent à devenir moins graves. Mais quatre observations ne suffisent pas pour étayer cette conclusion. La recherche, en particulier sur les marqueurs génétiques du virus et les facteurs propres à l'hôte, permettra peut-être par la suite de faire des prévisions plus exactes mais, à l'heure actuelle, l'incertitude est une réalité incontournable quand il s'agit de la grippe, d'où l'importance d'être souple pour faire face à des conditions inattendues et changeantes. La capacité à agir malgré l'incertitude et à s'adapter rapidement à de nouvelles circonstances sont ce qui caractérise une bonne pratique de santé publique et une bonne gestion des urgences.

12. La riposte à l'émergence de la grippe A (H1N1) 2009 fut le résultat d'une décennie de planification en prévision d'une pandémie centrée en grande partie sur la menace d'une pandémie de grippe aviaire H5N1. Or ces deux gripes ont des caractéristiques très différentes. Chez l'homme, l'infection à H5N1 entraîne une mortalité d'environ 60 % parmi les cas confirmés, mais elle ne se transmet que sporadiquement aux humains et encore moins entre humains. Si une pandémie de grippe H5N1 venait à se produire, on pourrait s'attendre à un très grand nombre de décès car le virus s'est avéré hautement mortel. Étant donné que le H5N1 n'est pas facilement transmissible d'homme à homme, il pouvait sembler possible de mettre fin à une flambée à l'aide d'antiviraux et par d'autres mesures. Sur le site Web de l'OMS, une forme grave de la grippe a été envisagée en cas de pandémie, ce qui était compréhensible dans le contexte d'une grippe H5N1. Mais, en réalité, le cas du H1N1 s'est révélé très différent. Comme le virus provoquait des troubles qui, dans la grande majorité des cas, ne nécessitaient pas une hospitalisation, la question de la gravité de la pandémie et de la façon de la caractériser a posé un problème important. Dans la mesure où le virus H1N1 s'est propagé à plusieurs pays en quelques jours, son endiguement rapide qui était l'un des principes de planification qui sous-tendait la riposte en plusieurs étapes prévue par l'OMS ne fut jamais réalisable.

13. Une autre réalité qui a déterminé la riposte à la pandémie est la nature de l'OMS elle-même. Son caractère et sa mission sont doubles : elle est à la fois une autorité morale porte-parole de la santé dans le monde et une organisation au service de ses États Membres. En tant qu'institution chargée de diriger et de coordonner l'action sanitaire internationale au sein du système des Nations Unies, l'OMS est bien placée pour défendre la santé en tant que droit humain. L'encadrement politique et technique qu'elle assure peut aider les pays à affronter tout un ensemble de problèmes de santé publique. Mais l'OMS est aussi au service de ses 193 États Membres, qui se réunissent chaque année lors de l'Assemblée mondiale de la Santé à Genève pour définir la politique de l'Organisation, approuver son budget et ses plans et, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, élire le Directeur général tous les cinq ans. Les aspirations scientifiques et techniques de l'OMS concernant la santé dans le monde sont constamment conditionnées par la multiplicité des points de vue, des besoins et des préférences de ses États Membres.

14. Les moyens internes dont dispose l'OMS pour agir en cas d'urgence sanitaire conviennent pour des événements relativement courts et circonscrits géographiquement du type de ceux auxquels elle fait face à de nombreuses reprises chaque année. En revanche, la pandémie appelait une riposte d'envergure mondiale s'étendant sur un ou deux ans. Avant cette pandémie, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) avait été la seule urgence mondiale des dernières décennies ayant donné à l'OMS un avant-goût des besoins que pouvait entraîner une pandémie. Mais le SRAS n'a duré que quelques mois et n'a touché que deux douzaines de pays environ.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

15. Le Comité d'examen formule les trois principales conclusions suivantes, sur lesquelles s'appuient les recommandations qui font suite à son enquête sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) et sur la pandémie de grippe A (H1N1) 2009.

Conclusion 1 – Résumé

16. Le RSI a contribué à ce que l'ensemble du monde soit mieux préparé aux urgences de santé publique. Les principales capacités nationales et locales requises par le RSI ne sont pas encore pleinement opérationnelles et ne sont pas actuellement en passe d'être mises en place rapidement partout dans le monde.

Conclusion 2 – Résumé

17. À de nombreux égards, l'OMS s'est bien acquittée de sa tâche pendant la pandémie, mais elle s'est heurtée à des difficultés systémiques et a montré quelques carences. Le Comité n'a constaté aucun manquement aux règles.

Conclusion 3 – Résumé

18. Le monde est mal préparé pour faire face à une grave pandémie de grippe ou à toute autre urgence de santé publique mondiale prolongée et constituant une menace. Outre le déploiement des principales capacités de santé publique requises par le RSI, la préparation à l'échelle mondiale peut être améliorée par la recherche, le renforcement des systèmes de prestation de soins de santé, le développement économique dans les pays à revenu faible et intermédiaire et l'amélioration de l'état de santé général.

19. Le reste du document résume les constatations et analyses du Comité et les recommandations faisant suite à chacune des conclusions.

Conclusion 1 – Résumé

20. *Le RSI a contribué à ce que l'ensemble du monde soit mieux préparé aux urgences de santé publique. Les principales capacités nationales et locales requises par le RSI ne sont pas encore pleinement opérationnelles et ne sont pas actuellement en passe d'être mises en place rapidement partout dans le monde.*

21. L'élaboration du RSI a exigé plus de 10 ans de délibérations complexes. S'il n'est pas parfait, le RSI fait avancer de manière importante la protection de la santé dans le monde. Le Comité a axé ses recommandations sur les moyens de renforcer l'application du RSI. Le RSI tente de trouver un équilibre entre la souveraineté des États Parties et le bien commun de la communauté internationale, tout en prenant en considération les intérêts économiques et sociaux ainsi que la protection de la santé. Dans ses recommandations, le Comité tient compte de ces tensions intrinsèques et se concentre sur les mesures pouvant contribuer à la réalisation de l'objectif commun qu'est la sécurité sanitaire mondiale.

22. Le Comité loue les dispositions suivantes du RSI :

- Le RSI oblige l'OMS à obtenir l'avis d'experts sur l'opportunité de déclarer qu'il existe une urgence de santé publique de portée internationale ou qu'elle a pris fin.

- Le RSI incite fortement les pays à coopérer sur le plan technique et à s'appuyer mutuellement un appui logistique pour renforcer leurs capacités.
- Le RSI encourage l'adoption d'approches systématiques de la surveillance et l'établissement de systèmes d'alerte précoce et de riposte dans les États Membres.
- Le RSI a demandé l'établissement de points focaux nationaux RSI pour créer un système de communication claire dans les deux sens entre l'OMS et les États Membres.
- Le RSI a amené un certain nombre de pays à renforcer la surveillance, l'évaluation de risques, la capacité de riposte et les procédures de notification des risques pour la santé publique.
- Le RSI a introduit un instrument de décision (annexe 2) pour l'action de santé publique qui s'est avéré plus souple et plus utile que la liste de maladies à déclaration obligatoire qu'il a remplacée.
- En vertu du RSI, les pays sont tenus d'échanger des informations concernant les risques pour la santé publique.
- En vertu du RSI, les États Parties appliquant des mesures sanitaires supplémentaires qui entravent de manière importante le trafic et le commerce internationaux sont tenus de fournir à l'OMS les raisons de santé publique et les informations scientifiques qui le justifient.

23. Malgré ces aspects positifs du RSI, de nombreux États Parties n'ont pas les principales capacités requises pour détecter, évaluer et déclarer les éventuelles menaces pour la santé et ne sont pas en voie de remplir leurs obligations en matière de plans et d'infrastructures avant la date butoir de 2012 prévue par le RSI. Si rien ne change, les pays ne pourront pas se doter de ces capacités et appliquer pleinement le RSI. Sur les 194 États Parties, 128 (66 %) ont récemment répondu à un questionnaire de l'OMS sur leurs progrès. Seulement 58 % des sondés ont déclaré avoir établi des plans nationaux pour se doter des principales capacités requises, et pas plus de 10 % indiquent avoir mis en place toutes les capacités envisagées dans le RSI. En outre, comme le montrent des études extérieures et un questionnaire de l'OMS, dans certains pays, le point focal national RSI n'est pas mandaté pour communiquer en temps voulu à l'OMS les informations concernant les urgences de santé publique.

24. La faiblesse structurelle la plus importante du RSI (2005) est l'absence de sanctions exécutoires. Ainsi, par exemple, si un pays omet d'expliquer pourquoi il a adopté des mesures plus restrictives pour le trafic et le commerce que celles recommandées par l'OMS, cela n'a pas de conséquences légales.

25. Pour remédier à certains de ces problèmes, le Comité recommande ce qui suit :

Recommandation 1

26. **Accélérer la mise en place des principales capacités requises par le RSI.** L'OMS et les États Parties devraient affiner et actualiser leurs stratégies pour appliquer les prescriptions du RSI en matière de renforcement des capacités, en se concentrant d'abord sur les pays qui auront du mal à respecter l'échéance de 2012. Une des façons possibles d'appuyer et d'accélérer cette mise en place serait que l'OMS s'adjoigne le concours d'organismes et d'organisations appropriés qui seraient disposés à fournir une assistance technique pour aider les pays intéressés à évaluer leurs besoins et à argumenter pour obtenir des investissements. Un plaidoyer incitant à investir dans le renforcement des capacités prévues par le RSI et la mobilisation de ressources qui s'ensuivrait permettraient

probablement à un plus grand nombre d'États Parties de se conformer au RSI. Les pays donateurs et organismes d'aide pourraient s'inspirer de la liste figurant à l'annexe 1A du RSI pour établir leurs priorités en matière d'aide au développement et saisir aussi toutes les possibilités de partage entre les pays de ressources spécialisées comme les laboratoires. L'OMS devrait également actualiser les lignes directrices de 2007 sur les fonctions des points focaux nationaux et y inclure des exemples de bonnes pratiques pour renforcer l'efficacité du RSI.

Recommandation 2

27. **Améliorer le site d'information sur les événements de l'OMS.** L'OMS devrait améliorer son site d'information sur les événements afin d'en faire une source internationale autorisée pour la diffusion d'informations fiables, actuelles et facilement accessibles sur les épidémies au niveau international. Les États Parties devraient pouvoir utiliser ce site comme source essentielle d'informations sur la situation épidémiologique, l'évaluation du risque, les mesures de riposte et leur justification. Le site d'information pourrait également être utilisé pour afficher des directives de l'OMS avant que celles-ci ne soient rendues publiques. Parmi les autres moyens d'améliorer ce site d'information, on pourrait :

- utiliser le site pour poster des conseils et des messages à l'intention des points focaux nationaux ;
- engager les États Parties à autoriser l'OMS à partager davantage d'informations ;
- inclure davantage d'événements et donner davantage d'informations sur chacun d'eux. Par exemple, pour chaque événement, le site pourrait afficher des cartes, fournir des évaluations plus poussées des risques et formuler des recommandations, en fournissant des liens avec les lignes directrices pertinentes de l'OMS et les centres collaborateurs ;
- poster toutes les recommandations temporaires et permanentes publiées dans le cadre du RSI, ainsi que des informations sur les États Membres qui instituent des mesures supplémentaires et sur la justification desdites mesures en précisant ce qu'il en est des demandes de justifications présentées par l'OMS à cet égard.

Recommandation 3

28. **Renforcer la prise de décisions fondées sur des données factuelles concernant le trafic et le commerce.** Quand les États Parties appliquent des mesures sanitaires qui entravent de manière importante le trafic international et qui sont plus restrictives que celles recommandées par l'OMS, l'article 43 du RSI prévoit que les États Parties doivent en informer l'OMS (comme indiqué à l'article 43, « entrave importante s'entend généralement du refus de laisser entrer ou partir les voyageurs internationaux, les bagages, les cargaisons, les conteneurs, les moyens de transport, les marchandises et objets assimilés ou du report de plus de 24 heures de leur entrée ou de leur départ »). En pareilles circonstances, l'OMS devrait chercher énergiquement à obtenir les raisons de santé publique et les informations scientifiques qui le justifient, communiquer ces renseignements aux autres États Parties, et, le cas échéant, demander que ces mesures soient réexaminées comme le stipule l'article 43. L'OMS devrait passer en revue et évaluer l'efficacité et l'impact des mesures aux frontières prises durant la pandémie afin d'aider à formuler des orientations fondées sur des bases factuelles pour de futurs événements.

Recommandation 4

29. Conférer l'autorité et les ressources nécessaires à tous les points focaux nationaux RSI.

Les États Parties devraient veiller à ce que les points focaux nationaux RSI désignés disposent de l'autorité, des ressources, des procédures, des connaissances et de la formation nécessaires pour communiquer avec tous les échelons du gouvernement ainsi qu'au nom de leur gouvernement si besoin est.

Conclusion 2 – Résumé

30. *À de nombreux égards, l'OMS s'est bien acquittée de sa tâche pendant la pandémie ; elle s'est aussi heurtée à des difficultés systémiques et a montré quelques carences. Le Comité n'a constaté aucun manquement aux règles.*

31. Comme l'ont indiqué les États Parties dans leurs témoignages, l'OMS a assuré un encadrement bienvenu en coordonnant l'action mondiale pendant toute la durée de la pandémie. Les fonctions de renseignement sur les épidémies ont été renforcées à l'OMS ces dernières années, grâce au Système de gestion des événements, au développement des capacités des bureaux régionaux et au Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie.

32. Le Comité salue l'adoption par l'OMS et d'autres partenaires des mesures suivantes :

- Élaboration de lignes directrices sur la préparation et l'action en cas d'épidémie de grippe pour aider à concevoir des plans nationaux. Quand la pandémie a débuté, 74 % des pays disposaient de plans de préparation à une pandémie.
- Partenariats efficaces et bonne coordination interinstitutions (avec le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance et le Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets), y compris une étroite coopération avec le secteur de la santé vétérinaire (Organisation mondiale de la Santé animale et Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture) sur les questions techniques et de politique générale.
- Intervention rapide sur le terrain et conseils et assistance prodigués de bonne heure aux pays touchés.
- Dans les délais les plus brefs, détection, identification, caractérisation initiale et surveillance du virus pandémique (H1N1) 2009 par le canal du Réseau mondial de l'OMS pour la surveillance de la grippe.
- Sélection du virus utilisé pour préparer le vaccin antipandémique et mise au point du premier vaccin expérimental préparé à partir de virus réassortis dans les 32 jours qui ont suivi la déclaration de l'urgence de santé publique de portée internationale.
- Mise à disposition en l'espace de quelques semaines des souches semences du vaccin et des réactifs de contrôle.
- Recommandations précoces du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination concernant les groupes cibles et les doses vaccinales.

- Compilation, analyse et communication hebdomadaires des données de surveillance épidémiologique, virologique et clinique obtenues au niveau mondial.
- Nomination sans retard d'un comité d'urgence composé de personnes bien qualifiées, qui a été convoqué dans les 48 heures ayant suivi l'activation des dispositions du RSI.
- Distribution diligente de plus de trois millions de cures d'antiviraux à 72 pays.
- Établissement d'un mécanisme pour aider les pays à surveiller la mise en place des principales capacités dont ils sont tenus de se doter en vertu du RSI.

33. Le Comité a également constaté des difficultés systémiques auxquelles s'est heurtée l'OMS et certaines carences dans l'action de celle-ci :

- L'absence de description cohérente, mesurable et compréhensible de la gravité de la pandémie. Même si la définition d'une pandémie repose exclusivement sur son extension, son degré de gravité influe sur les choix concernant la politique à mener, les décisions personnelles et l'intérêt général. On a besoin d'avoir une bonne évaluation de la gravité aux niveaux national et sous-national. Ces données aident l'OMS à analyser la situation mondiale au fur et à mesure de son évolution et lui permet de fournir des informations en temps utile aux États Membres. Le Comité reconnaît cependant que la caractérisation de la gravité est une chose complexe et difficile à réaliser sur le plan pratique.
- La confusion qui existait au sujet de la définition d'une pandémie n'a pas été correctement dissipée. Dans un des documents en ligne de l'OMS, les pandémies étaient décrites comme causant « un nombre considérable de décès et de malades », alors que la définition officielle d'une pandémie repose uniquement sur son extension. Lorsque, sans avis ni explication, l'OMS a modifié certains de ses documents en ligne pour être plus en accord avec la définition d'une pandémie qu'elle voulait donner, elle a éveillé les soupçons en laissant croire qu'elle avait subrepticement modifié la définition et non pas cherché à rendre ses descriptions de la pandémie plus précises et plus cohérentes. Sa réticence à reconnaître qu'elle avait contribué à faire naître un malentendu autour de la définition applicable a entretenu les soupçons.
- La structuration par phases de la pandémie était inutilement complexe, avec une structure comportant plus de stades qu'elle ne prévoyait d'actions différenciées. La définition des différentes phases aboutissant à une pandémie est plus utile pour la planification que pour la gestion opérationnelle.
- Les demandes hebdomadaires de données spécifiques étaient trop lourdes pour certains pays, notamment ceux dotés de capacités épidémiologiques et de laboratoire limitées. Les responsables de ces pays n'étaient pas toujours convaincus que les données qu'ils communiquaient étaient analysées et utilisées, notamment à mesure que l'épidémie progressait. Par exemple, certains d'entre eux estimaient que le dénombrement systématique des cas fournissait des informations moins utiles que celles qui auraient été obtenues en étudiant les taux d'hospitalisation, de complications et de décès dans les pays précocement affectés par la pandémie.
- La décision de ne pas dévoiler l'identité des membres du Comité d'urgence. Bien que la confidentialité imposée ait correspondu à une volonté compréhensible de protéger les membres de toute pression extérieure, elle a paradoxalement alimenté les soupçons en portant à croire que

L'Organisation avait quelque chose à cacher. Cette décision était conforme à la pratique suivie par l'OMS pour d'autres comités d'experts dont l'identité n'est normalement révélée qu'à l'issue de la consultation, laquelle ne dure souvent qu'une journée, mais cette pratique convenait mal pour un comité dont les travaux allaient s'étendre sur plusieurs mois.

- L'absence de procédures suffisamment solides, systématiques et transparentes pour révéler, reconnaître et gérer les conflits d'intérêts parmi les experts consultés. En particulier, l'OMS ne s'est pas préoccupée en temps opportun des conflits d'intérêts qui pouvaient exister parmi les membres du Comité d'urgence. Cinq membres du Comité d'urgence et un conseiller auprès de ce Comité ont déclaré des conflits d'intérêts potentiels. Aucun de ces conflits n'a été jugé suffisamment important pour justifier d'exclure l'intéressé du Comité d'urgence. Les liens en cause, de même que les noms des membres du Comité d'urgence, ont été rendus publics quand la fin de la pandémie a été déclarée le 10 août 2010. Mais avant que ces informations ne soient publiées, des hypothèses ont circulé concernant des liens potentiels entre des membres du Comité d'urgence et l'industrie qui ont fait soupçonner des pratiques répréhensibles. Le Comité d'examen reconnaît que l'OMS est en train de prendre des mesures pour mieux gérer les conflits d'intérêts, et qu'elle s'y employait alors même qu'il procédait à son examen.
- Au moment de prendre une décision cruciale sur la pandémie (le passage de la phase 4 à la phase 5), le fait de n'avoir consulté qu'une partie du Comité d'urgence au lieu de solliciter l'avis de tous ses membres.
- La décision de prendre moins d'initiatives de communication avec les médias après avoir déclaré la phase 6 (par exemple en supprimant les conférences de presse régulières sur l'évolution de la pandémie) était malavisée.
- Le fait de ne pas avoir admis les raisons rendant certaines critiques légitimes, en particulier les divergences dans les descriptions de ce qui constitue une pandémie, ou le fait de ne pas avoir révélé en temps voulu des liens pouvant créer un conflit d'intérêts parmi les experts appelés à donner leur avis sur les plans et la riposte à la pandémie. En l'occurrence, l'OMS a pu par inadvertance ajouter à la confusion et alimenter les soupçons.
- Le manque de vigueur avec lequel il a été répondu aux critiques mettant en doute l'intégrité de l'Organisation.
- Même si, au final, 78 millions de doses de vaccin contre la grippe pandémique ont été fournies à 77 pays, de nombreuses difficultés systémiques ont fait obstacle à la distribution en temps voulu des dons de vaccins. Parmi les principaux problèmes, on peut mentionner une volonté variable de consentir des dons, des préoccupations concernant la responsabilité, des négociations complexes sur les accords juridiques qui devaient être conclus, l'absence de procédures permettant de court-circuiter les prescriptions réglementaires nationales et l'insuffisance des capacités nationales et locales en matière de transport, de stockage et d'administration des vaccins. Certains pays bénéficiaires ont estimé que l'OMS n'avait pas suffisamment bien expliqué que les dispositions relatives à la responsabilité qui figuraient dans l'accord signé par le bénéficiaire étaient les mêmes que celles qui avaient été acceptées par les pays acquéreurs des vaccins. Toutes ces difficultés se sont avérées redoutables au cours d'une pandémie ; certaines d'entre elles auraient pu être limitées par une préparation plus concertée et par la conclusion d'arrangements à l'avance entre toutes les parties intéressées.
- Le fait de ne pas avoir fourni d'éléments d'orientation en temps voulu dans toutes les langues officielles de l'OMS.

- Faute d'un ensemble de procédures et de priorités cohérentes pour la publication en temps utile d'éléments d'orientation techniques concordants, beaucoup d'unités techniques de l'Organisation ont produit individuellement un nombre ingérable de documents.

34. Les détracteurs de l'OMS affirment qu'elle a beaucoup exagéré la gravité de la pandémie. Toutefois, on ne peut raisonnablement formuler des critiques que sur la base de ce que l'on savait à l'époque et non pas sur ce qui est apparu par la suite. Le Comité a constaté que les données recueillies sur les premières flambées avaient conduit de nombreux experts de l'OMS et d'ailleurs à anticiper une pandémie potentiellement plus grave que celle qui s'est produite ensuite. Le degré de gravité de la pandémie est resté très incertain pendant tout le milieu de l'année 2009, bien après le moment où, par exemple, les pays auraient eu besoin de passer commande des vaccins. Une étude d'observation réalisée sur 899 patients hospitalisés au Mexique entre la fin du mois de mars et le 1^{er} juin 2009 a montré que la pandémie de H1N1 2009 touchait proportionnellement davantage les sujets jeunes. Cinquante-huit patients (6,5 % des patients hospitalisés) ont été gravement atteints et ont présenté des complications telles qu'un syndrome de détresse respiratoire aiguë et un choc. Parmi ceux qui sont tombés gravement malades, le taux de mortalité a été de 41 % (1). Ces statistiques étaient alarmantes. Même le taux de mortalité équivalant au tiers de ce chiffre rapporté chez les patients gravement atteints au Canada était préoccupant (2). En août 2009, le Conseil des conseillers du Président des États-Unis d'Amérique sur la science et la technologie (President's Council of Advisors on Science and Technology) a publié un rapport envisageant un scénario dans lequel la pandémie de H1N1 2009 ferait de 30 000 à 90 000 morts rien qu'aux États-Unis (3). La médiane et le chiffre le plus haut de ce scénario se sont avérés cinq fois supérieurs aux estimations du nombre réel de décès établies après la pandémie (4). Malgré tout, 87 % des victimes avaient moins de 65 ans, et le risque de décès chez les enfants et les adultes actifs était respectivement de 7 et 12 fois plus élevé que lors de la saison grippale normale (4).

35. Certains commentateurs ont accusé l'OMS de s'être hâtée d'annoncer la phase 6 en laissant entendre que cela avait pour but d'enrichir les fabricants de vaccins en déclenchant, par cette déclaration, l'exécution des accords d'achat à terme passés par certains d'entre eux. Bien loin de hâter la déclaration de la phase 6, l'OMS l'a retardée jusqu'à avoir des données attestant de façon indéniable la propagation prolongée au sein de la communauté dans différentes régions du monde. D'après ce que le Comité d'examen a pu établir, aucun détracteur de l'OMS n'a produit de preuve directe démontrant l'existence d'une quelconque influence du secteur commercial sur la prise des décisions. Lors des entretiens qu'il a eus avec des membres du personnel et des comités consultatifs, y compris du Groupe stratégique consultatif d'experts et du Comité d'urgence, ainsi qu'avec des représentants de l'industrie, et quand il a examiné les documents internes et externes, le Comité d'examen n'a trouvé aucun élément montrant que des intérêts commerciaux auraient influé ou tenté d'influer sur les conseils donnés à l'OMS ou sur les décisions qu'elle a prises. D'après le Comité, faire foi à l'idée avancée par certains détracteurs selon laquelle des influences commerciales invisibles dicteraient les actions de l'OMS, c'est ignorer la puissance du principe fondamental de la santé publique qui consiste à prévenir la maladie et à sauver des vies.

36. Le Comité d'examen fait les recommandations suivantes :

Recommandation 5

37. **Renforcer la capacité interne de l'OMS de gérer une riposte prolongée.** L'OMS devrait renforcer sa capacité interne de faire face à une urgence de santé publique de portée internationale prolongée, telle qu'une pandémie, en déterminant les compétences, les ressources et les dispositifs internes nécessaires pour mener une action dont la durée dépasse quelques mois. Parmi les dispositifs internes que l'OMS devrait renforcer, il faudrait notamment :

- déterminer les compétences, les ressources et les ajustements nécessaires pour que l’OMS s’acquitte de son rôle en matière de coordination et d’appui mondial ;
- constituer un groupe pluridisciplinaire interne de membres du personnel qualifiés qui seraient automatiquement libérés de leurs fonctions normales pour une durée indéterminée, avec un système de roulement à intervalle défini ;
- assurer 24 heures sur 24 les services d’hébergement, de restauration, de transport et de garde d’enfant dont ont besoin les membres du personnel qui participent à une action d’urgence prolongée ;
- mettre en place une structure de gestion des événements pouvant être maintenue pendant toute la durée d’une future pandémie ou d’une autre urgence de santé publique mondiale prolongée.

Recommandation 6

38. **Améliorer les pratiques applicables pour la nomination des membres d’un Comité d’urgence.** L’OMS devrait adopter pour la nomination des membres et la gestion d’un Comité d’urgence des politiques, des critères et des procédures propres à assurer que celui-ci réunisse un éventail de compétences approprié et garantisse un processus de consultation pluraliste et une transparence quant à l’absence de tout conflit d’intérêts.

- Comme le prévoit l’article 48 du RSI, l’OMS devrait nommer un comité d’urgence ayant l’éventail de compétences voulues et la représentation géographique appropriée pour chaque événement. Le Comité d’examen a aussi conclu qu’il aurait été utile que les Membres du Comité d’urgence aient un éventail de compétences plus large, y compris en communication sur les risques. Le Comité a reconnu que l’OMS devrait, dans chaque cas, nommer un comité d’urgence doté de l’éventail de compétences techniques approprié pour l’événement précis pour lequel il est constitué. Pour une pandémie de grippe, ces compétences devraient inclure une expertise en virologie, analyses de laboratoire et épidémiologie, ainsi qu’une expérience dans le domaine de la santé publique et du leadership, et des compétences en matière de médecine vétérinaire, d’évaluation des risques et de communication sur les risques et enfin des compétences méthodologiques sur l’étude systématique de la littérature scientifique.
- Afin que l’ensemble des points de vue puisse s’exprimer, l’OMS devrait inviter tous les membres du Comité d’urgence à participer à toutes ses délibérations essentielles.
- L’OMS devrait définir des critères plus clairs et adopter des procédures plus transparentes pour la nomination des membres de comités d’experts tel le Comité d’urgence eu égard aux conflits d’intérêts potentiels. L’identité, le profil, l’expérience et les liens personnels des membres du Comité d’urgence devraient être rendus publics au moment où il est proposé de les nommer, en donnant au public la possibilité de faire des observations durant une période probatoire initiale qui s’appliquerait à tous les membres. L’OMS devrait appliquer des critères clairs pour déterminer s’il existe un conflit d’intérêts qui justifie d’écarter un candidat, et des procédures claires pour déterminer quand et en vertu de quoi il est possible de faire des exceptions pour obtenir l’expertise ou respecter l’équilibre nécessaires. Le Comité d’examen est conscient du fait que les consultations d’experts doivent être confidentielles afin que le Directeur général puisse profiter de discussions et de conseils basés sur la franchise. Cet impératif de confidentialité oblige à appliquer des critères d’autant plus transparents pour la nomination.

- Pour gérer les conflits d'intérêts de manière plus rigoureuse et en anticipant les problèmes, l'OMS devrait notamment nommer un responsable des questions d'éthique professionnelle.

Recommandation 7

39. **Réviser les lignes directrices pour la préparation en cas de pandémie.** L'OMS devrait réviser ses lignes directrices pour la préparation en cas de pandémie afin de simplifier la structure des phases (l'une des solutions consisterait à ne prévoir que trois phases : situation initiale, phase d'alerte, pandémie) ; en privilégiant une approche fondée sur les risques pour pouvoir réagir avec plus de souplesse à différents scénarios ; en s'appuyant sur une participation multisectorielle ; en s'inspirant des enseignements tirés au niveau des pays et aux niveaux régional et mondial et en incluant d'autres éléments d'orientation sur l'évaluation des risques.

Recommandation 8

40. **Concevoir et utiliser des instruments de mesure permettant d'évaluer la gravité.** L'OMS devrait concevoir et utiliser des instruments de mesure permettant d'évaluer la gravité de chaque épidémie de grippe. En appliquant, en évaluant et en affinant des instruments permettant de mesurer chaque année la gravité de l'épidémie, l'OMS et les États Membres pourraient être mieux préparés à évaluer la gravité d'une prochaine pandémie. L'évaluation de la gravité ne suppose pas de modifier la définition d'une pandémie en y ajoutant d'autres critères que celui de l'extension. Mais, même si elle n'entre pas dans la définition du phénomène, la gravité mesurée et anticipée est un élément clé pour la prise des décisions en cas de pandémie.

41. Le Comité reconnaît qu'il est particulièrement difficile d'estimer la gravité d'une flambée épidémique lors de sa phase initiale, que la gravité varie généralement selon l'endroit et dans le temps et qu'elle revêt de multiples formes (mortalité, hospitalisations et morbidité, chacun de ces paramètres variant selon l'âge et d'autres facteurs tels que l'état sanitaire préexistant et l'accès aux soins, la charge pesant sur le système de santé et les facteurs socio-économiques). Les termes descriptifs employés pour caractériser la gravité d'une épidémie, tels que peu prononcée, modérée et grave, devraient être définis quantitativement dans les futures lignes directrices de l'OMS afin que différents observateurs puissent les utiliser de façon systématique en différents endroits. Le Comité préconise d'envisager des instruments de mesure adaptables permettant de passer aussi rapidement que possible d'un décompte initial des cas et du nombre d'hospitalisations et de décès à un calcul des taux pour l'ensemble de la population. La gravité devrait être évaluée aussi précocement que possible lors d'une pandémie et réévaluée ensuite en permanence à mesure que la pandémie évolue et que de nouvelles données deviennent disponibles. On peut évaluer la gravité à l'aide d'un panier d'indicateurs portant sur un ensemble de données minimum convenues à l'avance (par exemple taux d'hospitalisation, chiffres de mortalité, identification des populations vulnérables et évaluation de l'impact sur les systèmes de santé). Les estimations de la gravité devraient être accompagnées d'une mention du degré de confiance ou de la marge d'incertitude avec lesquelles elles ont été établies.

Recommandation 9

42. **Rationaliser la gestion des documents d'orientation.** L'OMS a besoin d'une stratégie et d'un système de gestion des documents pour que l'élaboration, le contrôle, la traduction et la diffusion de lignes directrices et autres documents techniques puissent se faire en temps utile et de manière cohérente lors d'une urgence de santé publique. Les lignes directrices provisoires devraient être révisées au fur et à mesure que parviennent de nouvelles données. Dans la mesure du possible, si les lignes directrices ont des incidences politiques potentielles, l'OMS devrait s'efforcer au maximum de

consulter les États Membres et de les informer à l'avance de la publication prochaine de nouvelles prescriptions. L'OMS devrait s'employer à assurer une cohérence des lignes directrices au travers des différents niveaux de l'Organisation tout en reconnaissant que les conditions existant dans différentes régions et différents pays peuvent être variables.

Recommandation 10

43. **Élaboration et application d'une politique de communication stratégique à l'échelle de toute l'Organisation.** L'OMS devrait élaborer une politique de communication s'appliquant à l'ensemble de l'Organisation et une approche stratégique pour améliorer aussi bien les communications courantes que les communications d'urgence. Une approche stratégique suppose d'adapter le contenu, la forme et le style de la communication à tel ou tel type de média, en intervenant au moment opportun et avec la fréquence voulue pour toucher le public visé et servir l'objectif recherché. Elle devrait être prête à assurer une communication active et de longue haleine quand les circonstances l'exigent, à reconnaître les erreurs et à répondre vigoureusement et de manière professionnelle aux critiques injustifiées. Les procédures de publication sur le Web devraient être clarifiées afin qu'il soit possible de retracer l'historique des changements apportés sur les pages Web et de les archiver. L'OMS devrait investir pour asseoir sa présence dans les médias/réseaux sociaux et pouvoir ainsi communiquer rapidement avec un public plus large et plus diversifié.

Recommandation 11

44. **Encourager la conclusion d'accords préalables pour la distribution et la livraison des vaccins.** De concert avec les efforts entrepris en ce sens par les États Membres, et en s'appuyant sur les systèmes de distribution de vaccins existants, l'OMS devrait conclure des accords préalables avec les organismes et autorités appropriés des États Membres, les fabricants de vaccins et les autres parties concernées pour faciliter l'approbation de vaccins antipandémiques et leur livraison aux pays qui ont peu de ressources, afin de rendre l'approvisionnement plus équitable et de faciliter la planification anticipée de l'administration des vaccins.

Conclusion 3 – Résumé

45. *Le monde est mal préparé pour faire face à une grave pandémie de grippe ou à toute autre urgence de santé publique mondiale prolongée et constituant une menace. Outre le déploiement des principales capacités de santé publique requises par le RSI, la préparation à l'échelle mondiale peut être améliorée par la recherche et en s'appuyant sur une approche multisectorielle, sur le renforcement des systèmes de prestation de soins de santé, sur le développement économique dans les pays à revenu faible et intermédiaire et sur l'amélioration de l'état de santé général.*

46. Malgré le progrès que représente le RSI et malgré les contributions que l'OMS est parvenue à obtenir de la communauté internationale, le fait est que des dizaines de millions de personnes risqueraient de mourir si une pandémie grave survenait à l'échelle mondiale. Le fossé fondamental qui existe entre les besoins et les capacités au niveau mondial doit être comblé.

47. Au-delà des mesures spécifiques recommandées plus haut pour achever de mettre en œuvre les dispositions du RSI et améliorer les fonctions de l'OMS, l'engagement préalable des États Membres à agir individuellement et collectivement aux côtés de l'OMS peut permettre de mieux se préparer à la prochaine urgence de santé publique.

48. Le Comité d'examen fait les recommandations suivantes :

Recommandation 12

49. **Constituer, au niveau mondial, une réserve plus importante de personnels de santé publique.** Les États Membres, de concert avec l'OMS, devraient constituer une réserve mondiale plus importante d'experts et de professionnels de la santé publique, qui seraient mobilisés quand une urgence de santé publique mondiale nécessite une action soutenue et déployés dans les pays qui solliciteraient une aide. La taille et la composition et les règles de mobilisation et de déploiement d'une telle entité – le corps d'Intervention sanitaire d'urgence au niveau mondial – devraient être définies d'un commun accord par des consultations entre les États Membres et l'OMS. Le nombre d'experts déployés et leurs compétences particulières dépendront des caractéristiques de l'urgence à laquelle ces personnels seront appelés à faire face. Ces personnels permettraient de renforcer notablement l'actuel Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie en étoffant ses effectifs et en augmentant ses ressources et sa capacité, afin de mieux appuyer une riposte prolongée aux urgences de santé publique.

50. Actuellement, la capacité de l'OMS à préparer et mener une action prolongée en cas d'urgence de santé publique, quelle qu'elle soit, est sérieusement limitée par des déficits chroniques de financement, qui sont aggravés par les restrictions à l'utilisation des fonds imposées par les États Membres, les partenaires et d'autres donateurs. Conscient du fait que certaines de ces restrictions sont motivées par des considérations d'efficacité et de responsabilité comptable, le Comité conclut qu'il serait prudent, pour pouvoir organiser immédiatement une riposte efficace au niveau mondial, de créer en dehors de l'OMS un fonds de réserve que l'Organisation pourrait utiliser en cas d'urgence de santé publique.

Recommandation 13

51. **Créer un fonds de réserve pour les urgences de santé publique.** Les États Membres devraient constituer un fonds pour les urgences de santé publique doté d'un minimum de US \$100 millions, qui serait mis en dépôt dans un lieu et sous une forme facilement accessible par l'OMS. Destiné à financer la montée en puissance rapide des capacités, et non l'achat de matériel, ce fonds serait utilisé partiellement ou intégralement en cas d'urgence de santé publique après approbation d'un plan de dépenses et de responsabilité comptable soumis par l'OMS. Les conditions précises d'utilisation du fonds devraient être négociées entre les États Membres en concertation avec l'OMS.

52. Le Comité d'examen salue les efforts faits par les États Membres pour parvenir à un accord sur l'échange des virus et la distribution des vaccins. Selon lui, l'entente sera possible si toutes les parties prenantes peuvent en attendre des avantages et des contributions à la fois équilibrés et justement répartis. Un accord partial ou exigeant une contribution sans avantage en retour, ou vice versa, ne sera ni acceptable ni viable. Le Comité d'examen estime également que les obligations et les avantages qui ne se rattachent pas à un cadre juridique ont peu de chances de durer.

Recommandation 14

53. **Parvenir à un accord sur l'échange des virus et l'accès aux vaccins et autres avantages.** Le Comité d'examen encourage vivement les États Membres et l'OMS à mener à bien les négociations engagées dans le cadre du groupe de travail d'États Membres à composition non limitée sur la préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages. L'aboutissement de ces négociations conduira à une meilleure accessibilité des vaccins et autres avantages et à une plus grande équité lors de la prochaine pandémie, et permettront que les virus grippaux continuent à être échangés en temps voulu.

54. Le Comité d'examen propose que les éléments suivants soient pris en considération pour parvenir à un accord acceptable.

55. Mesures visant à accroître la capacité mondiale de production de vaccins antigrippaux :

- L'OMS devrait continuer à collaborer avec les laboratoires de santé publique pour mettre les souches semences du vaccin à la disposition de tous les fabricants de vaccins.
- Dans la mesure où cela concorde avec les priorités nationales, l'évaluation des risques et les ressources, le Comité d'examen encourage vivement les pays à vacciner la population tous les ans contre la grippe saisonnière. Cette mesure peut permettre de réduire la charge de la maladie, apporter une expérience supplémentaire en matière de production et de distribution au niveau local, et contribuer à accroître la capacité mondiale de production de vaccins. Plus généralement, l'expérience acquise dans le cadre de programmes généraux d'action menés durant la période de la grippe saisonnière (dans des domaines comme la surveillance, la communication, la formation professionnelle et l'éducation du public, les mesures de protection de la santé et l'utilisation des médicaments) fournit une préparation utile en prévision d'une future pandémie majeure.
- Le Comité encourage vivement les pays à renforcer leur capacité de recevoir, entreposer, distribuer et administrer les vaccins. Les innovations technologiques qui limitent le recours à la chaîne du froid et qui simplifient l'administration des vaccins rendront ces processus plus efficaces.
- Le Comité encourage les États Membres, les organisations internationales et l'industrie à faciliter le transfert de technologies pour la production de vaccins et d'adjuvants dans des parties du monde comme l'Afrique qui n'en ont pas actuellement la capacité, à travers des programmes existants comme le Plan d'action mondial pour accroître l'approvisionnement en vaccins contre la grippe pandémique (GAP).

56. Mesures visant à élargir l'accès au vaccin contre la grippe pandémique, à le rendre plus abordable financièrement et à étendre sa distribution :

- Tous les fabricants de vaccins devraient s'engager à prélever 10 % des vaccins antigrippe pandémique de chaque série de production pour constituer une réserve mondiale qui sera redistribuée. L'OMS serait chargée d'attribuer les réserves de vaccins en prenant l'avis d'un comité consultatif.

- Des accords préalables entre l'industrie, l'OMS et les pays permettraient d'élargir l'accès aux vaccins et aux antiviraux. Ces accords devraient être négociés quel que soit le sous-type de virus, pour une durée déterminée (par exemple de trois à cinq ans), et régulièrement réexaminés et renouvelés.
- Les autres mesures pouvant promouvoir un accès plus large et plus équitable au vaccin sont notamment l'application de prix différenciés, l'aide économique directe aux pays qui ont peu de ressources et les dons supplémentaires de vaccins faits par des pays acheteurs ou des fabricants.
- Les pays qui reçoivent des dons de vaccins devraient adopter les mêmes pratiques que les acheteurs de vaccins et exonérer les fabricants de certaines responsabilités légales et les couvrir en cas de poursuites.

57. Mesures visant à dépister et à identifier rapidement les virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie :

- Chaque État Membre devrait s'engager à communiquer rapidement aux laboratoires collaborateurs de l'OMS, conformément aux principes de l'échange des virus grippaux et de l'accès aux vaccins et autres avantages, tout échantillon biologique ou isolement viral pouvant être lié à l'apparition d'un nouveau virus grippal ou d'un virus grippal émergent dans les populations humaines. Les virus isolés chez des animaux devraient être rapidement acheminés par l'intermédiaire du système de santé vétérinaire approprié. Les échanges de spécimens et d'isollements viraux devraient s'accompagner de dispositions visant à assurer le partage des retombées positives, y compris l'accès aux vaccins.

58. À l'échelle mondiale, la capacité à prévenir et à juguler une pandémie grave est limitée par de nombreux facteurs : des techniques de fabrication du vaccin qui, pour la plupart, n'ont guère évolué depuis 60 ans ; la nécessité de faire correspondre le vaccin à des souches virales particulières ; l'impossibilité de prévoir quels virus grippaux présenteront un danger pour la santé humaine ; l'incertitude quant à l'efficacité de nombreuses interventions pharmaceutiques et mesures de santé publique ; l'absence de tests diagnostiques hautement sensibles et spécifiques, rapides, d'un coût abordable et pouvant être effectués sur le terrain ; et l'insuffisance des infrastructures, des ressources et des capacités dans de nombreux pays. Il serait aussi nécessaire d'améliorer les connaissances et les stratégies pratiques pour mettre en place des mesures de santé publique et de protection personnelle, telles que le lavage des mains, le respect des règles d'hygiène en cas de toux ou d'éternuement, l'isolement et la réduction des contacts sociaux.

59. Certaines de ces contraintes pourront être surmontées à la longue grâce à des recherches menées aux niveaux national et international. En outre, les résultats de la recherche sur les mesures de protection personnelle et de santé publique peuvent s'appliquer à toute menace émergente pour la santé publique, en particulier lorsqu'il n'existe pas ou très peu de médicaments ou de vaccins. Dans la mesure où l'évaluation des mesures de santé publique doit généralement se faire en temps réel au beau milieu d'une flambée épidémique, il est crucial d'avoir conçu et préparé des protocoles de recherche et des plans à l'avance. Indépendamment des progrès de la recherche, la résilience mondiale dépend de facteurs environnementaux et de facteurs propres à l'hôte, de sorte que l'amélioration de l'état de santé de la population, la promotion du développement économique et le renforcement des systèmes de santé peuvent atténuer l'impact d'un futur virus pandémique.

Recommandation 15

60. **Mener un programme complet de recherche et d'évaluation sur la grippe.** Les États Membres, individuellement ou en coopération les uns avec les autres, et l'OMS devraient mener un programme complet de recherche et d'évaluation sur la grippe. Celui-ci devrait s'appuyer sur un examen approfondi des données factuelles recueillies dans tous les domaines lors de la pandémie de grippe H1N1 2009. Les principaux objectifs de la recherche sont notamment d'améliorer les techniques de surveillance et de renforcer les méthodes épidémiologiques et les moyens de laboratoire pour pouvoir mieux repérer et caractériser les nouveaux virus et suivre leur évolution ; de dégager les facteurs propres au virus et à l'hôte qui déterminent la transmissibilité et la virulence ; de mettre au point des tests diagnostiques rapides, fiables et d'un coût abordable utilisables sur le lieu où sont prodigués les soins ; de faire des modélisations prévisionnelles plus exactes dans de meilleurs délais ; de mettre au point des vaccins à plus large spectre hautement efficaces et à effet plus durable ; d'accélérer la production de vaccins et d'augmenter le débit ; de concevoir des antiviraux et des antimicrobiens plus efficaces pour traiter les complications bactériennes ; d'évaluer l'efficacité des médicaments, des vaccins, du matériel de protection individuelle et d'hygiène personnelle et des interventions sociales ; d'évaluer l'efficacité et les coûts des mesures aux frontières et d'améliorer la communication au sujet des risques. Beaucoup de ces recherches et évaluations peuvent et devraient être menées en l'absence d'une pandémie. Toutefois, certaines études ne peuvent être effectuées qu'à l'occasion d'un événement mondial comme une pandémie. Il est essentiel que des protocoles soient préétablis en vue de telles études et que des sources de financement soient trouvées à l'avance afin que les recherches puissent commencer sans retard.

61. Le Comité d'examen adresse respectueusement ces 15 recommandations à l'Organisation mondiale de la Santé, à l'Assemblée mondiale de la Santé et à ses États Membres et à la communauté mondiale au sens large. Le Tableau 4.1 indique qui devrait être principalement chargé de les mettre en œuvre (l'OMS ou les États Membres) et dans quel délai (dans l'année qui suit, dans les deux ans ou à plus longue échéance). Le Comité est d'avis que l'ensemble de ces 15 recommandations mériteraient d'être mises en œuvre sans retard.

Tableau 4.1 Responsabilité principale et calendrier pour la mise en œuvre des recommandations

	À court terme (dans l'année qui suit)	À moyen terme (dans les 2 ans)	À long terme (2 ans et plus)
OMS	Améliorer le site d'information de l'OMS sur les événements (Recommandation 2) Renforcer la capacité interne de l'OMS d'assurer une riposte soutenue (Recommandation 5) Améliorer les pratiques de nomination d'un comité d'urgence (Recommandation 6)	Revoir les lignes directrices sur la préparation en cas de pandémie (Recommandation 7) Élaborer et appliquer des mesures pour estimer la gravité (Recommandation 8)	Renforcer la prise de décision sur des bases factuelles concernant le commerce international et les voyages internationaux (Recommandation 3)
	Rationaliser la gestion des documents d'orientation (Recommandation 9) Élaborer et mettre en œuvre une politique de communication stratégique à l'échelle de toute l'Organisation (Recommandation 10)		

	À court terme (dans l'année qui suit)	À moyen terme (dans les 2 ans)	À long terme (2 ans et plus)
Pays	Parvenir à un accord sur les échanges de virus et l'accès aux vaccins et autres avantages (Recommandation 14)	Doter de l'autorité et des ressources nécessaires tous les points focaux nationaux RSI (Recommandation 4)	Accélérer la mise en place des principales capacités requises par le RSI (Recommandation 1)
Responsabilité conjointe		Encourager la conclusion d'accords anticipés pour la distribution et la délivrance de vaccins (Recommandation 11) Constituer une réserve plus importante de personnels de santé publique à l'échelle mondiale (Recommandation 12) Créer un fonds de réserve pour les urgences de santé publique (Recommandation 13)	Poursuivre un programme complet de recherche et d'évaluation sur la grippe (Recommandation 15)

62. Malgré tout ce qui a été fait lors de la pandémie, les conséquences ont surtout été déterminées par le virus lui-même. En cas de pandémie de grippe virulente, ou lors de toute autre urgence de santé publique mondiale prolongée constituant une menace, le monde reste exposé à un risque de perturbations massives et de morbidité et de mortalité élevées. Le Comité d'examen espère que ces recommandations aideront l'OMS et ses États Membres à mieux se préparer pour éviter, atténuer et affronter les futures menaces pour la santé.

Références bibliographiques

1. Domínguez-Cherit G et al. Critically ill patients with 2009 influenza A (H1N1) in Mexico. *The Journal of the American Medical Association*, 2009, 302:1880–1887.doi:10.1001/jama.2009.1536 PMID:19822626.
2. Kumar A et al. Canadian Critical Care Trials Group H1N1 Collaborative. Critically ill patients with 2009 influenza A (H1N1) infection in Canada. *The Journal of the American Medical Association*, 2009, 302:1872–1879.doi:10.1001/jama.2009.1496 PMID:19822627.
3. President's Council of Advisors on Science and Technology. Report to the President on US preparations for the 2009–H1N1 influenza. 2009 Aug 7.
4. Shrestha SS et al. Estimating the burden of 2009 pandemic influenza A (H1N1) in the United States (April 2009–April 2010). *Clinical Infectious Diseases*, 2011, 52 Suppl 1; S75–S82.doi:10.1093/cid/ciq012 PMID:21342903.

Membres du Comité

Dr Preben Aavitsland, Directeur adjoint/Épidémiologiste d'État, Division de la Lutte contre les Maladies infectieuses, Institut norvégien de Santé publique, Oslo (Norvège)

Professeur Tjandra Y. Aditama, Directeur général de la Lutte contre la maladie et de la salubrité de l'environnement, Ministère de la Santé, Jakarta (Indonésie)

Dr Silvia Bino (Rapporteur), Professeur associé en maladies infectieuses, Chef du Département de la Lutte contre les Maladies infectieuses, Institut de Santé publique, Tirana (Albanie)

Dr Eduardo Hage Carmo, Épidémiologiste, Projet de l'Institut gouvernemental sud-américain de la Santé (ISAGS) de l'Union des Nations sud-américaines (UNASUR), Institut de Santé collective de l'Universidade Federal da Bahia, et consultant auprès du Secrétariat de la Veille sanitaire du Ministère de la Santé (Brésil)

Dr Martin Cetron, Directeur, Division of Global Migration and Quarantine, National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Géorgie (États-Unis d'Amérique)

Dr Omar El Menzhi, Directeur, Direction de l'Épidémiologie et de la Lutte contre la Maladie, Ministère de la Santé, Rabat (Maroc)

Dr Yuri Fedorov, Directeur adjoint, Centre fédéral de Lutte contre la Peste, Service fédéral de surveillance de la protection des droits du consommateur et du bien-être humain, Moscou (Fédération de Russie)

Professeur Harvey V. Fineberg, Président, The Institute of Medicine, Washington DC (États-Unis d'Amérique)

M. Andrew Forsyth, Chef d'équipe, Public Health Legislation and Policy, Office of the Director of Public Health, Ministry of Health, Wellington (Nouvelle-Zélande)

Dr Claudia González, Partenaire-Directeur, EPI-Sur Consultores, et Professeur, Centre d'Épidémiologie et de Politique de Santé publique, Universidad del Desarrollo, Santiago (Chili)

Dr Mohammad Mehdi Gouya, Directeur général, Centre de Lutte contre la Maladie, Ministère de la Santé et de l'Enseignement médical, Téhéran (Iran (République islamique d'))

Dr Amr Mohamed Kandeel, Chef du Secteur Prévention et maladies endémiques, Premier Sous-Secrétaire, Ministère de la Santé et de la Population (Égypte)

Dr Arlene King, Médecin Hygiéniste en chef, Ministère de la Santé et des Soins de longue Durée, Toronto, Ontario (Canada)

Professeur Abdulsalami Nasidi, Ex-Directeur, Santé publique, Ministère fédéral de la Santé, Abuja (Nigéria)

Professeur Paul Odehouri-Koudou, Directeur, Institut national d'Hygiène publique, Abidjan (Côte d'Ivoire)

Dr Nobuhiko Okabe, Directeur du Centre de Surveillance des Maladies infectieuses, Institut national des Maladies infectieuses, Tokyo (Japon)

Professeur Mahmudur Rahman, Directeur de l'Institut d'Épidémiologie, de Lutte contre la Maladie et de Recherche (IEDCR) et Centre national de la Grippe, Ministère de la Santé et de la Protection de la Famille, Dhaka (Bangladesh)

Dr Palliri Ravindran, Directeur, Emergency Medical Relief, Directorate General of Health Services, Ministry of Health, New Delhi (Inde)

Professeur José Ignacio Santos, Professeur et Chef de l'Unité des Maladies infectieuses, Département de Médecine expérimentale, Faculté de Médecine, Université nationale autonome du Mexique, Mexico (Mexique)

Mme Palanitina Tupuimatagi Toelupe, Directeur général de la Santé et Administrateur en chef au Ministère de la Santé (Samoa)

Professeur Patricia Ann Troop, Indépendante, Former Chief Executive, Health Protection Agency, Londres (Royaume-Uni)

Dr Kumnuan Ungchusak, Expert principal en médecine préventive, Bureau d'Épidémiologie, Département de la Lutte contre la Maladie, Ministère de la Santé publique, Bangkok (Thaïlande)

Professeur Kuku Voyi, Professeur et Chef de Département, School of Health Systems and Public Health, University of Pretoria, Pretoria (Afrique du Sud)

Professeur Yu Wang, Directeur général, Centre chinois de Lutte contre la Maladie et de Prévention, Beijing (Chine)

Dr Sam Zaramba, Consultant principal, Ex-Directeur général des Services de Santé, Ministère de la Santé, Kampala (Ouganda)

I. PRÉPARATION À UNE URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DE PORTÉE MONDIALE

Résumé

Le chapitre qui suit fournit des informations générales sur la manière dont le Comité d'examen a procédé à ses évaluations du fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) et de la riposte mondiale à la pandémie de grippe A (H1N1) 2009.

Il débute par une explication des principes fondamentaux – ou valeurs – de la santé publique, suivie par un examen des menaces liées à certaines maladies infectieuses emblématiques, y compris de précédentes pandémies. Ces valeurs de la santé publique, alliées à l'expérience acquise et aux leçons apprises lors de la gestion d'urgences sanitaires complexes ont inspiré le Règlement sanitaire international (RSI) et présidé à la conception du Plan mondial de préparation et d'action en cas de grippe pandémique de l'Organisation mondiale de la Santé. Nous reviendrons plus en détail sur l'élaboration et la révision ultérieure de ces deux documents de base. Le présent chapitre passe en revue les aspects du Plan de préparation et d'action pour la grippe relatifs aux événements et à la surveillance, l'évaluation systématique et la gestion des menaces potentielles pour la santé mondiale et le rôle des équipes internationales pluridisciplinaires de riposte qui aident les pays à enquêter sur les urgences de santé publique et à les endiguer. L'appendice III contient un bref descriptif de certaines des fonctions essentielles du RSI.

A. Les valeurs fondamentales de la santé publique

1. L'OMS a une double nature et une double mission : elle est à la fois une autorité morale porte-parole de la santé dans le monde et une organisation au service des ses États Membres. En tant qu'institution chargée de diriger et de coordonner l'action sanitaire internationale au sein du système des Nations Unies, l'OMS est bien placée pour défendre la santé en tant que droit humain. Grâce à l'encadrement technique qu'elle assure, elle peut aider les pays à affronter tout un ensemble de problèmes de santé publique. Mais ses aspirations concernant la santé dans le monde sont constamment conditionnées par la multiplicité des points de vue, des besoins et des préférences de ses États Membres.

2. La santé publique a trait à la santé des populations. Son principal objectif est de garder les gens en bonne santé, de prévenir la maladie et d'éviter les décès. La prévention peut prendre des formes très diverses, qui vont d'interventions médicales comme les vaccins, à la modification des comportements, en passant par des contrôles techniques visant à prévenir l'exposition à des substances nocives ou encore par des initiatives politiques et juridiques ou la formulation d'orientations générales.

3. Pour prendre des décisions judicieuses en matière de protection de la santé et de prévention de la maladie, il faut avoir une bonne compréhension scientifique de la nature et des causes de la maladie, et avoir accumulé et su interpréter correctement suffisamment de données factuelles concernant les origines de celle-ci et les diverses façons de la prévenir, de l'atténuer et d'agir contre elle. Pour certaines préoccupations de santé publique ayant trait par exemple aux modes de vie malsains, l'action menée peut se déployer sur plusieurs décennies. Mais pour d'autres, y compris des événements urgents qui menacent brutalement la santé d'une population, il peut être impératif de lancer une riposte rapide, complexe et coordonnée dans de multiples lieux à la fois. Étant donné qu'il est toujours possible que des menaces pour la santé à la fois intenses et complexes surviennent brutalement, la planification en

amont pour anticiper de telles urgences est un élément fondamental d'une bonne préparation sur le plan de santé publique.

4. Dans la pratique, toutefois, la prise de décisions face à une urgence de santé publique se fonde souvent sur des informations incomplètes, s'accompagnant d'une incertitude quant à l'étendue de la menace et à l'efficacité probable des mesures de riposte. Il faut donc généralement adapter les plans préétablis aux circonstances particulières de chaque événement. On peut alors se trouver confronté à des demandes concurrentes au sein du système de santé et d'autres secteurs et à des contraintes imposées par la limitation des ressources. Dans une urgence de santé publique, les décideurs doivent souvent faire face au regard inquisiteur des politiques et aux pressions du public et des médias. L'aptitude à prendre des mesures judicieuses en dépit des incertitudes liées à la rapidité avec laquelle les événements se déroulent est l'essence même d'une bonne gestion des crises.

B. La persistance de la menace liée aux maladies infectieuses

5. Le processus qui a conduit, au bout d'une décennie, à la révision en 2005 du Règlement sanitaire international est né d'une nouvelle appréciation de la menace constituée par les maladies infectieuses. Des maladies inconnues jusque-là ont fait leur apparition avec une fréquence croissante ; d'autres déjà bien établies ont pris pied dans de nouvelles régions du monde et ont développé une résistance aux antimicrobiens. Les termes « émergentes » et « réémergentes » ont été forgés pour décrire des maladies infectieuses nouvellement apparues et cliniquement distinctes des maladies infectieuses connues qui se manifestaient de plus en plus fréquemment dans un lieu ou une population donnés (1).

6. L'expérience acquise à l'occasion de la lutte contre des flambées de maladies dues à des germes pathogènes émergents a mis en lumière l'importance de la détection et de la confirmation rapides de la maladie, de l'évaluation des risques, de la prévention et des mesures d'endiguement et de lutte lors d'une urgence de santé publique de portée mondiale. Un exemple notable a été la flambée à virus Ébola hautement pathogène – une forme de fièvre hémorragique virale – en 1995. Des cas semblaient surgir de nulle part en République démocratique du Congo (l'ancien Zaïre). En fait, une transmission interhumaine non détectée se poursuivait depuis des semaines (2). Le virus, probablement d'origine animale, s'était propagé à la faveur de contacts directs avec le sang et d'autres liquides et tissus corporels infectés. Les infections contractées à l'hôpital étaient l'une des caractéristiques principales de cette flambée (2). Des experts de plusieurs pays et organisations furent dépêchés sur le terrain pour aider à enrayer la flambée qui toucha en fin de compte près de 300 personnes. À la suite de cet épisode, l'OMS a lancé plusieurs initiatives pour améliorer la préparation et la riposte à une urgence de portée mondiale : un programme de veille informative sur Internet a été mis en place pour détecter les premiers signes ou rumeurs de maladie ; un réseau de communication par voie électronique avec les 141 bureaux de pays de l'OMS a été établi de même qu'un réseau international virtuel d'enquête et de riposte rapide. Des réseaux de laboratoires et d'experts techniques interconnectés électroniquement ont également été constitués (3).

7. L'émergence de deux nouvelles infections humaines – la grippe aviaire A (H5N1) et le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) – a produit une profonde impression sur la communauté sanitaire internationale. La riposte à ces deux événements de santé publique de portée mondiale a contribué à accélérer les efforts entrepris pour réviser le RSI et se préparer à de futures pandémies.

8. La première flambée de grippe aviaire A (H5N1) humaine a été détectée en 1997 dans la Région administrative spéciale de Hong Kong. Des enquêtes intensives ont permis d'identifier 18 cas humains dont six ont eu une issue fatale (4). Il s'agissait du premier exemple avéré dans lequel un virus aviaire hautement pathogène avait été directement transmis à l'homme et avait provoqué de graves pathologies. Les volailles furent éliminées sur les marchés de la Région administrative spéciale de Hong Kong et dans les élevages afin d'enrayer une nouvelle propagation du virus (5). Bien que celui-ci ait semblé rester en sommeil pendant un certain temps, on s'aperçut en 2000 que plusieurs virus réassortis avaient fait leur apparition dans les populations de volailles (5, 6). Le virus H5N1 devait ensuite se propager et infecter des millions d'oiseaux sauvages et domestiques à partir de la fin 2003, aidé en cela par les déplacements des oiseaux migrateurs (5-7). Bien que le virus soit difficilement transmissible à l'homme, le taux de mortalité parmi les cas humains a été élevé. En février 2011, environ 500 cas humains confirmés au laboratoire avaient été notifiés à l'OMS par 15 pays, avec une issue fatale pour environ 60 % des cas.

9. La propagation du H5N1, la gravité de l'infection chez l'homme, les conséquences économiques et agricoles sans précédent liées à l'abattage d'énormes populations de volailles, et le sentiment qu'une pandémie de grippe pouvait être imminente, ont fait prendre conscience de l'urgence de se préparer à l'éventualité d'une pandémie aux niveaux local, national et mondial. Cette situation a aussi fait ressortir l'importance d'établir une collaboration entre le secteur de la santé publique et celui de la santé animale notamment en ce qui concerne la surveillance, l'évaluation des risques, la riposte et la notification.

10. L'émergence d'un nouveau virus respiratoire, le coronavirus associé au SRAS, a donné à la communauté sanitaire mondiale un avant-goût des besoins que pourrait entraîner une pandémie ou une autre urgence de santé publique de portée mondiale. Les premiers cas de SRAS sont apparus en novembre 2002 dans la province du Guangdong en Chine. Au cours des trois mois qui ont suivi, à mesure que les cas se multipliaient et que le nombre de flambées augmentait, des rumeurs non confirmées ont commencé à circuler sur des forums de communication électronique comme le Réseau mondial d'information en santé publique et ProMED concernant l'apparition d'une épidémie de maladie respiratoire inhabituelle (8). La situation a brusquement évolué lorsqu'un médecin qui avait traité des personnes atteintes s'est rendu dans la Région administrative spéciale de Hong Kong en février 2003. Peu après son arrivée à l'hôtel, il est tombé gravement malade, a été admis à l'hôpital et est décédé (9). On estime que ce médecin a infecté au moins 12 autres clients de l'hôtel qui ont à leur tour transmis le virus à d'autres personnes dans la RAS de Hong Kong et à Hanoï, en Irlande, à Singapour, à Toronto et aux États-Unis d'Amérique, induisant des chaînes de transmission (excepté en Irlande). L'OMS a estimé que cette seule et même personne avait été à l'origine de la plupart des cas mondiaux de SRAS (10).

11. L'OMS a mobilisé les équipes du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN), lancé toute une série d'alertes mondiales, mis en place un système mondial de surveillance et de notification et établi des réseaux virtuels d'experts en épidémiologie, techniques de laboratoire et médecine clinique pour faciliter les échanges d'informations (3). Le virus semblait se transmettre d'une personne à l'autre vraisemblablement par les gouttelettes de sécrétions respiratoires et comme on pouvait s'y attendre, les transports aériens facilitaient la transmission (11). Comme lors de la flambée à virus Ébola en 1995, les structures de soins étaient souvent malheureusement des lieux de transmission, tant entre les patients eux-mêmes qu'entre ces derniers et les soignants (9, 12-14). Un nouveau coronavirus a été identifié en l'espace de quelques semaines et à la mi-avril l'OMS annonça qu'il était indéniablement la cause du SRAS.

12. En l'absence de médicaments, la lutte contre l'épidémie mondiale a dû se résumer à des mesures de santé publique plus traditionnelles, telles que le lavage des mains et l'hygiène respiratoire, au respect strict des mesures de lutte contre la contamination pour les patients hospitalisés, à l'isolement des malades et à la mise en quarantaine des personnes ayant eu des contacts étroits avec eux (15). En outre, de nombreux pays ont mis en place des contrôles à l'entrée et à la sortie du territoire pour les voyageurs internationaux. L'OMS a déclaré la fin de la flambée mondiale le 5 juillet 2003 mais, entre temps, on avait enregistré 8098 cas et 774 décès dans 26 pays.

13. L'analyse de la riposte mondiale au SRAS a permis de tirer plusieurs enseignements, concernant notamment l'importance de disposer d'une capacité de détection précoce et d'un système transparent de notification de toutes les pathologies inhabituelles ; la difficulté de communiquer de manière efficace à un auditoire très varié composé de décideurs, de politiciens, de cliniciens, de professionnels de la santé publique et de membres du grand public des informations concernant un risque d'infection mal compris et en constante évolution ; l'intérêt d'échanger précocement et fréquemment des informations au niveau mondial, par exemple par l'intermédiaire des réseaux virtuels de chercheurs établis par l'OMS ; une meilleure prise de conscience du rôle que des mesures traditionnelles comme l'isolement et la mise en quarantaine peuvent jouer dans la lutte contre la propagation de la maladie, en respectant à la fois les droits de la personne et le bien public, et la nécessité urgente d'accroître la capacité institutionnelle et individuelle de maintenir une riposte pendant un laps de temps prolongé (10).

14. La flambée de SRAS et la propagation persistante du virus aviaire H5N1 ont fait prendre davantage conscience de l'importance des zoonoses en tant que source d'infection pour l'homme. Les humains peuvent être infectés par des virus zoonosiques à la suite d'un contact avec des animaux infectés ou avec des produits d'origine animale ou des environnements contaminés, c'est-à-dire « à l'interface entre l'homme et l'animal ». Les virus aviaires H5N1, H7N7 et H9N2 et les virus porcins H1N1 et H3N2 ont été à l'origine d'infections sporadiques chez l'homme, y compris quelques décès mais aucun de ces virus animaux ne se transmet facilement entre humains, à la différence du virus pandémique (H1N1) 2009 qui se propage, lui, très bien, ce qui a entraîné une transmission interhumaine prolongée.

15. Le risque pandémique potentiel lié à la grippe aviaire H5N1 a été l'élément déclencheur à l'origine d'une grande partie des plans de préparation aux pandémies lancés au cours des 10 dernières années. Les menaces pour la santé publique liées au H5N1 ont fait ressortir encore plus l'importance, du rôle des services vétérinaires nationaux dans la planification et la riposte aux pandémies et encourage à resserrer la collaboration entre les autorités de santé vétérinaire et les autorités de santé publique aux niveaux national, régional et mondial. Les organismes internationaux responsables de la santé animale, l'Organisation mondiale de la Santé animale (OIE) et l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) ont œuvré aux côtés de l'OMS pour améliorer les capacités nationales de surveillance des maladies dans les populations animales et au niveau de l'interface entre l'homme et l'animal, ainsi que les capacités d'enquête sur les flambées, d'évaluation des risques et de réalisation de tests diagnostiques. En juillet 2006, le Système mondial d'alerte rapide et d'intervention pour les maladies animales, y compris les zoonoses (GLEWS), a été lancé par la FAO, l'OIE et l'OMS. Le GLEWS est le premier système conjoint d'alerte rapide spécifiquement destiné au suivi des maladies animales, y compris les gripes animales. Le réseau OIE-FAO d'experts sur la grippe animale travaille en collaboration étroite avec l'OMS pour résoudre des problèmes liés spécifiquement à la grippe au niveau de l'interface entre l'homme et l'animal, y compris en fournissant des informations relatives au secteur animal pour aider au processus de sélection par l'OMS de souches vaccinales en vue de la production de vaccins expérimentaux contre des virus pandémiques comme le H5N1 et le H9N2.

C. Le Règlement sanitaire international (2005) : un rempart contre la propagation internationale des maladies au XXI^e siècle

« La communauté mondiale dispose d'un nouveau cadre juridique pour mieux organiser son système collectif de défense afin de détecter les événements épidémiologiques et de riposter aux risques et urgences de santé publique qui peuvent avoir des effets dévastateurs sur la santé humaine et l'économie. » (16)

16. Ces mots ont salué l'entrée en vigueur le 15 juin 2007 du Règlement sanitaire international (2005), une structure mondiale visant à prévenir et riposter à la propagation internationale des maladies, tout en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce.

17. Le Règlement sanitaire international trouve ses racines dans les conventions sanitaires internationales du XIX^e siècle qui visaient à lutter contre des maladies infectieuses comme le choléra, la variole et la peste. L'Assemblée mondiale de la Santé a adopté le premier Règlement sanitaire international (en anglais Health Sanitary Regulations) en 1951 pour aider à contenir la propagation internationale des maladies. Ce Règlement a été révisé et rebaptisé International Health Regulations en 1969.

18. Au fil du temps, les carences de la version de 1969 du RSI sont devenues de plus en plus manifestes. Les problèmes tenaient en particulier au fait que l'éventail des maladies couvertes (à savoir le choléra, la peste et la fièvre jaune) était limité, que le système était tributaire de la notification officielle des maladies à l'OMS par les pays touchés ; que l'on manquait de mécanismes permettant à l'OMS et aux pays concernés de collaborer lors d'une enquête sur une flambée épidémique et que l'Organisation n'avait pas la possibilité de formuler ses recommandations en matière de lutte contre la maladie dans un véritable cadre juridique (17). La version de 1969 du RSI apparaissait aussi de plus en plus décalée par rapport aux considérations relatives aux droits de l'homme, au développement du commerce et des voyages internationaux et aux menaces que représentaient pour la sécurité sanitaire mondiale des maladies infectieuses émergentes et réémergentes et d'autres dangers.

Élaboration du Règlement sanitaire international (2005) : consultation et négociation

19. En mai 1995, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution priant le Directeur général d'entreprendre une révision majeure du Règlement sanitaire international de 1969 (18). Concevoir un cadre juridique complet susceptible de répondre à la diversité des besoins, des capacités et des sensibilités politiques des États Membres était une tâche d'une grande complexité. Aussi l'élaboration du Règlement et les consultations pertinentes ont-elles duré plusieurs années et donné lieu à de multiples controverses (Encadré 1.1).

Encadré 1.1 Principales questions débattues au cours des négociations sur le Règlement sanitaire international (2005)

- Le Règlement devrait-il inclure explicitement les événements chimiques et radiologiques et ceux provoqués par une dissémination délibérée ou accidentelle de substances ?
- Comment concilier la certitude qu'apporterait une approche fondée sur une liste et la flexibilité qu'offrirait une approche fondée sur les risques en matière de détection, d'évaluation et de notification des événements présentant une importance potentielle pour la santé publique ?
- L'OMS devrait-elle utiliser des sources d'information non officielles ?
- Quel mécanisme permettrait d'assurer que les pays ne soient pas indûment pénalisés pour leur transparence lorsqu'ils notifient des événements à l'OMS ?
- Les pays devraient-ils être autorisés à appliquer des mesures sanitaires en sus de celles prévues par le Règlement ou autrement recommandées par l'OMS face à une menace pour la santé publique et, dans l'affirmative, que l'OMS pourrait-elle ou devrait-elle faire dans ce cas ?
- L'OMS devrait-elle être autorisée à déployer des équipes sur le terrain pour évaluer les menaces émergentes et y faire face, même si le pays touché n'a pas demandé cette assistance ?
- Avec quel degré de facilité (ou de difficulté) les pays pourraient-ils choisir de formuler des réserves concernant certaines dispositions du Règlement ?
- Quel calendrier devrait être fixé pour l'examen, le renforcement et le maintien des principales capacités ?
- Quelles dispositions constitutionnelles, notamment dans le cas d'États fédéraux, seraient susceptibles de rendre les dispositions inapplicables (en particulier, les obligations explicites ayant trait aux principales capacités au niveau sous-national) ?
- Les recommandations temporaires formulées par le Directeur général devraient-elles être contraignantes pour les États Membres ?
- Comment assurer une application universelle du Règlement pour toutes les populations, indépendamment du statut du pays (que celui-ci soit ou non Membre de l'OMS) ?

20. Après l'épidémie de SRAS, un groupe de travail intergouvernemental ouvert à tous les États Membres a été créé en 2004 pour faire avancer les choses. En avril 2005, deux séries de négociations officielles intensives avaient permis de faire des progrès importants sans cependant que l'on parvienne à un accord sur toutes les questions. Un accord fut finalement trouvé lors d'une réunion tenue quelques jours seulement avant l'Assemblée mondiale annuelle de la Santé en mai 2005.

21. Le Règlement sanitaire international couvre les domaines traditionnels de la protection sanitaire, à savoir les maladies infectieuses et les maladies à transmission vectorielle. Toutefois, le concept de maladie a été élargi pour inclure aussi les risques chimiques et radiologiques, ceux liés à des activités humaines tant délibérées qu'accidentelles et les situations dans lesquelles l'agent pathogène ou la source de l'événement sont nouveaux, mal définis ou inconnus.

Principales fonctions du Règlement sanitaire international

22. Le Règlement sanitaire international peut être considéré comme fonctionnant à deux niveaux. Premièrement, il établit un régime de protection systématique de la santé publique et de gestion en continu des menaces constituées par les maladies tant dans les pays qu'à leurs frontières. Deuxièmement, il fournit un cadre pour l'organisation d'une riposte coordonnée et proportionnée aux menaces sanitaires importantes et urgentes. Ces menaces peuvent aller d'événements de santé publique affectant un ou plusieurs pays à des événements ayant des conséquences sur la santé publique mondiale.

23. Après avoir passé en revue les 66 articles et neuf annexes du Règlement sanitaire international, le Comité d'examen a recensé huit fonctions principales sur lesquelles il pouvait fonder son évaluation (Tableau 1.1). Ces huit fonctions correspondent à certaines des caractéristiques les plus novatrices du RSI et seront brièvement examinées ci-après ainsi que dans l'appendice III.

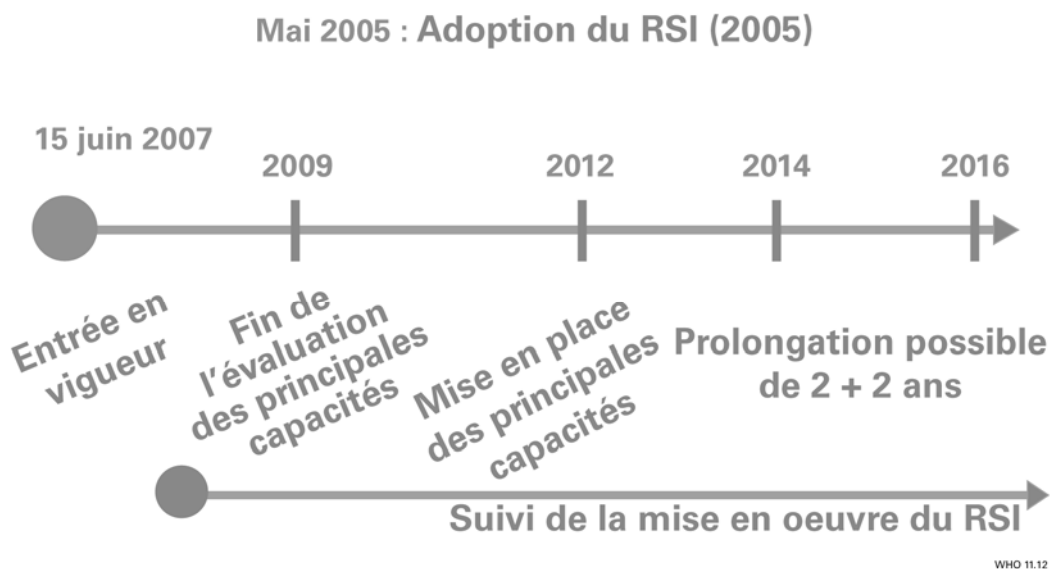
Tableau 1.1 Principales fonctions prévues par le RSI (2005)

Articles et annexes du RSI	Fonction	Description de la fonction
4, 5, 13, 44, annexe 1A	1. Principales capacités des États Parties en matière de détection, d'évaluation et d'action	<p>La mise en place des principales capacités requises en matière de détection, d'évaluation et d'action aux niveaux national et sous-national couvre les huit domaines techniques suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Législation et politique nationales et financement • Coordination et communications du point focal national RSI • Surveillance • Action • Préparation • Communication sur les risques • Ressources humaines • Activités de laboratoire <p>Les États Parties doivent collaborer entre eux et avec les organisations internationales pour acquérir ces capacités.</p>
4-10, 44, annexe 2	2. Opérations de détection et d'alerte incombant aux États Parties	<p>Mise en place de systèmes de détection et d'alerte aux niveaux local et national, y compris interactions point focal/OMS. Les États Parties doivent collaborer à la détection des événements et donner l'alerte en cas de risques pour la santé.</p>

Articles et annexes du RSI	Fonction	Description de la fonction
4, 5, 9-11, 14	3. Opérations de détection et d'alerte incombant à l'OMS	Procédures à suivre pour la surveillance, la détection des événements, la gestion des données, l'évaluation des risques et la communication d'informations. L'OMS doit collaborer avec les organisations internationales pour la détection des événements.
13, 14, 44	4. Action internationale de santé publique	Collaboration entre l'OMS, les États Parties et les organisations internationales pour la gestion des événements, dont : <ul style="list-style-type: none"> • Enquête et action (par exemple Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, GOARN) • Communication d'informations • Conseils • Logistique • Mise à disposition de compétences techniques
12, 15-18, 47-49	5. Procédures en cas d'urgence de santé publique de portée internationale	Définition de procédures spécifiques pour la détermination de l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale, pour la convocation du Comité d'urgence, pour la formulation de recommandations temporaires et l'établissement de rapports sur les réunions du Comité d'urgence et pour la déclaration de la fin d'une urgence de santé publique.
14, 18-43, 46, annexes 1b, 3-9	6. Points d'entrée et documents de voyage	Actions de l'OMS et des États Parties aux points d'entrée pour endiguer et réduire la propagation des risques de santé publique y compris : <ul style="list-style-type: none"> • Capacités et services aux points d'entrée • Régimes d'inspection et de contrôle (par exemple certificats de contrôle sanitaire de navire, certificats de vaccination, déclarations sanitaires) • Mise en place de capacités et de services
42, 43	7. Éviter d'entraver inutilement le trafic et le commerce	Rôle des communications efficaces et du suivi avec les États Parties pour éviter l'adoption de mesures sanitaires entravant le trafic et le commerce ; définition de procédures si de telles mesures sont appliquées.
3, 23, 31, 42, 43, 45	8. Application du RSI et droits de l'homme	Obtention du consentement éclairé, application non discriminatoire des mesures sanitaires et confidentialité des données à caractère personnel.

24. L'un des aspects fondamentaux du RSI est l'obligation explicite pour les États Parties d'évaluer, de renforcer et de maintenir des « capacités principales » en matière de surveillance, d'évaluation des risques, de notification et d'action. Ces capacités doivent être opérationnelles tant au niveau local qu'aux niveaux intermédiaire et national ainsi qu'aux frontières, y compris dans les aéroports et les ports internationaux désignés. Pour beaucoup de pays, l'acquisition de ces capacités nécessitera à la fois du temps et des ressources, y compris une assistance technique et financière de l'OMS. Le RSI leur laisse un délai de cinq ans pour rendre ces capacités opérationnelles, c'est-à-dire jusqu'en juin 2012, avec une possibilité de prolongation de deux fois deux ans (Figure 1.1) (19).

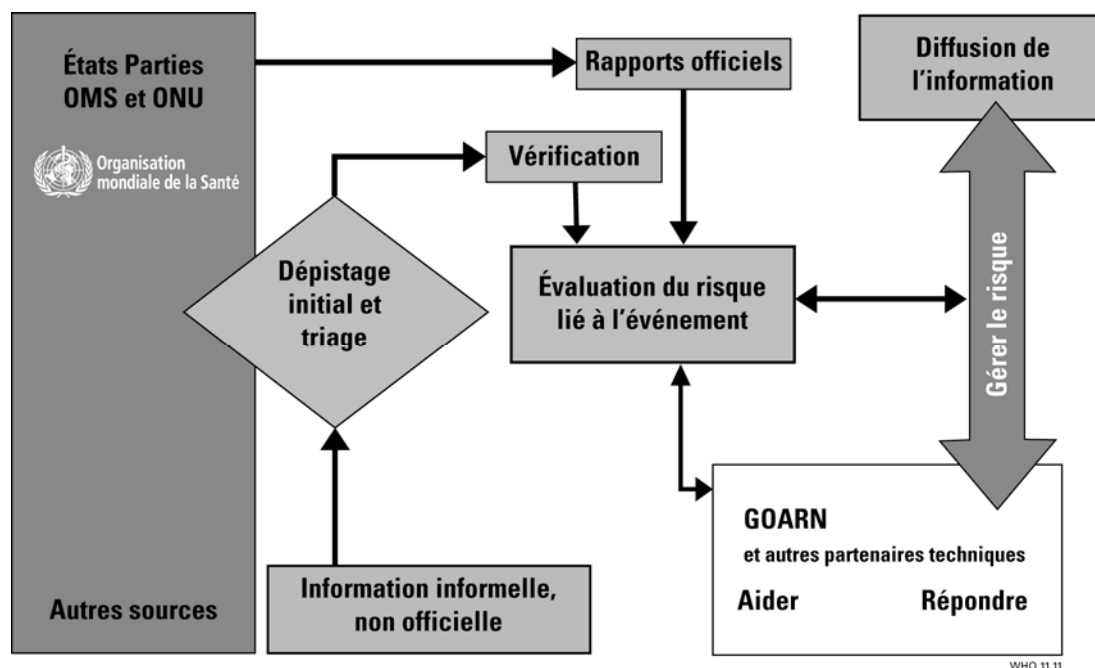
Figure 1.1 Calendrier pour le renforcement des principales capacités nationales requises par le RSI



25. L'idée d'un point focal national RSI unique à travers lequel se feront les communications entre le gouvernement et l'OMS est l'une des innovations clés du RSI. Un point focal national est un centre national accessible à tout moment ; il s'agit d'un bureau, d'une unité ou d'un département officiellement désigné plutôt que d'une personne. L'OMS demande aux points focaux nationaux de confirmer les événements qu'elle a détectés grâce à ses activités de surveillance à l'échelle mondiale. Les points focaux nationaux doivent répondre à ces demandes en temps utile et, en utilisant un diagramme décisionnel qui fait partie intégrante du RSI (l'instrument de décision de l'annexe 2), notifier à l'OMS tout événement qui peut constituer une urgence de santé publique de portée internationale.

26. Le RSI assigne à l'OMS un rôle de leadership à l'échelle mondiale, aussi bien en matière de surveillance qu'en matière d'évaluation des risques et de riposte. L'OMS a assuré la surveillance de tout un ensemble de maladies infectieuses et non infectieuses en 1997. Des centaines de sources d'information officielles et officieuses sont systématiquement examinées et recoupées. Les processus de détection, de vérification et d'évaluation rapide des menaces internationales potentielles pour la santé publique utilisées par l'OMS ont évolué au fil du temps (Figure 1.2) pour s'adapter aux dispositions du RSI (20).

Figure 1.2 Ordinoigramme pour la gestion des événements – détection de la menace, vérification et évaluation du risque

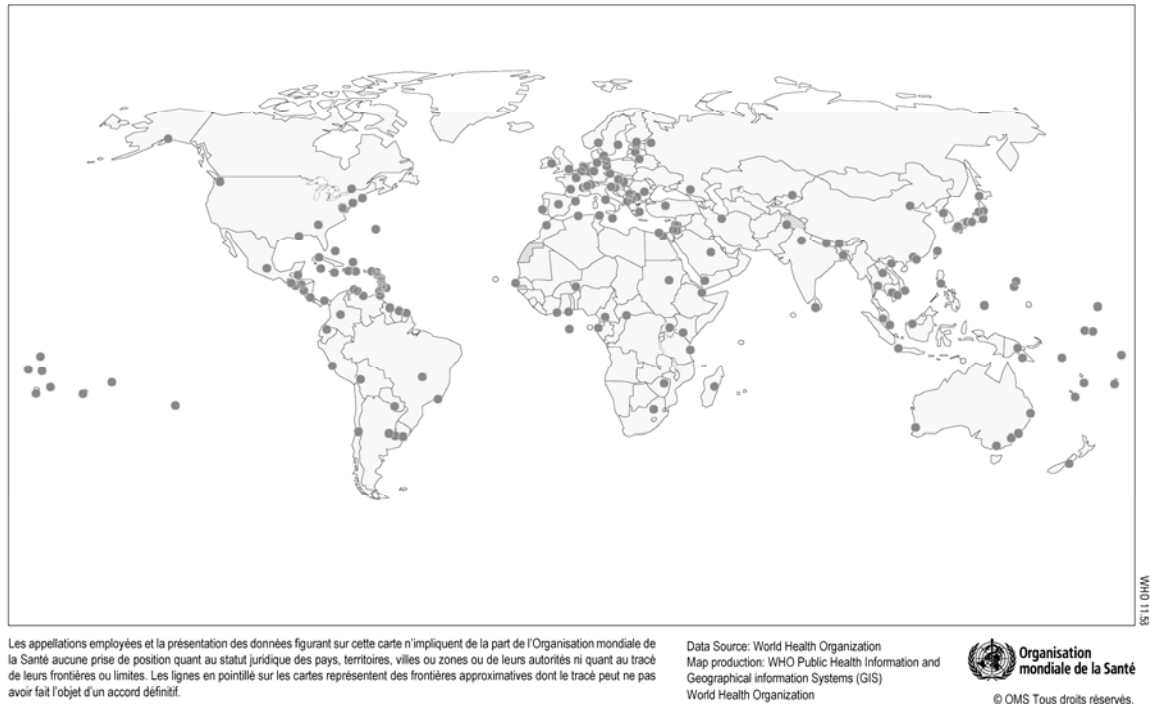


27. Pour aider à gérer le volume accru d'informations générées par le RSI, l'OMS a mis en place deux outils modernes sur le Web. Le premier est le Système de gestion des événements. Les informations concernant un événement sont entrées dans le Système auquel on peut accéder au gré des besoins pour appuyer la prise de décisions et les activités de gestion du risque. Le Système est utilisé par tous les bureaux régionaux, par plusieurs bureaux de pays et par les départements du Siège de l'OMS. Les bureaux de pays continuent à être progressivement connectés.

28. La deuxième plate-forme électronique est le site d'information sur les événements, un site Web sécurisé protégé par un mot de passe. Ce site est accessible aux points focaux nationaux, aux chefs des bureaux de pays et des bureaux régionaux de l'OMS, aux différents services du Siège et à certaines organisations intergouvernementales. Il a été mis en place pour permettre à l'OMS de s'acquitter de ses obligations au titre du RSI, à savoir fournir rapidement, efficacement et de manière confidentielle des informations pertinentes pour la santé publique. Le site d'information sur les événements fournit des informations sur des risques graves pour la santé publique dûment vérifiés – y compris des évaluations du risque pour chaque événement, des rapports de situation et des évaluations régionales pour des événements concernant plusieurs pays à la fois – et sur les mesures de lutte. En outre, certaines annonces intéressantes sont postées sur ce site, par exemple des documents et matériels d'information aidant à la mise en œuvre du RSI ou encore les coordonnées des points de contact.

29. La capacité de riposte de l'OMS est incarnée par le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN). En avril 2000, l'OMS et ses principaux partenaires ont établi officiellement le GOARN pour améliorer la coordination de l'action internationale en cas de flambée épidémique (21). À travers ce Réseau, un pays touché peut avoir rapidement accès à des experts et à des ressources pour compléter ses propres capacités nationales, ce qui permet de protéger la sécurité sanitaire de la communauté mondiale contre la propagation internationale de pathogènes émergents et réémergents. Le GOARN regroupe plus de 35 partenaires techniques et opérationnels à travers le monde (Figure 1.3).

Figure 1.3 Membres du Réseau mondial d’alerte et d’action en cas d’épidémie (GOARN), 2000-2011



30. Le RSI définit une urgence de santé publique de portée internationale comme étant « un événement extraordinaire dont il est déterminé qu’il constitue un risque pour la santé publique dans d’autres États en raison du risque de propagation internationale de maladies et qu’il peut requérir une action internationale coordonnée ». Le RSI fixe des procédures très claires en cas d’urgence de santé publique de portée internationale. Seul le Directeur général de l’OMS a l’autorité requise pour déterminer si un événement constitue une telle urgence. Celui-ci n’établit cette détermination qu’après avoir demandé l’avis d’un comité approprié d’experts extérieurs (le Comité d’urgence). Le Directeur général doit consulter le Comité d’urgence avant de publier des recommandations temporaires sur les mesures sanitaires appropriées visant à prévenir la propagation internationale de la maladie et éviter d’entraver le trafic international. Les pays qui choisissent d’appliquer des mesures plus restrictives ou plus susceptibles de perturber les échanges doivent fournir une justification adéquate de ces mesures.

31. Bien que des centaines d’événements intéressant la santé publique aient été portés à l’attention de l’OMS depuis juin 2007, l’émergence d’un nouveau virus grippal au début de l’année 2009 a été à l’origine de la première (et à ce jour la seule) déclaration d’une urgence de santé publique de portée internationale. Cet événement a aussi été la première occasion de savoir si et comment de nombreuses dispositions du RSI fonctionneraient dans la pratique.

32. Si l’on regarde les fonctions, les pouvoirs et les obligations qui sont assignés à l’OMS, aux États Parties, aux ports, aux aéroports et aux transporteurs au titre du RSI, il est manifeste qu’aucun acteur ou aucun ensemble de mesures (par exemple les contrôles aux frontières) ne peut assurer une protection complète contre la propagation internationale d’une maladie. Le RSI mise donc plutôt sur l’interdépendance entre les pays qui sont confrontés à une menace pour la santé publique et sur la nécessité « de respecter pleinement la dignité des personnes, les droits de l’homme et les libertés fondamentales » lors des ripostes à des événements de santé publique.

D. Aperçu général sur la grippe saisonnière et la grippe pandémique

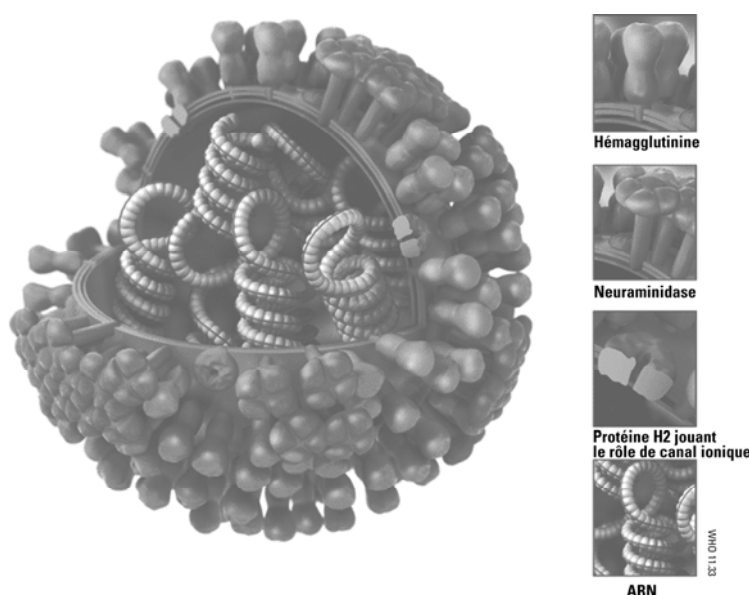
33. La grippe est une infection virale aiguë qui se transmet facilement d'une personne à l'autre. Des épidémies de grippe saisonnière ont lieu chaque année au cours des mois d'hiver dans les régions tempérées du globe. Dans certains pays tropicaux, les virus de la grippe circulent toute l'année avec un ou deux pics à la saison des pluies.

34. La plupart des personnes qui contractent une grippe saisonnière se rétablissent sans l'aide du médecin mais l'infection peut entraîner des complications et même être mortelle, en particulier chez les personnes âgées, les jeunes enfants et les sujets atteints de maladies chroniques concomitantes. On estime que la grippe saisonnière est à l'origine chaque année de quelque 3,5 millions de pathologies graves et de 250 000 à 500 000 décès à travers le monde (22).

35. La grippe saisonnière peut être responsable de graves problèmes de santé publique ainsi que de problèmes économiques. Dans les pays développés, l'épidémie peut causer un fort absentéisme parmi les travailleurs et entraîner des pertes de productivité. Les structures de santé peuvent être débordées au moment du pic épidémique. Les effets des épidémies de grippe dans les pays en développement sont assez mal connus faute de données pertinentes (23).

36. Il existe trois types de virus grippaux : les types A, B et C. Le virus grippal de type C n'occasionne généralement que des troubles respiratoires bénins ou pas de symptômes du tout ; c'est pourquoi les efforts de santé publique déployés chaque année contre la grippe saisonnière sont concentrés sur les types A et B. Les virus A sont divisés en différents types en fonction de différences existant au niveau de deux complexes protéine-sucre qui se fixent sur la surface externe du virus : l'hémagglutinine (H) et la neuraminidase (N) (Figure 1.4).

Figure 1.4 Représentation graphique de la structure d'un virus grippal commun



Source : Centers for Disease Control and Prevention (adapté).

37. Il existe 16 sous-types H et neuf sous-types N connus. Plusieurs combinaisons différentes des protéines H et N sont possibles, mais actuellement seuls deux sous-types (H1N1 et H3N2) circulent dans la population humaine. On rencontre d'autres sous-types dans d'autres espèces animales, le plus souvent chez les oiseaux aquatiques.

38. La grippe B infecte surtout les êtres humains et, à la différence de la grippe A, n'a pas de sous-types. Bien qu'elle puisse être à l'origine d'importantes épidémies grippales et de flambées hors saison et causer de graves pathologies chez certaines personnes, l'ampleur de son impact est généralement moindre que celui de la grippe A.

39. La façon la plus efficace de prévenir la grippe ou ses conséquences graves est la vaccination. Des vaccins sûrs et efficaces sont utilisés depuis plus de 60 ans. Chez l'adulte en bonne santé, la vaccination contre la grippe peut permettre de prévenir la majorité des pathologies liées à cette affection. Chez les personnes âgées, le vaccin réduit la gravité de l'infection, ainsi que les risques de complications et de décès (24). Il existe un nombre limité de médicaments antiviraux qui permettent de prévenir ou de traiter les infections grippales et ils sont d'autant plus efficaces qu'ils sont administrés dans les tous premiers jours de la maladie.

40. On peut voir apparaître de nouvelles combinaisons d'antigènes de surface quand différents virus grippaux infectent simultanément un animal. Lorsque l'antigène de surface d'un virus A subit une modification majeure, une pandémie peut se déclarer si la plupart des gens ne sont pas immunisés contre le nouveau virus et si celui-ci se transmet facilement d'homme à homme.

41. Par opposition aux épidémies annuelles de grippe saisonnière, les pandémies de grippe ne sont pas fréquentes. On en a enregistré trois au XX^e siècle : en 1918-1919, en 1957 et en 1968. Les pandémies affectent par définition de larges populations humaines à travers le monde, mais les caractéristiques de chacune d'elles – les pays et les segments de population les plus touchés, le degré de gravité de la maladie, la rapidité de la propagation géographique et le nombre de vagues pandémiques et la répartition à travers le globe – ont été très différentes (Tableau 1.2). Le spectre d'une répétition potentielle de la terrible pandémie de 1918-1919 a profondément influencé la planification de l'action de santé publique visant à faire face à une future pandémie.

Tableau 1.2 Caractéristiques des trois pandémies du XX^e siècle

PANDÉMIE (DATE ET DÉSIGNATION)	ZONE D'APPARITION	SOUS-TYPE DU VIRUS GRIPPAL A	TAUX DE REPRODUCTION ESTIMÉ	TAUX DE LÉTALITÉ ESTIMÉ	SUR- MORTALITÉ ATTRIBUABLE ESTIMÉE AU NIVEAU MONDIAL	GROUPES D'ÂGE LES PLUS TOUCHÉS (TAUX D'ATTEINTE SIMULÉ)	PERTE DU PIB (EN %)
1918-1919 Grippe « espagnole »	Indéterminée	H1N1	1,5-1,8	2-3 %	20-50 millions	Jeunes adultes	-16,9 à 2,4
1957-1958 Grippe « asiatique »	Chine méridionale	H2N2	1,5	<0,2 %	1-4 millions	Enfants	-3,5 à 0,4
1968-1969 Grippe de « Hong Kong »	Chine méridionale	H3N2	1,3-1,6	<0,2 %	1-4 millions	Tous groupes d'âge	-0,4 à (-1,5)

Source : Préparation et action en cas de grippe pandémique : document d'orientation de l'OMS, Genève, Organisation mondiale de la Santé, p. 13.

E. Planification en vue d'une pandémie de grippe

Plans mondiaux de préparation à une pandémie élaborés et affinés entre 1999 et 2009

42. L'OMS a publié son premier plan mondial de préparation à une pandémie mondiale de grippe en 1999, deux ans après la détection des premiers cas humains de grippe aviaire A (H5N1) dans la RAS de Hong Kong (25). Ce plan a été actualisé en 2005 (26) et à nouveau en avril 2009 (27). Ces plans de préparation à l'échelle mondiale ont été conçus comme des outils de planification que chaque pays pourrait adapter à ses propres besoins.

43. Tous les plans adoptés prévoyaient une approche par phases pour organiser les mesures à prendre par l'OMS ou les pays. Dans les plans de 2005 et 2009, les phases de la pandémie ont été redéfinies et affinées ; l'accent a été mis sur l'action à entreprendre dans les premières phases pour contenir ou retarder la propagation du nouveau virus grippal et il a été recommandé d'associer de multiples partenaires différents, y compris ceux des secteurs de la santé, de l'agriculture, de l'éducation, du transport, du travail et de la défense, aux activités de planification.

44. L'expérience acquise dans plusieurs pays au cours de la pandémie de 1918-1919 sur la déclaration obligatoire des cas, d'isolement des patients et la mise en quarantaine des contacts a contribué à l'élaboration des lignes directrices de l'OMS de 2005 sur la préparation à la pandémie. Bien que ces mesures soient souvent considérées comme inefficaces et impossibles à mettre en œuvre dans la pratique, l'identification précoce des cas et l'isolement des patients en milieux fermés comme dans les casernes militaires ou les dortoirs de collèges ont bel et bien semblé faire diminuer les taux d'atteinte, notamment lorsque cette mesure s'accompagnait de l'imposition de restrictions aux déplacements des membres des communautés touchées (28). Ces constatations, compte tenu de l'absence générale de médicaments antiviraux ou de vaccins contre la grippe pandémique, ont conduit à mettre globalement l'accent sur les interventions de santé publique dans le plan mondial de préparation à la grippe pandémique de 2005 (28, 29). En mai 2007, presque tous les États Membres avaient élaboré un plan de préparation à la pandémie de grippe fondé sur les lignes directrices de 2005.

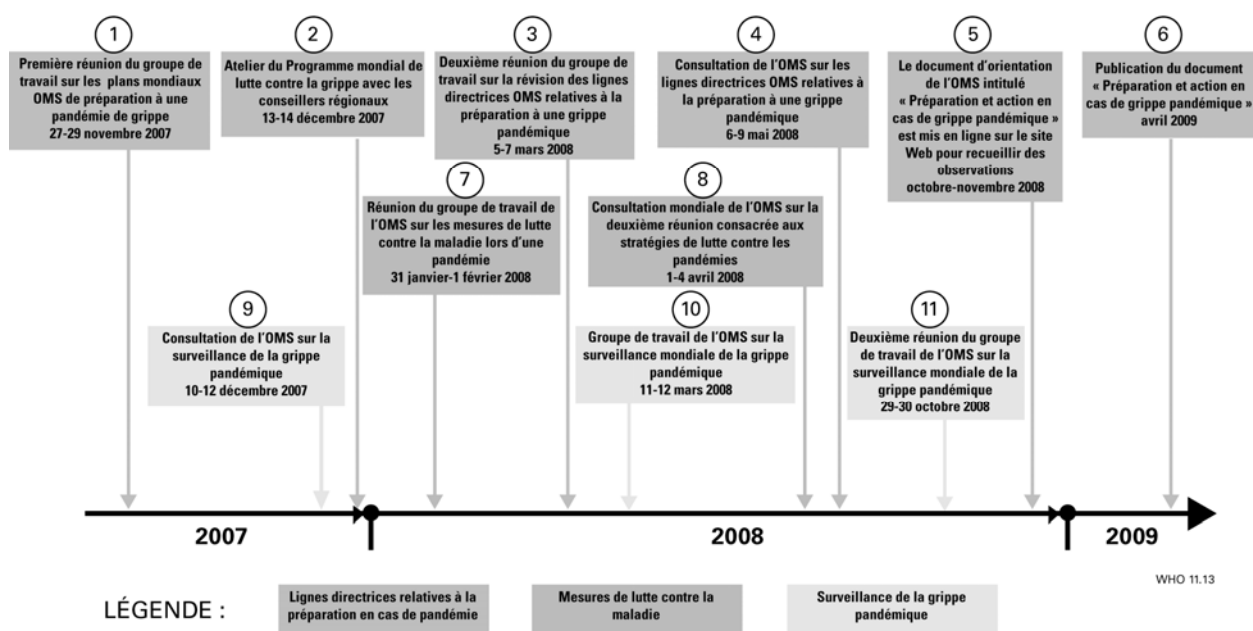
45. Plusieurs événements ont incité l'OMS à préconiser une révision du plan mondial de 2005 (27). L'évolution de la grippe aviaire A (H5N1) et la poursuite de sa propagation géographique étaient inquiétantes. De nouvelles analyses des pandémies passées ont fourni des indications sur l'évolution et la propagation des pandémies précédentes et sur les moyens de réduire la transmission. Une étude systématique des données recueillies dans des villes des États-Unis d'Amérique au cours de la pandémie de 1918-1919 a fait apparaître une étroite corrélation entre l'application « précoce, soutenue et par phases de mesures de santé publique » (telles que des fermetures d'écoles, des annulations de rassemblements publics et des mesures d'isolement et de quarantaine) et la réduction des taux de mortalité (30). Deux analyses rétrospectives ont permis de conclure que les mesures de quarantaine (consistant par exemple à vérifier que les passagers et les équipages n'étaient pas malades avant de leur permettre de débarquer) pourraient avoir contribué à retarder l'arrivée de la pandémie de 1918-1919 et à réduire la mortalité chez certaines populations insulaires du Pacifique sud (31, 32).

46. Les études réalisées à l'aide de modèles mathématiques ont encore confirmé l'intérêt potentiel des mesures de santé publique lors d'une pandémie pour autant que celles-ci soient appliquées précocement et utilisées en combinaison avec des médicaments sur un laps de temps assez prolongé (33-37). Pour la première fois, des stocks de médicaments antiviraux étaient disponibles aux niveaux mondial, régional et des pays (même s'ils ne permettaient de couvrir qu'une petite fraction de la

population mondiale). Enfin, de modestes progrès avaient été faits dans la recherche et le développement de vaccins et l'OMS avait lancé le Plan d'action mondial pour accroître l'approvisionnement en vaccins contre la grippe pandémique (38).

47. L'élaboration des lignes directrices actualisées de 2009 de l'OMS – Préparation et action en cas de grippe pandémique : document d'orientation de l'OMS – s'est étalée sur une période de 17 mois, allant de novembre 2007 à avril 2009 (Figure 1.5).

Figure 1.5 Déroulement du processus de révision 2009 des lignes directrices en vue de la préparation de la pandémie, 2007-2009



48. Pour contribuer à l'élaboration du Plan de préparation et d'action en cas de pandémie mondiale 2009, on a sollicité un large éventail de parties prenantes et utilisé diverses approches. Plusieurs consultations ont été organisées, y compris des consultations sur des sujets spécifiques, comme par exemple les interventions médicales et de santé publique ou la surveillance mondiale de la grippe pandémique (39). Un groupe de travail sur la surveillance mondiale de la grippe pandémique a été constitué pour déterminer quelles étaient les données de surveillance de base dont on avait besoin au cours d'une pandémie – des données qui pouvaient être obtenues à la fois auprès des pays développés et des pays en développement – ainsi que les méthodes à utiliser pour l'analyse et la diffusion des informations. Les délibérations de ce groupe ont servi de base à l'élaboration des lignes directrices de l'OMS sur la surveillance (40).

49. Un projet révisé de plan a été posté sur le site Web de l'OMS d'octobre à novembre 2008 pour recueillir les observations du public. Plus de 600 commentaires ont été reçus. Toutes ces contributions ont été évaluées par les membres des groupes spéciaux et le Secrétariat de l'OMS (27). La publication du Plan de préparation et d'action en cas de pandémie de l'OMS a coïncidé avec les débuts de la pandémie de 2009.

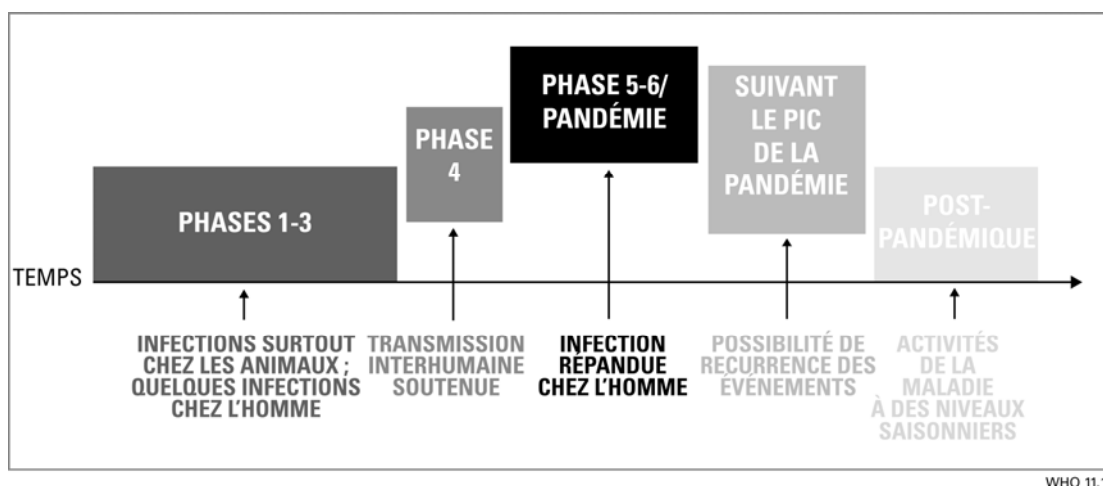
50. Le plan révisé comportait plusieurs dispositions nouvelles (Encadré 1.2).

Encadré 1.2 Aperçu des principaux changements apportés en 2009 au document d'orientation de l'OMS sur la préparation et l'action en cas de grippe pandémique

- La structure en six phases a été conservée mais révisée pour mieux refléter le risque de pandémie et la situation épidémiologique sur la base de phénomènes observables.
- L'accent a été mis sur des principes essentiels lors de la planification en cas de pandémie, à savoir :
 - l'inclusion de principes éthiques pour protéger les droits de l'homme ;
 - l'intégration des plans de préparation et d'action en cas de pandémie dans les cadres nationaux de préparation aux situations d'urgence ;
 - la prise en compte d'une approche « faisant appel à l'ensemble de la société ».
- La nouvelle version a été harmonisée avec le RSI (2005) et les orientations supplémentaires de l'OMS en matière de surveillance de la grippe pandémique, de mesures de lutte contre la maladie d'endiguement rapide et de communications.
- Des hypothèses de planification ont été suggérées et une base de connaissances a été choisie.

51. Compte tenu des efforts importants qui avaient été faits au niveau des pays pour élaborer des plans fondés sur une approche par phases, la structure en six phases a été finalement conservée, quoi que sous une forme modifiée (Figure 1.6).

Figure 1.6 Phases de la grippe pandémique, 2009



Source : Préparation et action en cas de grippe pandémique: document d'orientation de l'OMS, Genève, Organisation mondiale de la Santé, p. 24.

52. Les phases 1-3 et 5-6 ont été regroupées, la phase 4 étant caractérisée par la transmission interhumaine soutenue d'un virus grippal réassorti animal ou animal-humain capable de provoquer des « flambées à l'échelon communautaire », signe d'une majoration importante du risque de pandémie. À partir de l'annonce de cette phase, l'OMS et le pays touché pouvaient envisager de mettre en œuvre une action d'endiguement rapide (41). La période faisant suite à la première vague pandémique a été divisée en période postpic et période postpandémique. Pour chaque phase, les mesures précises à prendre par l'OMS et les autorités nationales ont été recommandées (Tableau 1.3).

Tableau 1.3 Description OMS des phases de la pandémie et principales mesures par phase

	Probabilité estimée d'une pandémie	Description	Principales mesures dans les pays touchés	Principales mesures dans les pays non encore touchés
Phase 1	Incertaine	Aucun cas d'infection chez l'homme due à un virus circulant chez les animaux n'a été signalé.	Élaboration, mise en œuvre, essai et harmonisation des plans nationaux de préparation et d'action en cas de pandémie de grippe avec les plans nationaux de préparation et d'intervention d'urgence.	
Phase 2		Un virus grippal animal circulant chez des animaux domestiques ou sauvages a provoqué des infections chez l'homme et est de ce fait considéré comme constituant une menace potentielle de pandémie.		
Phase 3		Un virus grippal réassorti animal ou animal-humain a été à l'origine de cas sporadiques ou de petits groupes de cas de grippe dans la population, mais n'a pas entraîné de transmission interhumaine suffisante pour entretenir des flambées à l'échelon communautaire.		
Phase 4	Moyenne à élevée	La transmission interhumaine d'un virus grippal réassorti animal ou animal-humain capable de provoquer des flambées à l'échelon communautaire a été vérifiée.	Endiguement rapide.	Préparation de la riposte à la pandémie.
Phase 5	Élevée à certaine	Le même virus a provoqué des flambées soutenues à l'échelon communautaire dans au moins deux pays d'une Région de l'OMS	Riposte à la pandémie : chaque pays doit mettre en œuvre les mesures précisées dans son plan national.	Être prêt pour une riposte imminente.
Phase 6	Pandémie en cours	Outre les critères définis pour la phase 5, le même virus a provoqué des flambées soutenues à l'échelon communautaire dans au moins un pays d'une autre Région de l'OMS.		
Période suivant le pic de la pandémie		Le nombre de cas de grippe pandémique a chuté au-dessous de celui observé lors du pic dans la plupart des pays exerçant une surveillance adéquate.	Évaluation de la riposte ; remise en état ; préparation à une éventuelle deuxième vague.	
Nouvelle vague éventuelle		L'activité de la grippe pandémique augmente à nouveau dans la plupart des pays exerçant une surveillance adéquate.	Riposte.	

	Probabilité estimée d'une pandémie	Description	Principales mesures dans les pays touchés	Principales mesures dans les pays non encore touchés
Période postpandémique		L'activité grippale a retrouvé les niveaux normalement observés pour la grippe saisonnière dans la plupart des pays exerçant une surveillance adéquate.	Évaluation de la riposte ; révision des plans ; remise en état.	

Source : Préparation et action en cas de grippe pandémique : document d'orientation de l'OMS, Genève, Organisation mondiale de la Santé, p. 27.

53. Les bureaux régionaux de l'OMS ont fourni un soutien direct sur le terrain et parfois aussi un appui financier aux pays qui avaient demandé une assistance pour la planification de la préparation aux pandémies. On trouvera ci-après quelques exemples d'activités menées au niveau des Régions.

54. Le Bureau régional OMS de l'Afrique (AFRO) a mis au point un plan régional de préparation et d'action en cas de pandémie grippale qui a été communiqué à tous les États Membres pour qu'ils s'en servent afin d'élaborer leurs propres plans nationaux (42). Un appui technique a été apporté à ces pays pour les aider à adapter leurs plans établis pour la grippe H5N1 afin qu'ils puissent répondre aussi à la pandémie (H1N1) 2009. Trente pays ont reçu des fonds du Bureau régional pour mettre en œuvre des activités prioritaires de lutte contre la pandémie.

55. Le Bureau régional OMS de l'Europe (EURO) a prêté assistance à l'ensemble des 53 États Membres par le biais de quatre réunions régionales consacrées à la préparation en cas de pandémie (deux en 2005, une en 2006 et une autre en 2007). Plusieurs ateliers sous-régionaux sur la préparation aux pandémies ont été organisés de 2006 à 2009. Des missions d'évaluation ont été menées dans une quarantaine d'États Membres, principalement en collaboration avec le Centre européen de Prévention et de Contrôle des Maladies, et ont facilité l'élaboration des plans de préparation et aidé à améliorer la surveillance et les capacités de laboratoire dans ces pays.

56. Le Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale (EMRO) a apporté une aide aux États Membres en leur envoyant des directives techniques pour l'élaboration de leurs plans nationaux de préparation, lesquels ont ensuite été revus par les unités techniques régionales compétentes. Comme l'Égypte était le pays le plus touché par la grippe aviaire A (H5N1), EMRO a effectué plusieurs missions sur le terrain afin d'aider les autorités nationales égyptiennes à élaborer un plan national d'action contre la grippe H5N1 et de préparation à la pandémie. Ce plan a également été testé dans le cadre d'un exercice de simulation.

57. Le Bureau régional OMS des Amériques (OPS) a mis en ligne sur son site Web des documents d'orientation techniques qui sont accessibles à diverses personnes et communautés et aux professionnels de la santé. Certains de ces documents ont été établis par des experts techniques de l'OPS et d'autres par des experts de l'OMS et traduits ensuite en espagnol. Parmi eux figure le Plan stratégique et opérationnel de l'OPS pour la préparation en cas d'épidémie de grippe 2008-2009 (43).

58. Le Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est (SEARO) et le Bureau régional OMS du Pacifique occidental (WPRO) ont collaboré à l'élaboration de la Stratégie 2005 de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique (44). Cette Stratégie offrait un cadre birégional pour promouvoir trois objectifs interdépendants : améliorer la gestion des maladies endémiques, faciliter la

mise en œuvre effective du RSI et planifier la préparation aux pandémies. En outre, WPRO, en collaboration avec le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique et d'autres partenaires, a appuyé le Projet régional océanien de préparation à une pandémie de grippe visant à renforcer les capacités dans les petits pays et territoires insulaires du Pacifique.

Endiguement rapide : stopper une pandémie naissante

59. L'idée de la stratégie dite « d'endiguement rapide » a germé vers la fin de l'année 2005. L'objectif était d'enrayer une pandémie de grippe dès que l'on détectait le virus avant que celui-ci ait eu la possibilité de se propager largement (41). Cette idée a été inspirée en partie par la riposte au SRAS, qui a démontré qu'il était possible d'organiser une opération de santé publique complexe à l'échelle mondiale et de changer le cours naturel d'une maladie. Deux études de modélisation mathématique publiées en 2005 sont venues appuyer encore cette théorie (34, 35). Les modèles ont montré que la détection, l'investigation et la notification des premiers cas, suivies par le déploiement à grande échelle de médicaments antiviraux et de mesures de santé publique destinées à bloquer la transmission (isolement, mise en quarantaine et contrôles aux frontières), devaient être entrepris très rapidement dans la zone touchée. La fenêtre d'opportunité pour mettre en œuvre ces mesures extraordinaires était estimée à trois semaines au plus. Il était probablement inutile de tenter un endiguement rapide si le nouveau virus s'était déjà largement propagé au moment où il était initialement détecté ou si les opérations ne pouvaient pas être lancées assez vite.

60. Pour préparer une éventuelle opération d'endiguement rapide, l'OMS a reçu un don de trois millions de traitements à base d'oseltamivir utilisables comme stock de réserve. Les pays ont été encouragés à intégrer la planification d'une stratégie d'endiguement rapide dans leurs plans nationaux de préparation à la pandémie de grippe. L'OMS, en collaboration avec les États Membres et des experts techniques, a mis au point un protocole d'endiguement rapide et organisé des ateliers régionaux et préparé des matériels de formation sur le sujet. Certains États Membres et Régions de l'OMS avaient déjà élaboré de leur côté des protocoles nationaux et régionaux d'endiguement rapide et organisé des exercices pour tester l'application de cette stratégie avant le début de la pandémie de grippe A (H1N1) 2009.

61. L'endiguement rapide est considéré comme une action de santé publique extraordinaire qui va bien au-delà de la riposte habituelle à une flambée épidémique et des mesures classiques de lutte contre la maladie. Il vise à interrompre à la source la propagation d'une pandémie naissante. Il est important de noter toutefois que dans les plans de préparation et d'action en cas de pandémie, le terme « endiguement » est utilisé pour désigner toute une série d'actions, par exemple prévenir l'entrée du virus dans un pays ou ralentir sa propagation géographique. De même, le terme « atténuation » (utilisé parfois comme synonyme d'endiguement) a eu des significations différentes selon le contexte et peut vouloir dire par exemple ralentir la propagation géographique du virus, réduire la charge de la maladie ou réduire sa gravité clinique.

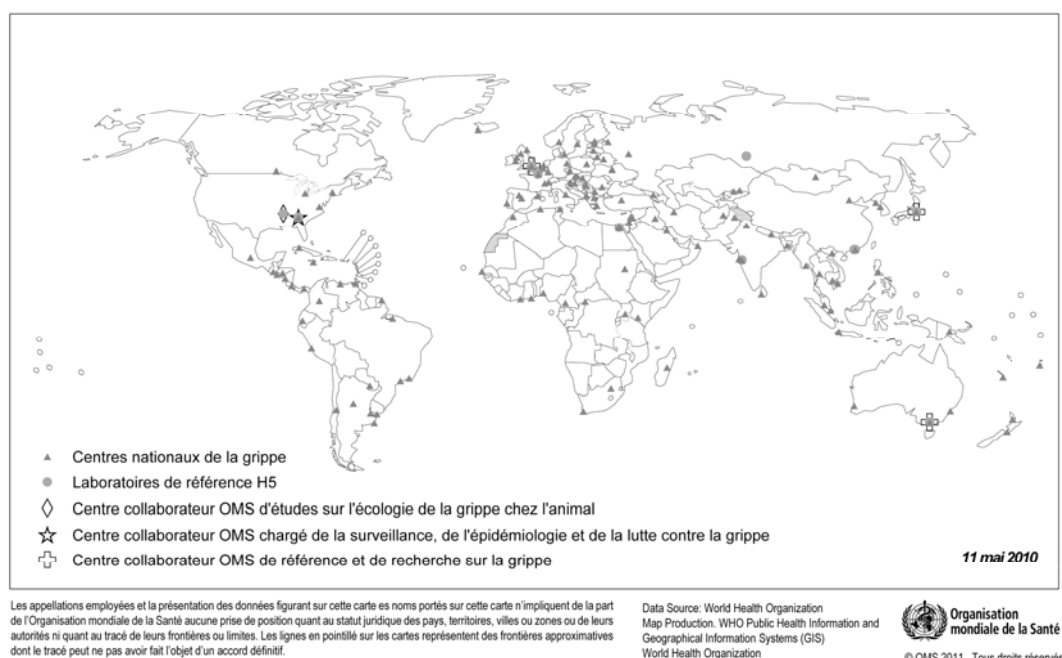
Réseau mondial de surveillance de la grippe

62. Depuis 1952, le Réseau mondial de surveillance de la grippe de l'OMS (GISN) a joué un rôle central dans la détection et la surveillance de la grippe. Il est doté d'un réseau de laboratoires qui analyse les virus grippaux et en suit l'évolution. Les résultats déterminent les recommandations de l'OMS pour l'hémisphère Nord et l'hémisphère Sud concernant les vaccins contre la grippe saisonnière. Ces vaccins peuvent devoir être adaptés chaque année car les virus de la grippe se

modifient continuellement, de façon mineure mais significative sur le plan immunologique. Le suivi de ces modifications en temps réel tout au long de l'année et à l'échelle mondiale est un formidable défi. Une autre fonction importante du Réseau de surveillance de la grippe est de détecter et d'évaluer le potentiel pandémique des nouveaux virus grippaux.

63. Le Réseau est maintenant devenu un partenariat mondial qui regroupe 136 centres nationaux de la grippe (CNG) répartis dans 106 pays, six centres collaborateurs de l'OMS (CCOMS) hautement spécialisés et trois laboratoires essentiels de réglementation (45) (Figure 1.7). Quoique très étendu, le Réseau OMS de surveillance de la grippe ne couvre pas certaines zones géographiques, notamment en Afrique.

Figure 1.7 Réseau mondial de surveillance de la grippe de l'OMS (GISN)



64. Pour répondre aux problèmes posés par les virus de la grippe A (H5N1), l'OMS a mis en place à partir de 2004 dans le cadre du GISN un réseau ad hoc de laboratoires de référence H5. Ces mesures ont permis de renforcer la capacité de détection précoce des nouveaux virus et mis en lumière l'importance de coordonner la surveillance de la santé humaine et de la santé animale (46).

65. Les centres nationaux de la grippe sont souvent décrits comme « l'épine dorsale » du GISN car ce sont eux qui soutiennent l'ensemble du Réseau et qui sont généralement la principale source d'expertise pour la surveillance du virus de la grippe et l'organisation de la riposte dans leur pays. Ils collectent et analysent les souches grippales isolées à partir d'échantillons cliniques et transmettent les isollements de virus représentatifs ou inhabituels à un centre collaborateur de l'OMS pour une caractérisation plus complète. Les centres nationaux de la grippe collectent chaque année plus de 175 000 échantillons recueillis chez des malades et soumettent environ 2000 virus aux centres collaborateurs de l'OMS pour des analyses antigéniques et génétiques (45). Bien qu'ils ne collectent pas de données épidémiologiques et cliniques au niveau individuel, les CNG fournissent chaque semaine à l'OMS des données de surveillance fondées sur les résultats de laboratoire et des rapports

sur la répartition géographique de l'activité de type grippal en utilisant FluNet, un système interactif de notification, recherche et cartographie des données sur le Web (47).

66. Les centres collaborateurs de l'OMS spécialisés réalisent des analyses antigéniques et génétiques poussées des virus grippaux pour suivre leur évolution et les risques associés, adapter la composition des vaccins et déterminer la sensibilité aux antiviraux, produisent et adaptent des réactifs standardisés utilisés par les centres nationaux de la grippe pour le dépistage de la grippe saisonnière et fournissent des conseils et une formation sur les dernières méthodes de diagnostic en laboratoire.

Renforcement des capacités de santé publique

67. La préparation à une urgence sanitaire mondiale telle que recommandée dans le RSI s'appuie essentiellement sur le renforcement et le maintien des principales capacités de santé publique aux niveaux local, intermédiaire et national ainsi qu'aux frontières. Même s'il incombe à chaque système national de santé de protéger lui-même sa population dans les situations d'urgence, le principal intérêt des obligations en matière de renforcement des capacités édictées par le RSI sera peut-être en fin de compte l'amélioration de la manière dont les pays gèrent au quotidien les questions de santé publique.

68. Le RSI vise à introduire davantage de certitude dans l'organisation des ripostes nationales et mondiales à des événements de santé publique importants :

- Les pays ont l'obligation de notifier à l'OMS ces événements importants.
- Les pays sont censés échanger des informations et coopérer et se coordonner entre eux et avec l'OMS.
- Les points focaux nationaux sont des points de coordination et de communication désignés.
- Les mesures de riposte doivent s'appuyer sur des données scientifiques et des preuves de l'existence d'un risque pour la santé publique et doivent tenir compte des conseils techniques dispensés par l'OMS ; les pays qui choisissent d'appliquer des mesures plus restrictives ou plus contraignantes doivent fournir une justification adéquate.
- Les transporteurs et les voyageurs peuvent et ont le droit d'espérer que les mesures de santé publique appliquées aux frontières ne soient pas plus contraignantes qu'il n'est nécessaire pour protéger la santé publique.

69. Le présent rapport est à la fois un examen du fonctionnement du RSI et une enquête sur ce qui s'est passé durant la pandémie qui était la première mise à l'épreuve véritable du Règlement sanitaire international. Le chapitre suivant décrit la façon dont les événements se sont déroulés au cours de la pandémie.

Références bibliographiques

1. Lederberg J, Shope RE, Oaks SCJ, eds. *Emerging infections. Microbial threats to health in the United States*. Washington, DC, National Academy Press, 1992.
2. Sanchez A et al. Reemergence of Ebola virus in Africa. *Emerging Infectious Diseases*, 1995, 1:96-97. doi:10.3201/eid0103.950307 PMID:8903173.

3. Heymann D, Kindhauser M, Rodier G. Coordinating the global response. In: *SARS: how a global epidemic was stopped*. Manille, Bureau régional OMS du Pacifique occidental, 2006:49–55.
4. Mounts AW et al. Case-control study of risk factors for avian influenza A (H5N1) disease, Hong Kong, 1997. *The Journal of Infectious Diseases*, 1999, 180:505–508.doi:10.1086/314903 PMID:10395870.
5. Peiris JS, de Jong MD, Guan Y. Avian influenza virus (H5N1): a threat to human health. *Clinical Microbiology Reviews*, 2007, 20:243–267.doi:10.1128/CMR.00037-06 PMID:17428885.
6. Webster RG et al. H5N1 outbreaks and enzootic influenza. *Emerging Infectious Diseases*, 2006, 12:3–8. PMID:16494709.
7. Kalthoff D, Globig A, Beer M. (Highly pathogenic) avian influenza as a zoonotic agent. *Veterinary Microbiology*, 2010, 140:237–245.doi:10.1016/j.vetmic.2009.08.022 PMID:19782482.
8. Mahmoud AAF, Lemon SM. Summary and assessment. In: Knobler S et al., eds. *Learning from SARS: preparing for the next disease outbreak*. Washington, DC, National Academies Press, 2004:1–39.
9. Lee SH. The SARS epidemic in Hong Kong. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57:652–654.doi:10.1136/jech.57.9.652 PMID:12933765.
10. Heymann DL, Rodier G. SARS: lessons from a new disease. In: Knobler S et al., eds. *Learning from SARS: preparing for the next disease outbreak*. Washington, DC, National Academies Press, 2004:234–46.
11. Olsen SJ et al. Transmission of the severe acute respiratory syndrome on aircraft. *The New England Journal of Medicine*, 2003, 349:2416–2422.doi:10.1056/NEJMoa031349 PMID:14681507.
12. Varia M et al.; Hospital Outbreak Investigation Team. Investigation of a nosocomial outbreak of severe acute respiratory syndrome (SARS) in Toronto, Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 2003, 169:285–292. PMID:12925421.
13. Lee N et al. A major outbreak of severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *The New England Journal of Medicine*, 2003, 348:1986–1994.doi:10.1056/NEJMoa030685 PMID:12682352.
14. Wong TW et al.; Outbreak Study Group. Cluster of SARS among medical students exposed to single patient, Hong Kong. *Emerging Infectious Diseases*, 2004, 10:269–276. PMID:15030696.
15. Cetron M et al. Isolation and quarantine: containment strategies for SARS 2003. In: Knobler S et al., eds. *Learning from SARS: preparing for the next disease outbreak. Workshop summary*. Washington, DC, National Academies Press, 2004:71–83.
16. Organisation mondiale de la Santé. IHR brief I: introduction to the IHR (2005). 1^{er} janvier 2007. <http://www.who.int/ihr/ihrbrief1en.pdf>.
17. *A crises mondiales, solutions mondiales. Gérer les urgences sanitaires de portée internationale au moyen de la version révisée du Règlement sanitaire international*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_CDS_CSR_GAR_2002.4_fre.pdf.
18. Organisation mondiale de la Santé. Résolution WHA48.7 : Révision et mise à jour du Règlement sanitaire international. 12 mai 1995.

19. Organisation mondiale de la Santé. Dix choses à savoir pour mettre en œuvre le RSI (2005). 2008. <http://www.who.int/ihr/about/10things/fr/index.html>.
20. Grein TW et al. Rumors of disease in the global village: outbreak verification. *Emerging Infectious Diseases*, 2000, 6:97–102.doi:10.3201/eid0602.000201 PMID:10756142.
21. Heymann DL, Rodier GR; WHO Operational Support Team to the Global Outbreak Alert and Response Network. Hot spots in a wired world: WHO surveillance of emerging and re-emerging infectious diseases. *The Lancet Infectious Diseases*, 2001, 1:345–353.doi:10.1016/S1473-3099(01)00148-7 PMID:11871807.
22. Organisation mondiale de la Santé. Influenza. 25 janvier 2008. <http://www.who.int/immunization/topics/influenza/en/index.html>.
23. Gessner BD, Shindo N, Briand S. Seasonal influenza epidemiology in sub-Saharan Africa: a systematic review. *The Lancet Infectious Diseases*, 2011, 11:223–235.doi:10.1016/S1473-3099(11)70008-1 PMID:21371656.
24. Vaccins antigrippaux. Note d'information de l'OMS. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2005, 33:279–287.
25. Influenza pandemic plan. The role of WHO and guidelines for national and regional planning. Genève, Organisation mondiale de la Santé, avril 1999. <http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/whocdscsredc991.pdf>.
26. *WHO global influenza preparedness plan. The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005. http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5.pdf.
27. *Préparation et action en cas de grippe pandémique : document d'orientation de l'OMS*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, avril 2009. <http://www.who.int/csr/disease/influenza/pipguidance2009/fr/index.html>.
28. Bell DM; World Health Organization Writing Group. Non-pharmaceutical interventions for pandemic influenza, national and community measures. *Emerging Infectious Diseases*, 2006, 12:88–94. PMID:16494723.
29. Bell DM; World Health Organization Writing Group. Non-pharmaceutical interventions for pandemic influenza, international measures. *Emerging Infectious Diseases*, 2006, 12:81–87. PMID:16494722.
30. Markel H et al. Nonpharmaceutical interventions implemented by US cities during the 1918–1919 influenza pandemic. *The Journal of the American Medical Association*, 2007, 298:644–654.doi:10.1001/jama.298.6.644 PMID:17684187.
31. McLeod MA et al. Protective effect of maritime quarantine in South Pacific jurisdictions, 1918–19 influenza pandemic. *Emerging Infectious Diseases*, 2008, 14:468–470.doi:10.3201/eid1403.070927 PMID:18325264.
32. Wilson N et al. Re-evaluating a local public health control measure used in New Zealand for the pandemic influenza of 1918. *The New Zealand Medical Journal*, 2005, 118:U1714. PMID:16258584.

-
33. Ferguson NM et al. Strategies for mitigating an influenza pandemic. *Nature*, 2006, 442:448–452.doi:10.1038/nature04795 PMID:16642006.
 34. Ferguson NM et al. Strategies for containing an emerging influenza pandemic in Southeast Asia. *Nature*, 2005, 437:209–214.doi:10.1038/nature04017 PMID:16079797.
 35. Longini IM Jr et al. Containing pandemic influenza at the source. *Science*, 2005, 309:1083–1087.doi:10.1126/science.1115717 PMID:16079251.
 36. Germann TC et al. Mitigation strategies for pandemic influenza in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2006, 103:5935–5940.doi:10.1073/pnas.0601266103 PMID:16585506.
 37. Glass RJ et al. Targeted social distancing design for pandemic influenza. *Emerging Infectious Diseases*, 2006, 12:1671–1681. PMID:17283616.
 38. Pandémie de grippe – plan d’action pour augmenter l’approvisionnement en vaccins. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006. <http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF06/872.pdf>.
 39. Report of the WHO consultation on surveillance for pandemic influenza. Geneva, Switzerland, 10–12 December 2007. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009. http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/DecReportFinal2.pdf.
 40. Organisation mondiale de la Santé. Global surveillance during an influenza pandemic – version 1. 28 avril 2009. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/global_pandemic_influenza_surveillance_apr09.pdf.
 41. Organisation mondiale de la Santé. WHO interim protocol: rapid operations to contain the initial emergency of pandemic influenza. Octobre 2007. http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/RapidContProtOct15.pdf.
 42. Bureau régional OMS de l’Afrique. Regional Pandemic Influenza Preparedness and Response Plan, 2009–2010. 7 mai 2009. http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3762.
 43. Organisation panaméricaine de la Santé. PAHO Strategic and Operational Plan for Responding to Pandemic Influenza 2008–2009. Avril 2008 http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=6308.
 44. Asia-Pacific Strategy for Emerging Diseases (APSED). New Delhi, Bureau régional OMS de l’Asie du Sud-Est ; Manille, Bureau régional OMS du Pacifique occidental. 23 septembre 2005. <http://203.90.70.117/catalogue/2005-2006/pdf/emergingdiseases/asiapacificstrategyforemergingdiseases.pdf>.
 45. Organisation mondiale de la Santé. WHO Global Influenza Surveillance Network. 2011. <http://www.who.int/csr/disease/influenza/surveillance/en/>.
 46. Briand S, Mounts A, Chamberland M. Challenges of global surveillance during an influenza pandemic. *Public Health*, 2011. Sous presse.
 47. Flahault A et al. FluNet as a tool for global monitoring of influenza on the Web. *The Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:1330–1332.doi:10.1001/jama.280.15.1330 PMID:9794312.

II. GRIPPE PANDÉMIQUE A (H1N1) 2009

Résumé

Ce chapitre commence par un rappel général de ce que l'on sait sur la grippe pandémique A (H1N1) 2009. Vient ensuite la description d'une suite d'événements qui résumet et illustrent bien l'évolution de la pandémie depuis l'émergence du nouveau sous-type de virus jusqu'à la période postpandémique en passant par les différentes phases pandémiques et les activités auxquelles elles ont donné lieu à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Nous n'avons pas cherché à rendre compte exhaustivement de toutes les activités entreprises à l'échelle mondiale en liaison avec cette pandémie, mais nous sommes contents de décrire certains événements clés en mettant l'accent sur ceux ayant un rapport avec l'action menée au Siège de l'OMS,¹ afin de donner une idée de la manière dont les choses se sont déroulées.

A. Aperçu général sur la grippe A (H1N1) 2009

1. L'émergence d'un nouveau virus H1N1 au début de l'année 2009 a été à l'origine de la première pandémie grippale du XXI^e siècle. Selon une modélisation de la charge mondiale de morbidité liée à la grippe pandémique A (H1N1) 2009, il y aurait eu entre plusieurs dizaines de millions et 200 millions de cas (1). En août 2010, lorsqu'a été annoncé le passage de la pandémie à la période postpandémique, on avait enregistré environ 18 500 décès confirmés au laboratoire imputables à cette maladie (2). Il se peut toutefois que le nombre exact de morts attribuables au virus pandémique ait été sensiblement plus élevé, étant donné que de nombreuses personnes sont décédées sans avoir subi de tests.

2. S'il n'y a pas de complications, la grippe pandémique (H1N1) 2009 est une maladie à guérison spontanée dont les symptômes sont comparables à ceux de la grippe saisonnière, à savoir fièvre, toux, céphalées, douleurs, mal de gorge et écoulement nasal. Des nausées, des vomissements et des diarrhées sont plus fréquemment rapportés que dans le cas de la grippe saisonnière. La plupart des patients qui ne présentent pas de complications se rétablissent sans traitement en l'espace d'une semaine. Le mode de propagation du virus semble être le même que pour la grippe saisonnière, à savoir une transmission par les gouttelettes ou aérosols de sécrétions que le sujet expectore en parlant, en éternuant ou en toussant (3).

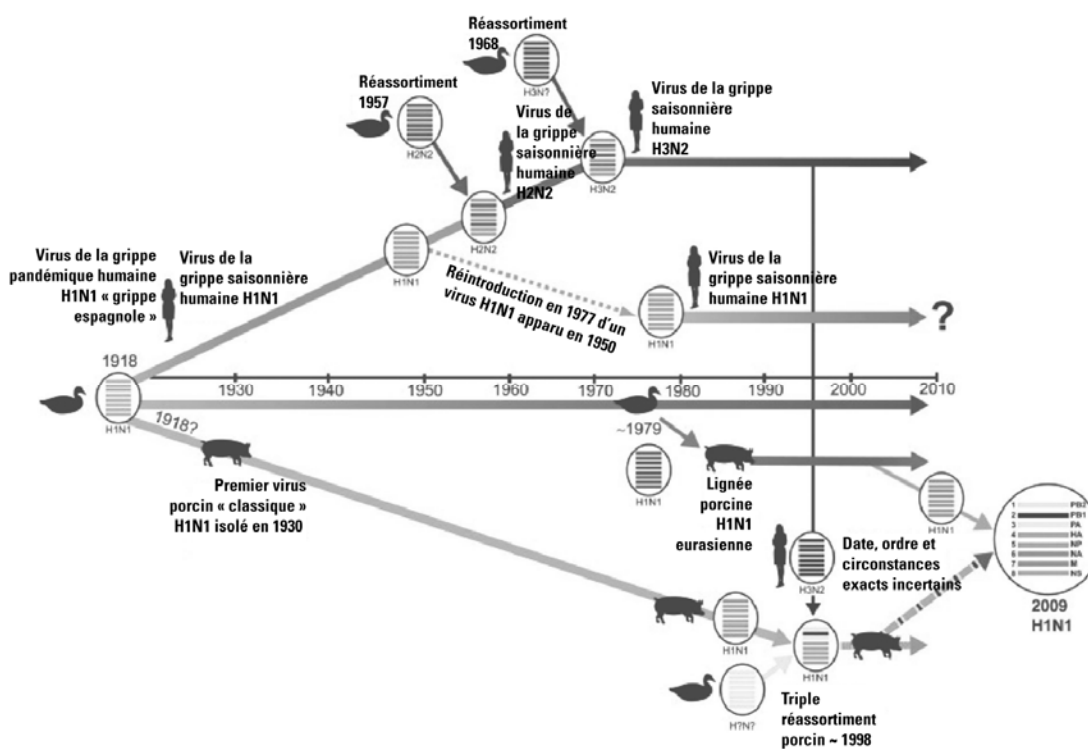
3. En dépit de la prépondérance des formes à guérison spontanée, le virus pandémique (H1N1) 2009 a aussi été à l'origine de tout un ensemble de pathologies, y compris des complications sévères ou même mortelles. Les formes graves étaient liées pour la plupart à la présence d'une pneumonie virale, entraînant des lésions pulmonaires sévères avec des détresses respiratoires s'accompagnant parfois d'un collapsus circulatoire et d'une insuffisance rénale (3).

4. Une différence frappante entre la grippe pandémique (H1N1) 2009 et la grippe saisonnière était que la première touchait surtout les jeunes. Cette répartition par âge inhabituelle peut s'expliquer par la similitude qui existe entre le virus pandémique (H1N1) 2009 et des virus grippaux analogues au (H1N1) ayant sévi en 1918-1919 (Figure 2.1). Il se peut que les adultes plus âgés aient été mieux

¹ Bien que des événements soient survenus dans toutes les Régions de l'OMS, nous retraçons essentiellement ici ceux qui se sont déroulés au Siège de l'OMS.

protégés contre le virus de 2009 car ils avaient été exposés aux virus de la grippe de 1918-1919 pendant les quelques soixante premières années du XX^e siècle (4) (Figure 2.1).

Figure 2.1 Évolution du virus pandémique A (H1N1)



Évolution du virus de la grippe pandémique A (H1N1) 2009. Le virus humain de la « grippe espagnole » de 1918 et le virus grippal porcin « classique » A (H1N1) ont probablement évolué à partir d'un ancêtre commun adapté aux oiseaux (partie gauche de la figure). Depuis 1918, les variations génétiques se sont accumulées à la fois dans les lignées humaine et porcine de la grippe A à la suite de réassortiments (comme illustré explicitement dans la figure ; voir en bas à droite la liste des segments géniques) et, progressivement, à la suite de mutations ponctuelles (illustrées par une gradation des couleurs sur les tracés correspondant aux différentes lignées). Le virus pandémique (H1N1) 2009 semble être issu d'un réassortiment de plusieurs virus dont on sait qu'ils circulent actuellement chez le porc.

Reprinted from *Microbial Forensics*, 2nd edition, Budolwe B et al., eds. Bush RM, Part 2: Emerging infections, *Influenza Forensics*, Pages 109-135. Copyright 2011, avec la permission d'Elsevier.

5. Les taux d'hospitalisation et de mortalité imputables au virus pandémique (H1N1) 2009 ont été très variables selon les pays, en fonction de facteurs touchant aussi bien à l'étendue de la propagation du virus qu'aux différences dans les pratiques de soins. Les taux d'hospitalisation ont été surtout élevés chez les enfants de moins de cinq ans. Environ 9 à 31 % des patients hospitalisés ont dû être admis dans des unités de soins intensifs et entre 14 et 46 % d'entre eux sont décédés (3).

6. Il est apparu que les jeunes enfants et les femmes pendant la grossesse et le post-partum avaient un risque accru de contracter une forme sévère de l'infection par le virus pandémique A (H1N1) 2009. Le risque de développer une pathologie grave était encore plus élevé chez les femmes infectées au cours du troisième trimestre de la grossesse. Les personnes souffrant de maladies pulmonaires ou

cardiaques chroniques, de troubles neurologiques ou de déficiences du système immunitaire aggravées par certains médicaments ou par d'autres pathologies concomitantes présentaient aussi un risque accru d'être plus gravement atteintes (3). Le risque de développer une forme sévère de la grippe (H1N1) 2009 semblait aussi plus élevé chez les personnes présentant une obésité morbide quoique cela n'ait pas été démontré (5).

7. Dans les pays de la Région des Amériques et du Pacifique, les populations autochtones ont été proportionnellement plus affectées par le virus pandémique (H1N1) 2009, car elles étaient plus susceptibles que le reste de la population de développer des formes graves de la maladie. Parmi les hypothèses avancées pour expliquer ce phénomène, on a évoqué la promiscuité dans des logements surpeuplés ou la prévalence de pathologies concomitantes, bien que des composantes sociales ou un accès limité aux soins médicaux puissent aussi avoir été des facteurs favorisants (3).

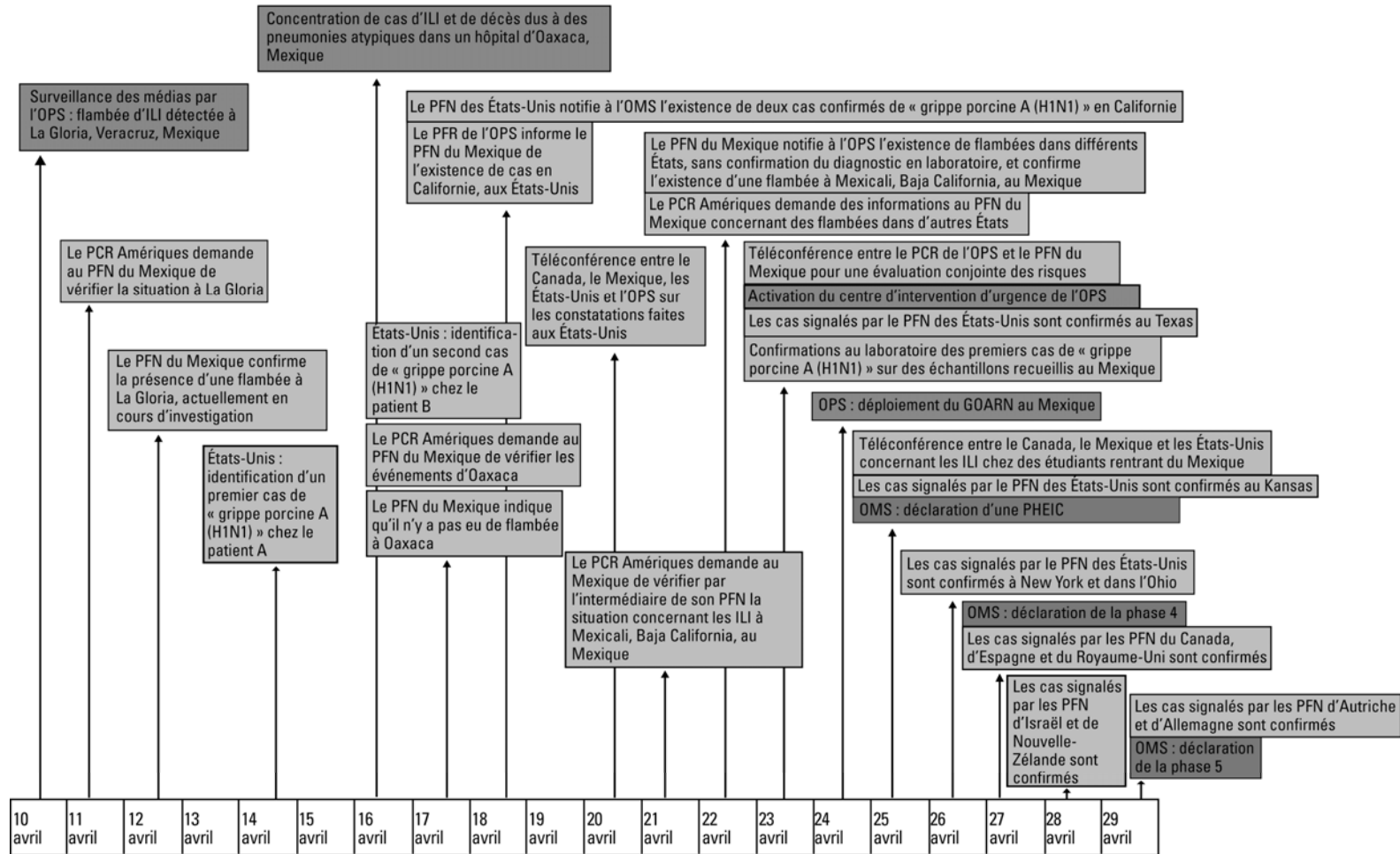
8. L'analyse moléculaire a montré que le virus pandémique (H1N1) 2009 était issu de virus qui circulaient depuis de nombreuses années chez le porc, d'où les références à « un virus grippal d'origine porcine » ou à la « grippe porcine » au début de la pandémie. Du fait que les porcs peuvent être infectés aussi bien par les virus de la grippe aviaire que par ceux de la grippe humaine, en même temps que par les virus porcins, ils constituent des « creusets » idéaux pour donner naissance à de nouveaux virus dérivés de différentes sources. Le nouveau virus est issu de ce que l'on appelle un réassortiment, c'est-à-dire de plusieurs mélanges successifs du matériel génétique de différents types de virus au cours du siècle dernier (4) (Figure 2.1).

B. Émergence et détection du virus

9. Les premiers cas d'infection par ce que l'on appelle maintenant le virus pandémique (H1N1) 2009 sont apparus au Mexique en février et au début de mars 2009 lorsque le système national de surveillance a détecté de petites flambées de syndromes de type grippal dans tout le pays. À l'époque, on a pensé que ces flambées correspondaient à la fin de la saison grippale habituelle au Mexique, bien que l'on ait noté une nette augmentation de l'activité de type grippal par rapport à l'année précédente. À la mi-mars, la Direction générale de l'Épidémiologie du Mexique a lancé une alerte épidémiologique nationale et appelé à un renforcement de la surveillance des maladies respiratoires aiguës.

10. Au 6 avril 2009, cette surveillance active permettait de conclure qu'une flambée épidémique survenue dans une communauté rurale d'éleveurs de porcs de La Gloria (Veracruz) avait fait un total cumulé de 444 cas sur une population d'environ 2600 personnes. Selon des hypothèses émises par les médias locaux, cette flambée était probablement due à une pollution de l'environnement provenant des bassins de décantation des élevages porcins. Ces informations furent reprises par le système de Surveillance des médias de l'Organisation Pan Américaine de la Santé (OPS) (Figure 2.2). En réponse à une demande du point focal régional OPS du 12 avril, le point focal national RSI du Mexique confirma l'événement survenu à La Gloria en indiquant qu'il pourrait s'agir d'une urgence de santé publique de portée internationale sur la base de l'évaluation du risque effectuée au moyen de l'instrument de décision figurant à l'annexe 2 du Règlement sanitaire international (2005) (appendice III, Fonction 2). Le point focal national indiquait aussi qu'il n'y avait aucun élément susceptible de corroborer l'existence d'un lien entre ces pathologies de type grippal et l'élevage porcin. Le Mexique transmit aussi cette information au Canada et aux États-Unis conformément aux accords trinationaux de collaboration en matière de santé publique et comme préconisé dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005) (RSI).

Figure 2.2 Événements survenus au début de l'année 2009



Légende : PCR Amériques = point de contact régional RSI de l'OMS pour les Amériques. Les dates correspondent au fuseau horaire de la région dans laquelle l'événement s'est produit.
ILI = Influenza like illness (syndrome de type grippal).

11. Au cours des quelques jours qui suivirent, la situation au Mexique évolua rapidement. Le nombre cumulé de cas à La Gloria continua à augmenter et d'autres flambées de maladies respiratoires furent enregistrées dans diverses parties du pays. Un décès consécutif à une pneumonie atypique à Oaxaca fut initialement décrit à tort dans les médias comme un cas de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) (Figure 2.2). Lors d'une réunion extraordinaire du Comité national de Surveillance épidémiologique, des experts conclurent que la situation était préoccupante non seulement en raison de la multiplication des cas mais aussi parce que des personnes jeunes et jusque-là en bonne santé étaient gravement atteintes. L'analyse des échantillons prélevés chez ces sujets révéla la présence d'un virus grippal de type A qui ne pouvait être apparenté avec aucun sous-type connu. Une deuxième alerte épidémiologique nationale fut lancée le 17 avril et les efforts d'investigation furent intensifiés sur tout le territoire mexicain (6).

12. Concomitamment avec ces flambées au Mexique, vers la fin du mois de mars, deux enfants qui vivaient dans des comtés voisins du Sud de la Californie aux États-Unis furent atteints de pathologies respiratoires aiguës. Ces deux enfants se rétablirent sans problème mais dans aucun des deux cas, on ne put identifier le sous-type du virus grippal A responsable de la maladie. Des échantillons prélevés chez le patient A dans le comté de San Diego et chez le patient B dans le comté d'Imperial furent envoyés aux US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) pour des analyses plus détaillées. À la mi-avril, les CDC établirent que les deux enfants avaient été infectés par un nouveau sous-type de virus grippal A dont l'apparence évoquait une origine porcine, « le virus de la grippe porcine A (H1N1) » que l'on n'avait jamais retrouvé précédemment chez l'homme ou chez d'autres animaux (7). Cette information fut notifiée à l'OMS par l'intermédiaire du PFN et transmise au Mexique (Figure 2.2.).

13. De nouvelles flambées de maladies respiratoires continuaient à être recensées au Mexique. Dans le cadre d'une collaboration entre le Mexique, l'OPS, le Canada et les États-Unis, des échantillons de sécrétions respiratoires prélevés au Mexique furent envoyés au laboratoire national de microbiologie de l'Agence de Santé publique du Canada et aux CDC. Le 23 avril, des analyses effectuées séparément au Canada et aux États-Unis confirmèrent que le virus A impossible à typer qui avait été isolé chez les patients mexicains et le « virus de la grippe porcine A (H1N1) » prélevé chez les enfants californiens étaient génétiquement identiques (8).

14. L'OMS fut alertée et le SHOC, le Centre stratégique d'opérations sanitaires du Siège à Genève, fut activé dans les premières heures du 24 avril (heure d'Europe centrale). Le SHOC assure une permanence pour offrir un point unique de riposte coordonnée à l'échelle mondiale en cas de crise de santé publique aiguë comme une flambée de maladies infectieuses ou une catastrophe naturelle ou causée par l'homme ou encore une urgence de santé publique de portée internationale potentielle. Le Directeur général de l'OMS, le Dr Margaret Chan, en route pour New York, fut informée et se rendit directement au Siège de l'OPS à Washington, DC. Entre-temps, trois nouveaux cas avaient été confirmés en Californie et deux au Texas et plusieurs autres étaient en cours d'investigation aux États-Unis. Au Mexique, on dénombrait près de 1000 cas – pour la plupart non confirmés – et 59 décès (8). Le Directeur général participa également à une téléconférence avec de hauts responsables des CDC et du Department of Health and Human Services pour discuter des cas aux États-Unis.

15. Lors d'une téléconférence tenue un peu plus tard ce même jour entre le Directeur général de l'OMS, des membres du personnel du Siège à Genève, le Ministre de la Santé du Mexique, l'OPS et des représentants régionaux et des pays, tous les participants tombèrent d'accord sur le fait que la situation semblait constituer potentiellement une urgence de santé publique de portée internationale. Dès lors, l'OMS se mit en devoir de constituer un comité d'urgence à partir de la liste d'experts du RSI qui est composée de personnes nommées soit par les États Membres, soit directement par le Directeur général conformément au Règlement applicable aux tableaux d'experts de l'OMS. Au

Mexique, les mesures visant à contenir la propagation de la maladie commencèrent par des fermetures d'écoles dans la ville de Mexico, qui furent ensuite étendues au reste du pays. Des universités, des théâtres et des musées fermèrent également leurs portes. Certains pays annulèrent leurs vols à destination du Mexique tandis que d'autres interrompirent leurs échanges commerciaux avec ce pays. Les pays voisins d'Amérique latine commencèrent à lancer des alertes sanitaires.

16. Le SPC (Groupe de haut niveau sur les politiques de l'OMS) se mit à tenir des réunions biquotidiennes à partir du 25 avril. Le SPG est convoqué par le Directeur général ou le Directeur général adjoint lorsque cela est nécessaire. Sa mission est de veiller à ce que les décisions sur des questions de politique générale liées à une situation d'urgence puissent être prises rapidement et en toute connaissance de cause. Ce groupe était formé du Directeur général (ou Directeur général adjoint) (Président) ; du Directeur exécutif, Bureau du Directeur général ; du Sous-Directeur général pour la Sécurité sanitaire et l'environnement ; du Sous-Directeur général pour les Interventions sanitaires en cas de crise et des conseillers du Directeur général ; ainsi que de hauts fonctionnaires chargés des évaluations épidémiologiques, de l'information scientifique et clinique, des opérations, du RSI, des vaccins, des communications, des questions juridiques et de la poursuite des activités institutionnelles à l'OMS. Ces réunions avaient pour objectif de présenter les principales conclusions du rapport de situation quotidien, d'appeler l'attention sur les questions nécessitant la prise de décisions de politique générale et de déterminer quelles étaient les principales questions qui nécessitaient un suivi et qui devait en être chargé. Des comptes rendus officiels de chacune de ces réunions étaient distribués à tous les membres du SPG ainsi qu'aux Sous-Directeurs généraux et aux Directeurs régionaux.

17. L'attention des médias était à présent braquée sur l'OMS, la question principale étant de savoir si l'on allait déclarer la première urgence de santé publique de portée internationale (PHEIC suivant le sigle anglais). Lors de la première réunion du Comité d'urgence, les membres auraient à décider si la situation constituait effectivement une PHEIC et si le niveau d'alerte pandémique devait être relevé. Depuis 1999, l'OMS avait diffusé des lignes directrices sur la préparation à une grippe pandémique dans le cadre desquelles différents stades (ou phases) de la pandémie avaient été définis pour aider les États Membres à réagir de manière appropriée et efficace en fonction du degré perçu de propagation d'un nouveau virus circulant. Les dernières lignes directrices en date avaient été publiées en 2005, mais l'on avait entrepris depuis lors de les réviser et de les actualiser, en particulier pour les aligner avec le RSI. La parution de la dernière version finalisée, qui fut mise en ligne sur le site Web de l'OMS le 25 avril 2009, coïncida avec la déclaration des flambées au Mexique et aux États-Unis.

C. Déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale

18. Le Comité d'urgence se réunit pour la première fois dans l'après-midi du 25 avril. À l'exception d'une réunion en septembre qui se déroula par courrier électronique, toutes les interactions du Comité se firent par téléconférence. Conformément à la pratique habituelle des comités d'experts consultatifs de l'OMS, l'identité des membres du Comité d'urgence ne fut pas rendue publique. Ayant pris connaissance de toutes les données communiquées par les représentants des pays sur l'évolution de la situation au Mexique et aux États-Unis, les membres du Comité conclurent par consensus qu'une urgence de santé publique de portée internationale était en cours, mais que le niveau d'alerte pandémique devait rester en phase 3. Le Comité insistait sur la nécessité de disposer d'informations plus détaillées sur les caractéristiques épidémiologiques, virologiques et cliniques de ce nouveau virus pour pouvoir formuler d'autres recommandations. Conformément aux dispositions du RSI, les membres du Comité donnèrent pour avis au Directeur général d'annoncer l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale (appendice III, Fonction 5). Lorsque le Directeur général, fort de cet avis, annonça plus tard dans la soirée l'existence d'une PHEIC, elle recommanda que « tous les pays intensifient la surveillance de flambées inhabituelles de maladies de type grippal et de pneumonie sévère » (9).

19. Deux jours seulement après la première réunion du Comité d'urgence, le virus s'était encore propagé au Mexique et aux États-Unis et de nouveaux cas étaient maintenant confirmés au Canada, en Espagne et au Royaume-Uni. Des cas suspectés de grippe pandémique (H1N1) 2009 étaient en cours d'investigation dans plusieurs pays du monde. Réuni à nouveau le 27 avril, le Comité d'urgence examina la question de savoir si la situation justifiait maintenant de changer de phase. Bien que les données factuelles soient encore incomplètes, les membres tombèrent d'accord sur le fait qu'il fallait relever le niveau d'alerte et passer à la phase 4. Parmi les avis donnés au Directeur général, le Comité d'urgence estima aussi qu'il n'était pas possible d'endiguer la flambée, c'est-à-dire d'interrompre une nouvelle propagation du virus et qu'il fallait donc privilégier les mesures d'atténuation ; que les clôtures de frontières et l'imposition de restrictions aux voyages internationaux seraient inefficaces et que, tandis que l'on continuerait à produire du vaccin contre la grippe saisonnière, l'OMS devrait faciliter la mise au point d'un vaccin efficace contre le nouveau sous-type.

20. Lors d'un point de presse tenu dans la soirée du 27 avril, le Sous-Directeur général par intérim pour la Sécurité sanitaire et l'environnement, M. Keiji Fukuda, confirma les détails de la déclaration que venait de faire le Directeur général. Dans cette déclaration, le Dr Chan avait souligné que « le passage à une phase d'alerte pandémique supérieure signifie que la probabilité d'une pandémie a augmenté, mais non qu'une pandémie est inévitable. À mesure qu'elle disposera d'informations supplémentaires, l'OMS pourra décider soit de rétablir la phase 3, soit de passer à un niveau d'alerte supérieur » (10).

21. Dans le cadre de ce point de presse, le Dr Fukuda fournit des précisions sur les avis donnés par le Comité d'urgence concernant la formulation de recommandations temporaires. Comme il l'expliqua aux journalistes, un des éléments à prendre en considération pour déclarer une phase 4 était le point de savoir si des efforts pouvaient être utilement déployés pour contenir ou arrêter la propagation du virus. L'endigement rapide d'un nouveau virus grippal supposerait de prendre des mesures incluant des mises en quarantaine, l'utilisation à titre thérapeutique ou prophylactique, selon le cas, de médicaments antiviraux pour traiter les personnes touchées ou non encore atteintes et l'application de stratégies de réduction à l'exposition, comme la limitation des contacts sociaux (11). Le Dr Fukuda expliqua que le virus s'était déjà propagé trop largement pour qu'un endiguement soit possible. Aussi était-il recommandé de privilégier les mesures d'atténuation consistant par exemple à veiller à ce que toutes les personnes aient les informations nécessaires pour se protéger et pour protéger leur communauté contre les conséquences les plus graves de l'infection. Le Dr Fukuda ajouta que « le Directeur général recommande de ne pas fermer les frontières et de ne pas apporter de restrictions aux voyages internationaux ; il serait toutefois judicieux pour les personnes malades de remettre à plus tard leurs déplacements à l'étranger et pour les personnes présentant des symptômes à la suite d'un voyage international de rechercher des soins médicaux conformément aux conseils dispensés par leurs autorités nationales » (12).

22. Le 28 avril, en plus des pays où l'on savait que le nouveau virus circulait déjà, des cas suspectés d'infection avaient été signalés dans 18 autres pays et confirmés au laboratoire en Israël et en Nouvelle-Zélande. Souvent, l'introduction du virus dans un pays pouvait être imputée à un voyageur infecté qui était rentré chez lui. Le changement de phase et l'augmentation du nombre d'infections à travers le monde focalisa encore plus l'attention des médias sur l'OMS. Depuis les premières heures du vendredi 24 avril, un responsable des communications était présent nuit et jour au Centre stratégique d'opérations sanitaires, et l'OMS avait mobilisé des dizaines de volontaires à l'intérieur de l'Organisation pour renforcer le personnel chargé des communications.

23. Au cours des 24 heures suivantes, la situation évolua rapidement. Le 29 avril, on dénombrait 148 cas confirmés de grippe (H1N1) 2009 dans neuf pays sans compter les nombreux cas en cours d'investigation (13). En cours de journée, on apprit la survenue du premier décès en dehors du Mexique, celui d'un jeune enfant au Texas. Le Dr Chan tint une téléconférence avec le Président, le

Vice-Président et le Rapporteur du Comité d'urgence. Tous s'accordèrent à reconnaître que, sur le plan technique, on était déjà arrivé à la phase 5 puisqu'il existait maintenant une transmission interhumaine dans deux pays d'une même Région de l'OMS. Il fut convenu que l'annonce publique du changement de phase devrait intervenir dès que la totalité des membres du Comité d'urgence auraient été informés. L'une des raisons pour lesquelles cette décision devait être prise était qu'il fallait insister sur la nécessité pour les pays qui n'étaient pas encore touchés de déclencher leurs plans d'urgence ou de préparation en cas de grippe pandémique et d'intensifier les mesures de surveillance.

24. Lors d'une conférence de presse tenue au soir du 29 avril, le Dr Chan souligna que le comportement d'un nouveau virus grippal émergent était par définition mal compris et imprévisible, mais nota aussi que grâce aux efforts concertés qui avaient été déployés pour élaborer des plans de préparation à une pandémie, le monde était mieux armé que jamais pour faire face à une telle menace. Elle ajouta « qu'il s'agissait surtout de saisir l'occasion de faire preuve de solidarité mondiale en recherchant les ripostes et les solutions qui peuvent profiter à tous les pays, à l'ensemble de l'humanité. Car c'est bien l'humanité entière qui est menacée au cours d'une pandémie » (14).

D. Mobilisation de médicaments antiviraux et de vaccins

25. La déclaration de l'urgence de santé publique de portée internationale eut des retentissements à la fois sur l'ordre du jour et sur l'organisation annuelle de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2009. L'Assemblée fut raccourcie de façon à ne pas empêcher trop longtemps les responsables de la santé d'exercer leurs responsabilités nationales dans leurs pays respectifs. Des mesures très détaillées avaient été prévues à Genève pour prendre en charge tout délégué qui signalerait des symptômes de type grippal. « Ce virus nous a peut-être accordé un répit mais nous ne savons pas pour combien de temps. Personne ne sait s'il ne s'agit pas du calme avant la tempête », devait déclarer le Dr Chan à l'ouverture de l'Assemblée mondiale de la Santé le 18 mai (15) (Figure 2. 3).

Figure 2.3 Grippe due au nouveau virus A (H1N1). Nombre de cas confirmés au laboratoire et de décès notifiés à l'OMS. Situation au 18 mai 2009, 16 h 00 GMT



Carte établie le 18 mai 2009
17 h 25 GMT

Les appellations employées et la présentation des données figurant sur cette carte n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillés sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

WHO 11.17

26. L'Assemblée de la Santé a été pour le Secrétaire général des Nations Unies Ban Ki-moon et pour le Dr Chan l'occasion de rencontrer une trentaine de laboratoires pharmaceutiques et de discuter des questions d'équité et d'égalité dans l'accès aux vaccins pour les pays en développement. Dès le départ, les efforts de mobilisation des ressources déployés par l'OMS ont eu pour double objectif d'assurer l'accès aux médicaments pour les personnes touchées par le virus et à la vaccination pour celles qui n'étaient pas touchées.

27. Avant l'Assemblée de la Santé, le Directeur général de l'OMS avait d'ores et déjà souligné devant l'Assemblée générale des Nations Unies à laquelle elle s'était adressée par vidéoconférence les difficultés qu'il y aurait à atteindre ces deux objectifs. « Soyons francs. La capacité de fabrication à l'échelle mondiale, bien qu'elle ait été fortement accrue, n'est pas encore suffisante pour arriver à produire assez de médicaments antiviraux et de vaccins antipandémiques pour protéger l'ensemble de la population mondiale en temps utile. C'est là la réalité. Mais nous pouvons acquérir les données qui nous aideront à faire un usage judicieux et ciblé de ces interventions, à bien gérer les stocks et, dans le cas des médicaments antiviraux, à réduire le risque d'apparition d'une pharmacorésistance. Une pandémie de grippe est un événement mondial qui appelle une solidarité mondiale. En tant que principale responsable technique et administrative de l'OMS, il m'appartient de faire le maximum pour que les pays en développement ne soient pas laissés sans protection. Il est de mon devoir de veiller à ce que personne ne soit laissé au bord du chemin simplement en raison de l'endroit où il est né. Je travaille assidûment et constamment avec l'industrie pharmaceutique pour assurer à tous un accès à des médicaments et à des vaccins antipandémiques d'un coût abordable si cela devenait nécessaire » (16).

28. Dès les tous premiers jours ayant suivi la déclaration de l'urgence de santé publique de portée internationale, les scientifiques nord-américains avaient déterminé que le nouveau virus était résistant aux antiviraux les plus anciens comme l'amantadine et la rimantadine mais qu'il était sensible à des médicaments plus récents comme l'oseltamivir et le zanamivir. À mesure que le virus pandémique (H1N1) 2009 se propageait, de nombreux pays à travers le monde furent capables de constituer des stocks nationaux d'antiviraux. Pour les pays dans l'incapacité de constituer de telles réserves, l'OMS avait à sa disposition des stocks d'urgence d'oseltamivir. Immédiatement après la déclaration de la phase d'alerte 5, l'OMS commença à distribuer trois millions de doses de ce médicament au Mexique et dans 71 pays à faible revenu sélectionnés au préalable. En l'espace d'un mois, ce stock d'intervention rapide avait été livré et l'OMS prévoyait de faire si nécessaire de nouvelles livraisons en fonction de l'évolution de la pandémie ; par la suite, certains pays à revenu élevé firent don d'antiviraux pour contribuer à la riposte mondiale. L'OMS pouvait aussi utiliser son programme de présélection des médicaments pour développer l'offre d'oseltamivir et de zanamivir génériques. Ce programme avait été lancé en 2001 pour faciliter les achats en gros de médicaments essentiels par des organismes internationaux comme le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance en vue de leur distribution dans des pays aux ressources limitées. Il a pour but d'assurer que les médicaments fournis à ces organismes pour le traitement de maladies prioritaires répondent à des normes acceptables de qualité, d'innocuité et d'efficacité.

29. Il était possible de livrer rapidement des antiviraux aux pays dans la mesure où l'OMS en disposait dans ses stocks de réserve constitués préalablement. En revanche, il fallait compter plusieurs mois pour mettre au point un vaccin contre le H1N1. Dans les premières semaines qui suivirent la déclaration de l'urgence de santé publique de portée internationale, il fut établi que la vaccination contre la grippe saisonnière ne conférait pas d'immunité protectrice contre le virus pandémique (H1N1) 2009. Compte tenu de la rapidité avec laquelle le virus se propageait à l'échelle mondiale, l'élaboration, la fabrication, la distribution et l'administration d'un nouveau vaccin efficace et sûr en un temps record constituait un véritable défi.

30. L'OMS rencontra les représentants mondiaux de l'industrie pharmaceutique pour déterminer quels étaient les laboratoires qui pourraient participer à la mise au point et à la fabrication d'un nouveau vaccin sans compromettre la production du vaccin contre la grippe saisonnière. À la fin du mois de mai, l'OMS avait défini les caractéristiques du virus émergent qui devaient servir de base à l'élaboration du nouveau vaccin. Grâce à une coordination entre toutes les parties à l'échelle mondiale, les progrès initiaux furent rapides et en l'espace de quelques semaines, la production de souches de semence avait débuté. Les gouvernements nationaux s'empressèrent alors de passer commande à l'avance pour des vaccins qui ne furent finalement disponibles que cinq mois plus tard.

31. Au départ, les quantités produites étaient assez limitées. Pour fabriquer la plupart des vaccins contre la grippe, on utilise la culture sur œufs de poule. Les rendements étaient faibles car les souches ne se développaient pas bien dans ce milieu de culture. Des goulots d'étranglement lors des étapes suivantes du processus de production aggravèrent encore les retards et la livraison de vaccins antipandémiques. L'OMS entreprit donc de définir des groupes prioritaires, comme les agents de santé, qui devaient être vaccinés en premier.

32. Au moment où l'approvisionnement en vaccins était devenu suffisant, l'intérêt et les appréhensions du public avaient commencé à s'estomper dans certains pays. Par ailleurs, les tests avaient permis de déterminer que, dans la plupart des cas, une seule dose de vaccin suffisait pour produire une réponse suffisante des anticorps au lieu de deux comme on l'avait envisagé initialement. Certains pays se retrouvèrent donc avec des lots de vaccins inutilisés. En dépit de l'existence de ces excédents dans certaines parties du monde, de nombreuses populations du globe n'ont pas eu accès ou n'ont eu qu'un accès limité au vaccin pendant toute la durée de la pandémie.

E. Déclaration de la pandémie

33. Le 11 mai, moins de trois semaines après la déclaration de l'urgence de santé publique de portée internationale, l'OMS mit en ligne sur son site Web des informations concernant l'évaluation de la gravité d'une pandémie de grippe (17). Le message posté sur le Web était le suivant : « À l'exception d'une flambée au Mexique, qu'on ne comprend pas tout à fait, le virus H1N1 tend à provoquer une maladie très bénigne chez les sujets par ailleurs en bonne santé. En dehors du Mexique, presque tous les cas de maladie et tous les décès se sont produits chez des personnes présentant des maladies chroniques sous-jacentes. Dans les deux flambées les plus importantes et les mieux documentées jusqu'ici, au Mexique et aux États-Unis d'Amérique, la tranche d'âge affectée a été plus jeune que pour la grippe saisonnière. Bien qu'on ait confirmé des cas dans tous les groupes d'âge, des nourrissons aux personnes âgées, la jeunesse des patients atteints d'infections sévères ou létales est une caractéristique frappante de ces premières flambées ».

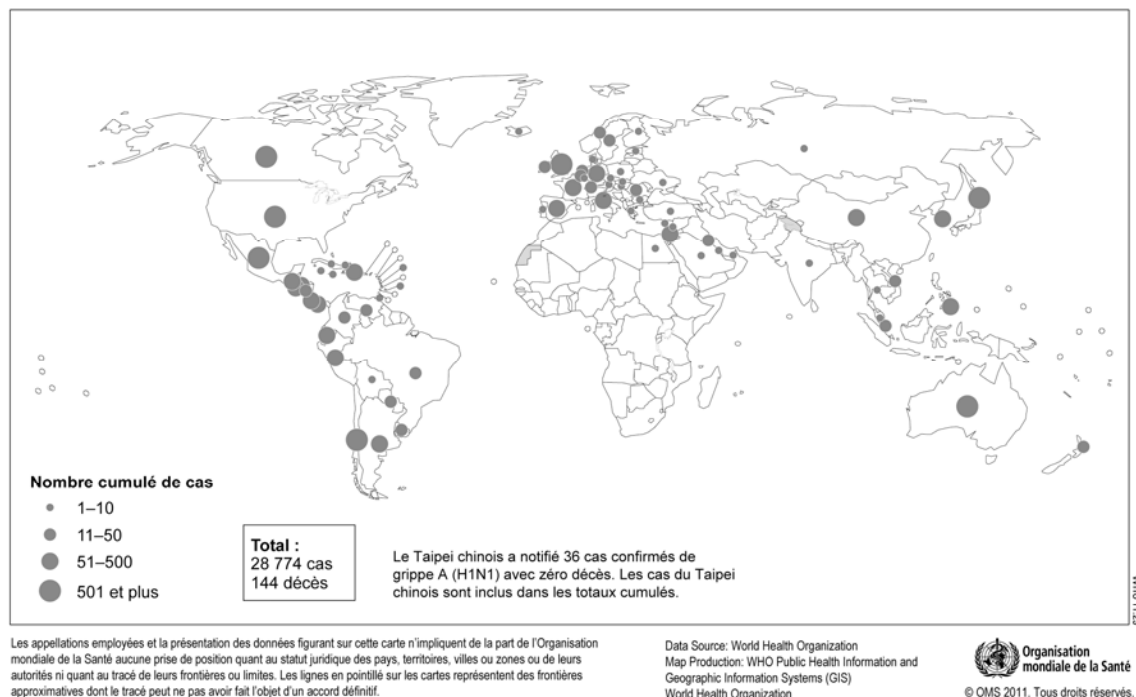
34. Vers la fin de mai 2009, les activités de l'OMS qui avaient visé initialement à répondre à une situation d'urgence aiguë commencèrent à reprendre le cours normal d'une riposte s'inscrivant dans le cadre des structures programmatiques habituelles de l'Organisation. Le Directeur général et les hauts représentants de l'Organisation restaient en contact étroit avec les pays pour suivre l'évolution des événements sur le terrain et les plans de préparation. Il s'agissait surtout de veiller à ce que les États Membres ayant les systèmes de santé les plus fragiles soient capables de faire face si l'on devait déclarer la phase 6.

35. Au début du mois de juin, le tableau général était celui d'une poursuite de l'infection dans l'hémisphère Nord et d'une certaine activité dans l'hémisphère Sud, en particulier en Amérique du Sud et en Australie. Au 9 juin 2009, 73 pays avaient notifié à l'OMS 26 563 cas confirmés au

laboratoire. Alors que les spéculations allaient bon train concernant la déclaration imminente d'une pandémie, le Dr Fukuda déclara aux médias : « Et là, je voudrais souligner que si nous passons à la phase 6, cela signifierait que le virus a continué à se propager et que l'activité s'est établie dans au moins deux Régions du monde. Mais cela ne veut pas dire pour autant que la situation s'est aggravée et que le nombre ou le pourcentage de personnes tombant gravement malade serait plus élevé qu'il ne l'est actuellement. On pourrait penser que si nous passons à l'échelon supérieur, cela signifiera que le niveau de préoccupation doit augmenter également, mais en réalité cela voudra dire simplement que nous assistons à une plus large propagation du virus. Nous travaillons avec différents groupes pour nous assurer que ce type de message est compris et que l'on a bien saisi la différence entre gravité et propagation géographique. Comme je l'ai dit la semaine dernière à la même heure, nous avons considéré que la situation et l'impact sur les pays étaient relativement modérés, et ceci est à nouveau un point très important » (18).

36. Le 11 juin, les membres du Comité d'urgence se concertèrent de nouveau par téléconférence, après s'être réunis la semaine précédente pour discuter des conclusions d'un dialogue interrégional sur la gravité de la maladie. Compte tenu des dernières données en provenance des pays ayant la charge de morbidité la plus élevée (Figure 2.4) et de ceux qui étaient nouvellement affectés par la grippe (H1N1) 2009, le Comité d'urgence estima à l'unanimité que le moment était venu de relever le niveau d'alerte à la phase 6, c'est-à-dire la phase de pandémie telle que définie dans les orientations données par l'OMS.

Figure 2.4 Grippe due au nouveau virus A (H1N1). Nombre de cas confirmés au laboratoire notifiés à l'OMS. Situation au 11 juin 2009, 14 h 00 GMT

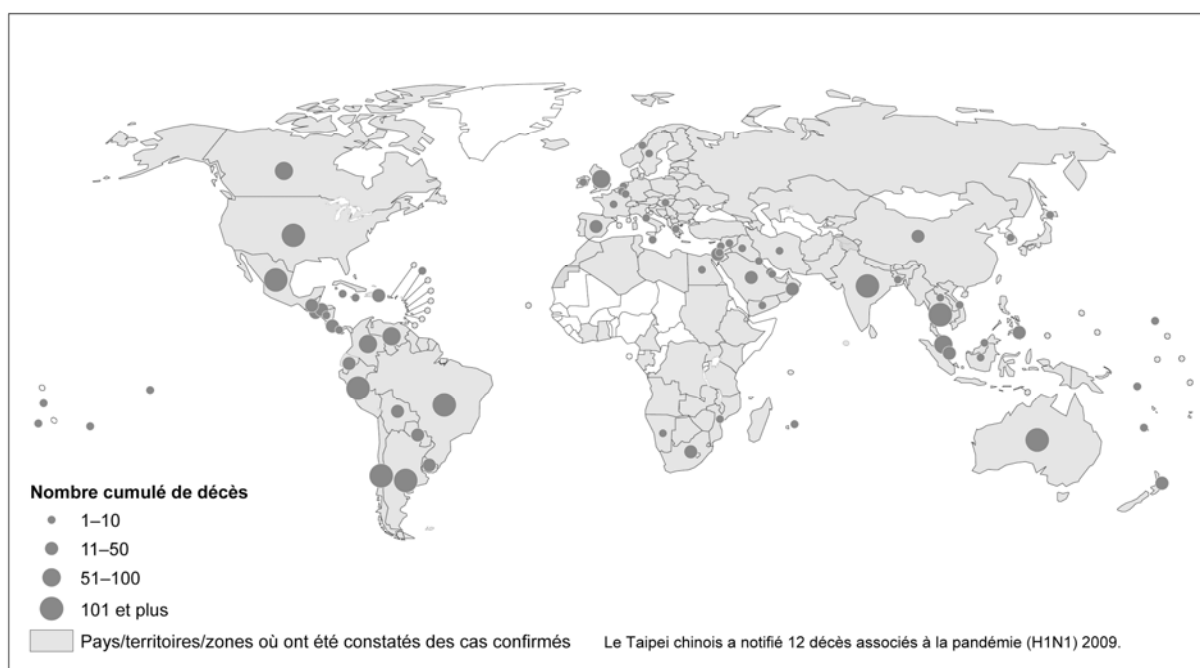


37. S'adressant aux médias le soir du 11 juin, le Directeur général fit la déclaration suivante : « La pandémie de grippe 2009 a maintenant commencé. Nous sommes dans les tous premiers jours de la pandémie. Le virus se propage mais nous le maintenons sous très étroite surveillance. Aucune pandémie antérieure n'a été décelée aussi tôt ni surveillée d'aussi près, en temps réel, dès le tout début. Le monde peut maintenant recueillir le fruit des investissements consentis depuis cinq ans pour la

préparation en cas de pandémie. Nous avons une longueur d'avance qui nous place en position de force. Mais c'est également pour cela que l'on sollicite notre avis et que l'on nous demande de rassurer car les données dont on dispose sont limitées et l'incertitude scientifique reste considérable » (19). Elle poursuivit : « Au niveau mondial, nous avons de bonnes raisons de penser que cette pandémie, du moins dans ses premiers jours, sera de gravité modérée. Comme nous le savons par expérience, la gravité peut varier d'un pays à l'autre en fonction de nombreux facteurs. D'après les données factuelles actuellement disponibles, dans l'énorme majorité des cas, les malades n'ont présenté que des symptômes bénins et leur guérison a été rapide et complète souvent en l'absence de toute forme de traitement médical ». Elle ajouta aussi que tous les pays, qu'ils soient touchés ou non, devaient rester vigilants.

38. Au cours des trois mois suivants, la pandémie de grippe (H1N1) 2009 continua à s'étendre à l'échelle mondiale. En septembre, les États-Unis d'Amérique signalaient une activité de type grippal supérieure à ce que l'on aurait pu attendre avec la grippe saisonnière. En Europe et en Asie centrale, l'activité grippale demeurait dans l'ensemble assez faible avec toutefois des poussées localisées dans plusieurs pays. Le Japon connaissait une activité grippale supérieure au seuil épidémique associé à la grippe saisonnière. Dans les zones tropicales d'Asie et des Amériques, la transmission de la grippe restait active. Cela était tout particulièrement le cas en Asie méridionale et en Asie du Sud-Est, avec une augmentation du nombre de cas de maladies respiratoires rapportés au Bangladesh et en Inde. Dans les zones tempérées de l'hémisphère Sud, l'activité grippale diminuait pour retomber aux niveaux escomptés pour la grippe saisonnière (Figure 2.5). La poursuite de la surveillance en laboratoire indiquait que le virus pandémique A (H1N1) était devenu le virus grippal prédominant circulant à l'échelle mondiale (20).

Figure 2.5 Pandémie (H1N1) 2009. Pays, territoires et zones ayant notifiés à l'OMS des cas confirmés au laboratoire et nombre de décès. Situation au 20 septembre 2009



Les appellations employées et la présentation des données figurant sur cette carte n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

Data Source: World Health Organization
Map Production: WHO Public Health Information and
Geographic Information Systems (GIS)
World Health Organization



Organisation
mondiale de la Santé
© OMS 2011. Tous droits réservés.

39. Le Comité d'urgence tint sa cinquième réunion, qui s'acheva le 23 septembre, par courrier électronique. Sur la base de leur appréciation de la situation, les membres du Comité recommandèrent de ne pas modifier les recommandations temporaires qui avaient été émises, à savoir :

- que les pays ne devraient pas fermer leurs frontières ou imposer des restrictions au trafic et au commerce international ;
- que la surveillance des syndromes de type grippal inhabituels et de la pneumonie grave devait être intensifiée ;
- et qu'il était prudent pour les personnes malades de remettre à plus tard leurs déplacements à l'étranger, et pour celles qui étaient tombées malades à la suite d'un voyage international d'aller consulter.

40. En dépit du maintien de la recommandation selon laquelle il n'y avait pas lieu d'apporter des restrictions au trafic et au commerce pendant une urgence de santé publique de portée internationale, ce conseil ne fut pas toujours suivi. Le Mexique avait subi de graves sanctions économiques en particulier dans la première période de la situation d'urgence. Plusieurs pays avaient appliqué des interdictions à l'importation de viande porcine en provenance du Mexique, des États-Unis et du Canada, bien que les organisations internationales aient donné l'assurance que la viande de porc n'était pas une source de contamination par le virus pandémique (H1N1) 2009. Des mesures avaient été prises pour rebaptiser le virus, car on avait estimé que l'utilisation d'appellations telles que « grippe porcine » créait des malentendus (Encadré 2.1).

Encadré 2.1 Dénomination du virus

Initialement, les médias ainsi que quelques experts techniques ont qualifié cette infection virale de « grippe porcine », car on avait montré que le virus en question était porteur de gènes du virus de la grippe porcine et non pas de gènes du virus de la grippe humaine. Cette dénomination devait toutefois être bientôt remise en question, notamment par les partenaires de l'OMS chargés de la santé animale, du fait que ce virus ne circulait apparemment pas de façon importante chez l'animal, ni d'ailleurs chez le porc, alors qu'il circulait largement parmi la population humaine.

De plus, cette dénomination avait apparemment eu des effets inutilement négatifs tant au niveau des échanges commerciaux que relativement à la santé animale. Certains pays avaient frappé d'interdiction l'importation de porcs vivants ainsi que celle de viande et de produits porcins en provenance de pays où il y avait des cas humains. Un pays avait même décrété l'abattage de tous ses porcs. Pourtant, il n'y avait aucune donnée indiquant qu'une exposition à des porcs ou à des produits porcins comportait un risque accru d'infection.

Lors du point de presse du 9 juin 2009, l'OMS a répété que la viande de porc était saine et sans danger pour le consommateur. Elle a rappelé que le fait de donner à un virus une dénomination associée à une zone géographique (comme cela avait été fait avec de précédents virus) pouvait conduire à une stigmatisation et qu'elle collaborait avec ses partenaires pour trouver une solution à ce problème de nomenclature.

Le 15 juin 2009, l'OMS a organisé une téléconférence aux côtés de l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) et de l'Organisation mondiale de la Santé animale (OIE), avec la participation de plusieurs virologues éminents spécialistes de la grippe animale et de la santé publique pour trouver une dénomination scientifiquement acceptable et non stigmatisante pour le virus et pour la maladie. C'est l'appellation « virus pandémique A (H1N1) 2009 » qui a finalement été retenue par les participants.

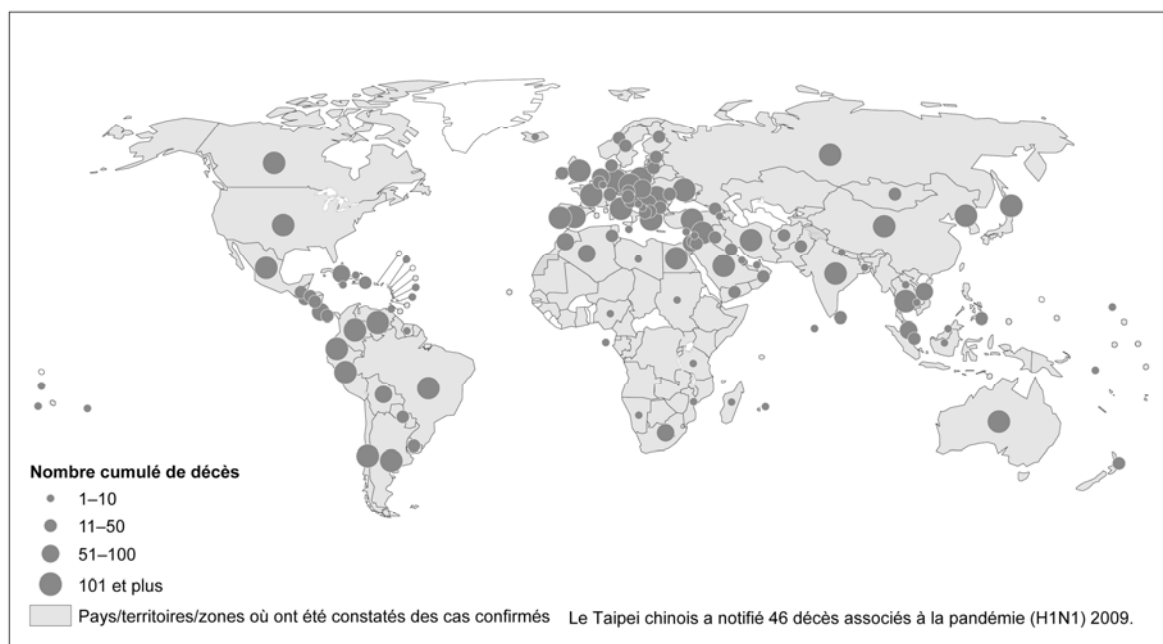
41. Le Comité d'urgence se réunit à nouveau le 26 novembre pour décider s'il y avait lieu de renouveler les recommandations temporaires. Les membres du Comité convinrent à l'unanimité de renouveler les recommandations en modifiant simplement la troisième d'entre elles qui se lirait comme suit : « si vous êtes malade, il est prudent de retarder votre voyage ». À sa réunion suivante le 23 février 2010, le Comité décida de modifier également la deuxième recommandation temporaire en conseillant aux pays de « maintenir » plutôt que d'« intensifier » la surveillance des syndromes de type grippal inhabituels ainsi que des pneumonies graves.

42. Lorsque le Comité d'urgence se réunit de nouveau au début de juin 2010, les analyses épidémiologiques indiquaient que la période d'activité la plus intense de la grippe pandémique (H1N1) 2009 était probablement terminée dans la plupart des régions du monde. Il n'existait aucun signe d'un démarrage précoce de la saison grippale hivernale dans l'hémisphère Sud ; toutefois, on estima qu'il était trop tôt pour se réjouir et le Comité d'urgence indiqua au Directeur général qu'il fallait s'attendre à l'apparition de nouveaux cas de grippe pandémique et qu'il était impératif que les pays restent vigilants et maintiennent les mesures de santé publique nécessaires pour endiguer la maladie et surveiller le virus et les pathologies correspondantes.

F. La phase postpandémique

43. Lorsque le Comité d'urgence tint sa dernière réunion le 10 août 2010, plus de 214 pays et territoires ou communautés d'outremer dans le monde avaient signalé des cas de grippe pandémique (H1N1) confirmés au laboratoire (Figure 2.6).

Figure 2.6 Pandémie (H1N1) 2009. Pays, territoires et zones ayant notifiés à l'OMS des cas confirmés au laboratoire et nombre de décès. Situation au 1^{er} août 2010



Les appellations employées et la présentation des données figurant sur cette carte n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

Data Source: World Health Organization
Map Production: WHO Public Health Information and
Geographic Information Systems (GIS)
World Health Organization

 Organisation
mondiale de la Santé
© OMS 2011. Tous droits réservés.

44. Tout en notant qu'un petit nombre de pays connaissaient encore des épidémies intenses de grippe dues en grande partie au virus pandémique (H1N1) 2009, le Comité d'urgence réévalua la situation mondiale. Les données factuelles indiquaient qu'au niveau mondial la grippe évoluait vers des schémas de transmission de type saisonnier ; la grippe (H1N1) 2009 semblait être « en bout de course » mais continuerait probablement à circuler pendant les années à venir, en adoptant un comportement comparable à celui du virus de la grippe saisonnière.

45. Aussi le Comité estima-t-il que la situation mondiale de la grippe ne représentait plus un événement extraordinaire nécessitant des mesures d'urgence immédiates à l'échelle internationale. Le Comité donna pour avis au Directeur général, étant donné que le monde ne se trouvait plus dans la phase 6 de pandémie, de mettre fin à l'urgence de santé publique de portée internationale ainsi qu'aux recommandations temporaires adoptées pour y faire face.

46. Lors d'une conférence de presse tenue après la réunion du Comité d'urgence, le Dr Chan déclara : « ... les pandémies sont imprévisibles et peuvent nous surprendre. Il n'y a pas deux pandémies semblables. Celle-ci s'est avérée beaucoup moins grave que ce que nous avons pu craindre il y a un peu plus d'un an. Cette fois-ci, nous avons eu beaucoup de chance. Le virus n'a pas muté pendant la pandémie vers une forme plus mortelle. Il n'est pas apparu de résistance généralisée à l'oseltamivir. Le vaccin s'est avéré bien adapté aux virus en circulation et son innocuité s'est révélée excellente grâce à une bonne préparation et à un appui de la communauté internationale » (21).

47. Depuis la fin de la phase 6, la grippe (H1N1) 2009 a continué à circuler à travers le monde mais en conservant jusqu'ici des schémas de transmission très proches de ceux de la grippe saisonnière.

Références bibliographiques

1. Girard MP et al. The 2009 A (H1N1) influenza virus pandemic: a review. *Vaccine*, 2010, 28:4895–4902.doi:10.1016/j.vaccine.2010.05.031 PMID:20553769.
2. Organisation mondiale de la Santé. Disease Outbreak News: Pandemic (H1N1) 2009 – update 112. 6 août 2010. http://www.who.int/csr/don/2010_08_06/en/index.html.
3. Bautista E et al. Writing committee of the WHO consultation on clinical aspects of pandemic (H1N1) 2009 influenza. Clinical aspects of pandemic 2009 influenza A (H1N1) virus infection. *The New England Journal of Medicine*, 2010, 362:1708–1719.doi:10.1056/NEJMra1000449 PMID:20445182.
4. Bush R. Influenza forensics. In: Budolwe B et al, eds. *Microbial forensics*, 2nd ed. London, Academic Press, 2011:109–35.
5. Huttunen R, Syrjänen J. Obesity and the outcome of infection. *The Lancet Infectious Diseases*, 2010, 10:442–443.doi:10.1016/S1473-3099(10)70103-1 PMID:20610324.
6. Outbreak of swine-origin influenza A (H1N1) virus infection – Mexico, March–April 2009. 58(17):467-70. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2009, 58(17):467–470.
7. Swine influenza A (H1N1) infection in two children – Southern California, March–April 2009. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2009, 58:400–402. PMID: 19390508.

-
8. Organisation mondiale de la Santé. Flambées épidémiques : syndrome de type grippal aux États-Unis et au Mexique – Bulletin N° 1. 24 avril 2009.
http://www.who.int/csr/don/2009_04_24/fr/index.html.
 9. Organisation mondiale de la Santé. Déclaration du Directeur général, Dr Margaret Chan. Le point sur la grippe porcine. 25 avril 2009.
http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_20090425/fr/index.html.
 10. Organisation mondiale de la Santé. Déclaration du Directeur général, Dr Margaret Chan. Grippe porcine. 27 avril 2009.
http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_20090427/fr/index.html.
 11. Organisation mondiale de la Santé. WHO interim protocol: rapid operations to contain the initial emergency of pandemic influenza. Octobre 2007.
http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/RapidContProtOct15.pdf.
 12. Organisation mondiale de la Santé. Transcript of virtual press conference with Dr Keiji Fukuda, Assistant Director-General ad interim for Health Security and Environment. 27 avril 2009.
http://www.who.int/mediacentre/swineflu_presstranscript_2009_04_27.pdf.
 13. Organisation mondiale de la Santé. Flambées épidémiques : grippe porcine – bulletin N° 5. 29 avril 2009. http://www.who.int/csr/don/2009_04_29/fr/index.html.
 14. Organisation mondiale de la Santé. Déclaration du Directeur général, Dr Margaret Chan. Grippe A (H1N1). 29 avril 2009.
http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_20090429/fr/index.html.
 15. Organisation mondiale de la Santé. Allocution du Dr Margaret Chan, Directeur général, à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé. 18 mai 2009.
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_3-fr.pdf.
 16. Organisation mondiale de la Santé. Statement by Director-General, Dr Margaret Chan. H1N1 influenza situation. 4 mai 2009.
http://www.who.int/dg/speeches/2009/influenza_a_h1n1_situation_20090504/en/.
 17. Organisation mondiale de la Santé. Évaluation de la gravité d'une pandémie de grippe. 11 mai 2009.
http://www.who.int/csr/disease/swineflu/assess/disease_swineflu_assess_20090511/fr/index.html.
 18. Organisation mondiale de la Santé. Transcript of virtual press conference with Dick Thompson, Communications office, and Dr Keiji Fukuda, Assistant Director-General ad interim for Health Security and Environment. 9 juin 2009.
http://www.who.int/mediacentre/influenzaAH1N1_presstranscript_20090609.pdf.
 19. Organisation mondiale de la Santé. Déclaration du Directeur général, Dr Margaret Chan. Grippe A (H1N1) : le niveau d'alerte pandémique passe en phase 6. 11 juin 2009.
http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/fr/index.html.

20. Organisation mondiale de la santé. Disease Outbreak News: Pandemic (H1N1) 2009 – update 66. 18 septembre 2009. http://www.who.int/csr/don/2009_09_18/en/index.html.

21. Organisation mondiale de la Santé. Déclaration du Directeur général, Dr Margaret Chan. H1N1 : le monde est entré dans la période postpandémique. 10 août 2010. http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2010/h1n1_vpc_20100810/fr/index.html.

III. GESTION DE LA RIPOSTE MONDIALE

Résumé

On trouvera dans le présent chapitre une description et une évaluation du fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) et du rôle joué par l'Organisation mondiale de la Santé dans la gestion de la riposte mondiale à la pandémie de grippe A (H1N1) 2009. Huit fonctions du RSI sont passées en revue, de même que les résultats de l'évaluation que le Comité d'examen a faite de leur efficacité depuis l'entrée en vigueur du Règlement.

Les mesures prises par l'OMS et les pays pour se préparer à l'éventualité d'une pandémie y sont exposées, ainsi que les principaux éléments de la riposte à la pandémie de 2009. Ce sont notamment la surveillance assurée depuis la première flambée jusqu'à la période postpandémique ; l'évaluation continue de la gravité ; les interventions (non pharmaceutiques et pharmaceutiques) et l'élaboration d'orientations techniques. Ce chapitre s'achève sur un exposé des activités de communication menées par l'OMS pendant la pandémie, sur le plan interne mais aussi en vue de l'information du public.

A. Règlement sanitaire international : application et évaluation

1. L'historique du RSI et son élaboration sont présentés en détail au chapitre I. Ses fonctions sont décrites dans l'appendice III du présent rapport.
2. En 2010, le Conseil exécutif de l'OMS a accepté la proposition du Directeur général de réexaminer le RSI, conformément à son article 54. Celui-ci prévoit que le RSI est examiné à intervalles périodiques, ainsi que les études faites pour évaluer le fonctionnement de son annexe 2, qui est l'instrument de décision utilisé en vue de la notification à l'OMS.
3. Le Comité d'examen avait pour mission d'évaluer le fonctionnement du RSI pendant la pandémie et les autres événements de santé publique relevant de son champ d'application depuis son entrée en vigueur en 2007.
4. Depuis 2007, plusieurs centaines d'événements ont été portés à l'attention de l'OMS mais la pandémie a été le premier à être qualifié d'urgence de santé publique de portée internationale conformément aux dispositions de l'article 12. La pandémie a constitué le premier événement ayant imposé à l'OMS de créer un comité d'urgence et de formuler des recommandations temporaires.

Sources d'information

5. Les sources d'information suivantes se sont révélées particulièrement utiles pour l'étude du fonctionnement du RSI : entretiens avec des représentants des points focaux nationaux RSI et des autorités sanitaires nationales, et données communiquées par écrit par ces services ; interventions des États Parties aux réunions du Comité d'examen ; entretiens avec des membres du personnel de l'OMS au Siège et dans les bureaux régionaux ; documents d'information préparés par l'OMS à l'intention du Comité, dont des études de cas portant sur des événements de santé publique gérés par l'OMS ; autres documents de l'OMS, dont des lignes directrices et des matériels pédagogiques ; études faites à la demande de l'OMS pour évaluer le fonctionnement de l'annexe 2 du RSI et rapports des États Parties sur l'application du RSI (cadre de suivi de la mise en œuvre du RSI). Le Comité s'est également documenté sur la base d'entretiens avec des représentants des États Parties, de statistiques communiquées par les États Parties dans leurs rapports au titre du cadre de suivi de la mise en œuvre du RSI, d'évaluations dans les pays et d'études de cas sur l'utilisation du RSI. D'autres sources

d'information correspondant tout particulièrement à telle ou telle fonction sont citées pour la fonction considérée.

Connaissances, formation et ressources nécessaires pour l'application du RSI

6. Depuis l'entrée en vigueur du RSI, le 15 juin 2007, l'OMS a mis au point des initiatives de formation et des lignes directrices sur le RSI, dont des documents d'orientation ; convoqué dans les Régions des réunions, des séminaires et des sessions de formation ; organisé des activités de formation en ligne ainsi qu'un cours de formation approfondi ; et créé le bulletin trimestriel sur la mise en œuvre du RSI.

7. Les points de contact de l'OMS dans les bureaux régionaux soutiennent les points focaux nationaux et organisent des réunions pour faire le point des progrès accomplis, tirer des enseignements de l'expérience et recenser les besoins. Les bureaux régionaux mettent également en œuvre des stratégies régionales destinées à développer les capacités nationales, notamment à apporter une assistance technique et à favoriser la mobilisation de ressources. L'OMS informe les États Parties des progrès accomplis au niveau des pays ainsi qu'aux échelons régional et mondial (notamment dans le cadre d'un rapport soumis chaque année à l'Assemblée mondiale de la Santé).

8. Les principaux dispositifs utilisés pour recueillir et communiquer des données sont deux plateformes électroniques, soit le système de gestion des événements et le site d'information sur les événements. Ce dernier est le portail sécurisé, protégé par un mot de passe, qu'utilisent les points focaux nationaux et l'OMS. Le premier, qui est un projet de l'Unité Alerte et réponse opérationnelle du Département Alerte et action au niveau mondial, constitue un conservatoire interne de données destiné à faciliter la prise de décisions et la gestion des risques. Ces données offrent un rappel historique des événements susceptibles de constituer des problèmes de portée internationale classés par région, pays, menace et maladie ou type d'événement.

9. Le Comité a examiné le fonctionnement et l'évaluation du RSI par rapport à chacune de ses fonctions.

Fonction 1 : Capacités de surveillance et d'action des États Parties

10. Le Comité voulait savoir si le RSI avait favorisé le développement des capacités nationales et la collaboration entre les États Parties, notamment entre pays voisins, et si les États Parties avaient désigné des points focaux nationaux, intégré le RSI à leur législation nationale et élaboré des plans en vue du développement des capacités requises avant l'échéance de 2012.

11. L'OMS a mis au point, à l'intention des États Parties, un cadre d'évaluation du développement de leurs principales capacités aux niveaux national, intermédiaire et communautaire, d'après un ensemble de 20 indicateurs mondiaux. Les pays sont invités à faire rapport chaque année sur l'ensemble de ces indicateurs.

Constatations

- Plus de la moitié des États Parties qui ont présenté des rapports ont évalué leurs capacités et un tiers environ ont établi des plans. Le RSI a certes favorisé le développement des capacités de surveillance et d'action, mais à des degrés très divers. Les États Parties sont conscients des obligations qui leur incombent et sont disposés à les respecter, mais certains notent qu'ils disposent de ressources limitées.

- En octobre 2010, tous les États Parties sauf un avaient créé des points focaux nationaux et en avaient communiqué les coordonnées à l'OMS. Cinq États Parties ont fait savoir que leur point focal n'était pas encore disponible pour des communications 24 heures sur 24. Trois points focaux n'ont pas communiqué leur adresse électronique. Environ 90 % des points focaux ont accès au site d'information sur les événements et la quasi-totalité sont dans le secteur de la santé (79 % dans un ministère de la santé et 19 % dans une administration nationale). Dans la plupart des pays qui ont soumis des rapports, la personne responsable du point focal national occupe un poste politique, gestionnaire ou technique à un niveau de responsabilité élevé. Les coordonnées des points focaux nationaux sont accessibles sur le site d'information sur les événements, et l'OMS a mis au point un système qui permet de les vérifier et de les actualiser à intervalles réguliers. Grâce au site d'information sur les événements, les points focaux nationaux peuvent se mettre directement en rapport avec leurs homologues dans d'autres pays. Il semble que cette possibilité soit de plus en plus fréquemment utilisée.

12. L'application du RSI a des incidences sur les fonctions et les responsabilités des pouvoirs publics dans de nombreux ministères et secteurs. Si l'intégration des dispositions du RSI à l'appareil législatif national ne constitue pas une obligation aux termes du RSI, la mise en place d'un cadre juridique approprié de nature à faciliter les activités requises s'impose. L'OMS a invité les États Parties à déterminer si leur législation demandait à être révisée et elle a fait valoir que la mise en œuvre de lois nationales pourrait favoriser l'institutionnalisation et le renforcement des capacités et des fonctions du RSI, faciliter la coordination et aider à garantir la continuité des opérations. Plusieurs moyens peuvent être envisagés pour intégrer le RSI à l'appareil législatif national. L'un d'eux serait de déclarer que le RSI constitue une obligation juridique et de l'annexer au texte d'une telle déclaration ou d'introduire des références à ses dispositions dans la législation.

- Environ la moitié des États Parties ont modifié leurs textes de lois de manière à y intégrer les obligations qui leur incombent au titre du RSI.
- Plusieurs exemples peuvent être donnés des dispositifs qui ont été utilisés par des groupements interpays pour collaborer à l'application du RSI. Ce sont entre autres le Système d'alerte et de notification précoces de l'Union européenne, le Réseau océanien de surveillance de la santé publique, les réseaux EpiNorth et EpiSouth en Europe, le Groupe d'action pour la sécurité sanitaire mondiale, le Réseau santé de l'Europe du Sud-Est, le Middle-East Consortium of Infectious Diseases Surveillance et le Mercado Común del Sur. Des exemples peuvent également être donnés de la façon dont les États Parties échangent des informations, en déterminent l'origine et se communiquent des données sur le soutien et les fournitures disponibles par contact direct entre les points focaux nationaux.
- Les États Parties sont conscients des obligations qui leur incombent de développer leurs capacités et sont disposés à les respecter. Le RSI a contribué au développement des capacités de surveillance et d'action aux niveaux national et régional.

13. L'existence de points focaux nationaux opérationnels et de capacités de surveillance et d'action constitue la base des systèmes nationaux et mondiaux prévus par le RSI pour protéger les populations contre les événements de santé publique. Sans cela, le RSI ne peut pas remplir son rôle.

14. Le Réseau mondial des points focaux nationaux est l'un des premiers succès du RSI. Avec les points de contact RSI mis en place au niveau des bureaux régionaux de l'OMS, les points focaux nationaux constituent un excellent réseau mondial de communication. Pendant la pandémie, le réseau des points focaux nationaux a opéré pour la première fois au niveau mondial et, sans être parfait, s'est avéré être un moyen de communication pratique et solide. Avec un point focal national dans

pratiquement chaque pays, l'OMS a créé des voies de communication claires et efficaces grâce auxquelles l'information parvient rapidement à l'instance publique concernée. Toutefois, près de la moitié des États Parties n'ont ni évalué leurs capacités de surveillance et d'action ni prévu d'améliorations. Beaucoup n'ont même pas fourni d'indication sur leur situation dans ce domaine. Il ressort clairement des rapports qui ont été présentés que beaucoup de pays ne respecteront pas l'échéance de 2012 concernant le développement de leurs principales capacités.

15. Des États Membres ont admirablement réagi à de graves événements de santé publique dans d'autres pays et ont fourni une aide technique, logistique et financière aux populations touchées. Toutefois, recueillir des fonds pour des actions soutenues de développement des capacités sur le long terme s'avère plus difficile. Les pays et organismes donateurs pourraient se référer à l'annexe 1A du RSI pour établir une liste prioritaire des besoins insatisfaits en matière de développement des capacités et exploiter les occasions qui s'offrent de mettre en commun, à travers les pays, des ressources spécialisées, par exemple des services de laboratoire.

16. Le texte de l'annexe 1A du RSI ne décrit pas en détail les capacités requises et, s'il donne des indications utiles, le cadre de suivi de la mise en œuvre du RSI ne donne pas de recette infaillible. En 2010, l'OMS a publié un protocole d'évaluation des capacités nationales de surveillance et d'action aux fins du RSI (1).

Fonction 2 : Opérations de détection et d'alerte dans les États Parties

17. Le Comité souhaitait déterminer dans quelle mesure les points focaux nationaux comprennent et utilisent l'annexe 2 du RSI ; si cet instrument de décision permet de recenser et de notifier les événements pertinents et si les points focaux nationaux se heurtaient à des difficultés dans leurs actions de notification. Le fonctionnement de l'annexe 2 du RSI a été évalué officiellement pour la première fois en 2009 (2).

Constatations

18. Les points focaux nationaux connaissent bien l'annexe 2 du RSI (Encadré 3.1). La situation pourrait être encore meilleure si tous les points focaux pouvaient bénéficier d'une formation de l'OMS. La moitié de ceux qui ont été interrogés ont indiqué que leur pays avait élaboré une législation ainsi que des modes opératoires et des méthodes de communication pour faciliter l'utilisation de cet instrument. L'annexe 2 du RSI est jugée utile mais elle pourrait être affinée pour aider ceux qui l'utilisent à interpréter les épisodes de maladies non infectieuses.

Encadré 3.1 Études réalisées pour l'examen et l'évaluation du fonctionnement de l'annexe 2 du Règlement sanitaire international (2005) (Université d'Ottawa)

Objectif : Déterminer dans quelle mesure les points focaux nationaux connaissent l'annexe 2 ; utilisation de l'instrument dans la pratique ; mesures prises pour son application ; perception de l'utilité et de la facilité d'utilisation de l'annexe 2.

Méthodes : Des études qualitatives et quantitatives ont été conduites entre octobre 2009 et février 2010 sur la base d'entretiens téléphoniques avec les points focaux nationaux et d'une enquête en ligne. Les points focaux nationaux ont participé de façon volontaire et ont utilisé la langue de leur choix pour l'étude qualitative et l'une des six langues officielles de l'OMS pour l'enquête en ligne.

Résultats : 29 points focaux nationaux (représentant 15 % de l'ensemble des États Parties) ont participé aux entretiens téléphoniques et 133 (représentant 69 % de l'ensemble des États Parties) ont participé à l'enquête quantitative en ligne.

Niveau de connaissance : Parmi tous les points focaux nationaux, 88 % ont indiqué avoir une connaissance excellente ou satisfaisante de l'annexe 2 et 82 % avaient eu accès à une formation de l'OMS à ce sujet. On a observé une corrélation significative entre l'accès à la formation de l'OMS et une connaissance excellente ou satisfaisante. La possibilité d'utiliser des scénarios types a été jugée essentielle pour améliorer le niveau de connaissance. Certains des points focaux nationaux qui n'avaient pas eu accès à la formation de l'OMS ne faisaient pas bien la distinction entre le mode opératoire et la procédure de communication. La connaissance de l'existence de l'annexe 2 dans les administrations publiques était meilleure au niveau national ou fédéral ainsi que dans les administrations s'occupant de santé et d'agriculture.

Utilisation dans la pratique et mesures prises pour son application : Au total, 77 % des points focaux nationaux ont signalé utiliser systématiquement ou généralement l'annexe 2 pour évaluer des événements de santé publique. Soixante-sept pour cent avaient contribué à des séances de formation sur l'annexe 2 dans leur pays. Soixante-seize pour cent ont signalé qu'il existait dans leur pays des dispositions juridiques, réglementaires ou administratives concernant l'utilisation de l'annexe 2. Cinquante-quatre pour cent utilisaient un mode opératoire standard pour l'application de l'annexe 2 et 74 % disposaient d'un plan de communication national facilitant la notification à l'OMS.

Utilité : 95 % des points focaux nationaux ont déclaré que l'annexe 2 était toujours ou généralement utile pour décider si un événement de santé publique doit être notifié. Toutefois, 59 % des points focaux nationaux ont jugé que l'annexe 2 n'était jamais suffisamment sensible. Il a été indiqué que l'annexe 2 était trop centrée sur les êtres humains et l'étiologie et ne prenait pas suffisamment en compte des événements tels que les épisodes de maladies transmissibles chez l'animal, les déversements de substances chimiques et les cas de contamination de l'eau ou des aliments.

Facilité d'utilisation : 89 % des points focaux nationaux ont jugé raisonnable le délai de 24 heures pour la notification mais 40 % ont fait observer qu'ils devaient obtenir au préalable l'autorisation de deux ou trois agents ou administrations, ce qui retardait la notification ; 67 % des points focaux nationaux ont déclaré utiliser la version anglaise de l'annexe 2 ; la plupart ont jugé que les critères applicables à l'utilisation de l'annexe 2 étaient clairs, mais qu'ils gagneraient néanmoins à être affinés dans l'instrument de décision et la liste de contrôle de manière à prévenir toute erreur d'interprétation ; plus de 90 % des points focaux nationaux se sont prononcés pour la mise en place d'une plate-forme en ligne qui permette d'augmenter les options d'évaluation et de notification, de communiquer avec les points focaux nationaux des pays voisins et d'échanger des documents.

19. Une étude réalisée par l'Université de Genève et les Hôpitaux universitaires de Genève (Encadré 3.2) a montré que le processus d'évaluation des notifications sur la base de l'annexe 2 du RSI était très sensible mais moyennement spécifique, comme le veut l'instrument de décision (3). La fiabilité et la validité des évaluations des notifications pourraient être améliorées si les lignes directrices contenaient des critères plus précis pour l'évaluation des événements courants et des définitions plus exactes des termes clés. Sur la base des recommandations formulées à l'issue d'une consultation technique tenue en octobre 2008, l'OMS a étoffé ses lignes directrices sur l'utilisation de l'annexe 2 du RSI (4). Elles contiennent désormais 16 scénarios donnés à titre d'exemple et évalués d'après quatre critères.

Encadré 3.2 Enquête sur l'utilisation de l'annexe 2 du RSI

Objectif : Étudier la fiabilité et la validité du processus d'évaluation des notifications prévu par le RSI.

Méthodes : 193 des 194 États Parties ont été invités à procéder, à l'aide de l'instrument de décision présenté dans l'annexe 2, à une évaluation des notifications pour 10 scénarios fictifs concernant des événements de santé publique. Les réponses données ont été recueillies dans le cadre d'une enquête multilingue en ligne réalisée en novembre et décembre 2009. Sept experts représentant toutes les Régions de l'OMS ont également été invités à prendre part à l'enquête et leurs réponses ont été utilisées comme référence. Le degré de consensus, ou d'accord entre les points focaux nationaux, et le degré de concordance, ou d'accord entre les points focaux nationaux et le groupe d'experts, ont été examinés. Il a été décidé que le degré de consensus ou de concordance serait élevé à partir d'un taux de répondants exprimant leur accord sur une question donnée supérieur à 70 %.

Résultats : Taux de réponses et données démographiques : 142 États Parties ont pris part à l'enquête (taux de réponses 74 %). La moitié des répondants étaient des médecins et un tiers se sont présentés comme des épidémiologistes. Vingt-six participants (18 %) n'avaient pas utilisé l'annexe 2 au cours des 12 derniers mois, 72 (51 %) ne l'avaient utilisée que rarement, 20 (14 %) l'utilisaient une fois par mois et 23 (16 %) l'utilisaient au moins une fois par semaine.

Consensus entre les points focaux nationaux : Le taux médian de consensus pour les décisions de notification s'est établi à 78 % (interquartile 55-82 %). Le degré d'accord était plus élevé sur le type d'événement qu'il convenait de notifier (taux médian 80 % [76-91 %]) que sur les événements qu'il n'était pas nécessaire de notifier (taux médian 55 % [54-60 %]). Un degré élevé de consensus (>70 %) a été relevé pour l'évaluation des critères applicables à l'instrument de décision dans 24 cas sur 36 (67 %).

Concordance entre les points focaux nationaux et le groupe d'experts : Le degré de concordance entre les points focaux nationaux et le groupe d'experts était élevé pour les cinq scénarios qui, d'après le groupe d'experts, devaient faire l'objet de notifications (taux médian 82 % [76-91 %]), mais beaucoup plus faible (taux médian 51 % [42-60 %]) pour les quatre scénarios qui, d'après le groupe d'experts, ne devaient pas faire l'objet de notifications. La spécificité des points focaux nationaux s'est avérée beaucoup plus faible que leur sensibilité. Un degré de concordance >70 % a été observé pour l'évaluation des critères applicables à l'instrument de décision dans 18 cas sur 36 (50 %). On notera qu'un degré limité de concordance (<55 %) a été observé pour les évaluations du troisième critère dans cinq cas (risque important de propagation internationale).

Limites : Ces résultats indiquent seulement ce qui, d'après les répondants, devrait être notifié au titre du RSI et non ce qui serait notifié dans la réalité. La nécessité de condenser des événements de la vie réelle pour établir de brefs scénarios fictifs implique forcément une simplification très poussée. Enfin, la référence utilisée pour cette étude ne prétend pas apporter des réponses universellement exactes ou applicables dans toutes les situations.

Source : Haustein T. et al. Should this event be notified to the World Health Organization? Reliability of the International Health Regulations notification assessment process. *Bulletin of the World Health Organization*. 2011; 89: pp. 296-303.

20. D'après une étude des bases de données de l'OMS (Encadré 3.3) sur les événements de santé publique, les points focaux nationaux ne sont pas une source majeure des informations initialement communiquées à l'OMS.

Encadré 3.3 Étude des bases de données de l’OMS pour l’examen et l’évaluation du fonctionnement de l’annexe 2 du Règlement sanitaire international

Objectif : Faire le point des activités de surveillance des événements de santé publique conduites par l’OMS depuis le 15 juin 2007 et évaluer notamment le lien entre les événements notifiés et les autres événements recensés par l’OMS.

Méthodes : Examen, dans les bases de données sur les événements du Siège et des bureaux régionaux de l’OMS, des communications, évaluations et résultats des événements de santé publique notifiés à l’OMS ou recensés par elle pour faire l’objet d’un suivi entre le 15 juin 2007 et le 1^{er} janvier 2009.

Conclusions : Sur les 684 événements recensés par l’OMS pendant la durée considérée, 107 (16 %) ont été notifiés initialement par un point focal national. Cette proportion est allée en augmentant. Pour 23 de ces 107 événements (22 %), l’État Partie à l’origine de la notification a utilisé l’annexe 2. À la suite de six des 107 notifications (6 %), l’OMS a communiqué des informations à tous les États Parties par l’intermédiaire du site d’information sur les événements et 28 États Parties (26 %) ont reçu une assistance de l’OMS pour faire face à l’événement. Pour ce qui concerne les 201 événements au sujet desquels a été demandée une vérification à l’État Partie, 11 (6 %) ont été signalés sur le site d’information et 52 États Parties (26 %) ont reçu une assistance de l’OMS.

21. Dans la pratique, le mode de fonctionnement des points focaux nationaux varie considérablement. L’OMS est informée de nombreux événements par des sources non officielles et les points focaux nationaux sont alors invités à vérifier et à suivre ces informations, ce qu’ils font généralement en temps voulu.

22. En bref, il semblerait que les points focaux nationaux ne soient pas encore en mesure de fournir à temps les toutes premières informations sur des événements susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale, mais qu’ils jouent un rôle important dans la vérification et le suivi des informations.

23. Le Comité d’examen souhaiterait mettre l’accent sur les observations suivantes :

- Beaucoup de pays appliquent des procédures de contrôle complexes et, dans certains, le seuil à partir duquel est notifié un événement est élevé, ce qui pourrait présenter un risque d’ingérence politique dans l’évaluation épidémiologique.
- Les points focaux ont besoin de lignes directrices plus complètes et leurs fonctions devraient être renforcées. Le nouveau document d’orientation sur l’annexe 2 du RSI vient donc à point nommé. De même, une actualisation des lignes directrices établies en 2007 sur les fonctions des points focaux dans laquelle seraient donnés des exemples de bonnes pratiques pourrait être utile, tout comme des activités de formation en ligne.
- Il faudrait préciser que le point focal national est une fonction de l’État Partie et n’est pas nécessairement un individu. Les points focaux nationaux doivent avoir accès aux données des systèmes nationaux de surveillance et d’alerte précoce.
- Le Bulletin trimestriel sur la mise en œuvre du RSI est utile pour les points focaux nationaux.
- Le site d’information sur les événements pourrait également servir à donner des conseils et à délivrer des messages aux points focaux nationaux.

- Certains des bureaux régionaux de l'OMS organisent chaque année des réunions des points focaux nationaux, ce qui est excellent pour favoriser l'acquisition de connaissances, susciter des débats et créer un esprit de corps.

Fonction 3 : Opérations de détection et d'alerte incombant à l'OMS

24. Le Comité d'examen s'était fixé les objectifs suivants :

- comprendre le cheminement de l'information sur les événements de santé publique (détection des dangers et évaluation des risques, ou renseignements sur les épidémies), et déterminer notamment dans quelle mesure le RSI a permis à l'OMS d'être mieux et plus rapidement informée ;
- savoir quelles sont les principales sources d'information, comment l'information est traitée à l'OMS et comment celle-ci la communique aux intéressés ;
- évaluer les difficultés à surmonter pour l'échange d'informations avec les États Parties à l'aide du site d'information sur les événements ;
- savoir si le RSI a développé la collaboration interinstitutions en matière de détection des événements de santé publique, de vérification des informations fournies à ce sujet et de riposte.

25. Le Comité a passé en revue des données issues de documents de l'OMS ; d'entretiens avec des membres du personnel de l'OMS au Siège et dans les Régions, et avec des représentants d'organisations internationales ; d'études de cas sur l'utilisation du RSI ; et d'une démonstration du fonctionnement du système de gestion des événements.

26. Les informations communiquées à l'OMS proviennent de ses propres réseaux de surveillance, des notifications ou consultations des points focaux nationaux et d'autres sources. Dans les cas où la source n'est pas un point focal national, l'OMS est tenue de demander à l'État Partie concerné de valider l'information. Elle peut par exemple lui demander de confirmer la survenue d'un événement aigu de santé publique. Dans les cas où la source est un point focal national ou une autre autorité nationale responsable – par exemple un site Web officiel –, l'OMS ne demande pas de vérification mais évalue immédiatement le risque avec l'État Partie, ce qui consiste à rassembler et à évaluer des données épidémiologiques et autres pour déterminer les risques de propagation ou d'extension de l'événement, de même que ses effets éventuellement préjudiciables sur la santé. Des procédures clairement établies définissent les modalités selon lesquelles l'OMS communique les informations aux autres États Parties et au public.

Constatations

27. Même avant l'entrée en vigueur du RSI, l'action de l'OMS en matière de renseignement sur les épidémies avait marqué des progrès importants avec la mise en place du système de gestion des événements, le développement des capacités des bureaux régionaux et la création du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN). Les sources d'information qui relèvent du domaine public, par exemple les sites Web des médias, continuent d'occuper une place importante dans les moyens dont dispose l'OMS d'obtenir les tous premiers éléments sur un événement. La procédure exposée aux articles 9 et 10 du Règlement, selon laquelle l'OMS peut tenir compte de rapports émanant de sources autres que les notifications ou les consultations, est efficace.

28. Après avoir brièvement baissé lorsque le RSI est entré en vigueur, le flux des informations provenant de sources officielles a progressivement augmenté à mesure qu'étaient créés des points focaux nationaux et que leurs fonctions étaient précisées. La diminution des échanges d'informations n'est pas forcément le signe que les États Parties sont réticents, mais peut-être que des données non vérifiées sont transmises par les médias avant que les points focaux nationaux ne soient en mesure d'adresser une notification à l'OMS. En 2007 et 2008, l'intervalle médian entre la demande de vérification de l'OMS et la réponse des États Parties a été de moins d'un jour mais la moyenne de plusieurs jours, certains événements ayant nécessité des délais de réponse plus longs. Quoiqu'il en soit, les États Parties devraient s'efforcer, par l'intermédiaire des points focaux nationaux, d'être les premiers à communiquer des informations sur les événements de santé publique.

29. En 2009, les toutes premières informations communiquées à l'OMS sur un événement donné émanaient des sources suivantes (% d'événements) : sources en libre accès (35 %) ; points focaux nationaux (33 %) ; autres sources au sein des pouvoirs publics du pays touché (7 %) ; OMS ou autres institutions du système des Nations Unies (22 %) ; et organismes partenaires de l'OMS (3 %).

30. La collaboration de l'Amérique du Nord pendant les premières phases de la pandémie de 2009 montre que le RSI, dont on pourrait penser que les dispositions en matière de notification et d'échange de données pourraient être cause de retards, appuie en réalité les opérations mondiales de détection précoce et d'évaluation des risques. Aux premiers jours de l'épidémie, des contacts informels efficaces ont lieu entre l'OMS, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) et les points focaux nationaux, qui ont rapidement notifié les données en leur possession. Par ailleurs, le processus de notification officielle au titre du RSI a bien fonctionné aux États-Unis d'Amérique, au Mexique et au Canada. Il est important de maintenir l'élan que la pandémie a donné au travail de notification des points focaux nationaux.

31. Grâce à l'OMS, la coopération interinstitutions avec l'Organisation mondiale de la Santé animale (OIE), l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO) et d'autres institutions de l'ONU en matière de détection et de vérification d'événements de santé publique s'est également améliorée.

32. Bien qu'elle ait pour mandat de communiquer toutes les informations urgentes sur les événements de santé publique, l'OMS commence généralement par obtenir au préalable l'accord de l'État Partie concerné. Ce processus de consultation peut retarder la publication des données sur le site d'information sur les événements.

33. L'obligation qu'a l'OMS d'informer les autres États Parties et le désir que peut avoir l'État Partie concerné d'éviter des conséquences sociales et économiques éventuellement défavorables sont par essence contradictoires. L'OMS s'efforce de trouver un juste milieu entre ces différentes priorités et sensibilités par le dialogue, sur la base des dispositions de l'article 11. Pour que le site d'information sur les événements devienne encore plus utile, il faudrait que les États Parties autorisent plus volontiers l'OMS à communiquer les informations.

34. Le système de gestion des événements mis en place par l'OMS pour suivre l'évolution des événements de santé publique est un outil en ligne qui est actuellement étendu aux bureaux régionaux et aux bureaux de pays. Parallèlement à cette extension, il conviendrait de chercher à déterminer si ce système allie à tous les niveaux sensibilité et spécificité.

35. Le système de gestion des événements alimente trois autres sources d'information qui s'adressent à des publics bien particuliers sur le site Web de l'OMS : le site d'information sur les événements, le bulletin du GOARN et le Disease Outbreak News (DON). Le système de gestion des

événements donne une liste d'événements beaucoup plus complète que ces trois sources puisqu'aux termes de l'article 11 tous les événements n'ont pas à être notifiés. Pendant les premiers mois de la pandémie, le système de gestion des événements a fourni un relevé très utile des premières rumeurs faisant état de cas de maladie respiratoire aiguë, des premiers cas notifiés par pays, des rapports de situation et des décisions prises pour faire face à la pandémie. Grâce à ce système qui donne une vue d'ensemble au niveau mondial, l'OMS peut faire le lien entre des événements qui, s'ils étaient évalués seulement à l'échelle nationale, pourraient ne pas être rapportés entre eux ou ne pas être considérés comme constituant un problème de portée internationale. À la condition d'être utilisé de façon cohérente et opportune par tous les membres du personnel de l'OMS concernés, le système de gestion des événements est un moyen de suivre la chronologie des événements et offre une filière de vérification des données qui permet de rapporter les mesures et les décisions prises aux informations disponibles sur le moment.

36. Le Comité d'examen préconise la création d'une version en libre accès du système de gestion des événements ou d'une interface avec l'application de l'OMS utilisée à l'appui des communications faites au titre du RSI. Ce travail pourrait être fait à l'aide des outils faisant appel aux technologies de l'information et de la communication pour la gestion des urgences de santé publique que les Départements de l'OMS Alerte et action au niveau mondial et Technologies de l'information et télécommunications ont entrepris de mettre au point ensemble. Le but de ce projet est de créer un réseau d'échange de bonnes pratiques favorisant la mise à disposition en libre accès d'informations et de techniques de communication conçues pour appuyer l'alerte et l'action en cas d'épidémie.

37. Il faut que les États Parties soient tenus informés des risques pour la santé publique partout dans le monde. Ce travail de renseignement sur les épidémies au niveau international met à contribution le site d'information sur les événements et d'autres systèmes comme ProMED et le Global Public Health Intelligence Network. Le site d'information sur les événements pourrait devenir le centre mondial d'information sur les épidémies pour toutes les autorités nationales de la santé publique. Une innovation utile est apparue pendant la pandémie en ce sens que le site d'information a servi à l'échange de rapports de situation régionaux plutôt que nationaux. Pour développer le potentiel du site, il faudrait y inclure des informations plus complètes sur un plus grand nombre d'événements. Par exemple, il pourrait y avoir pour chaque événement des cartes, des évaluations plus complètes des risques, ainsi que des recommandations et des liens renvoyant aux lignes directrices et aux centres collaborateurs concernés de l'OMS. Le site devrait aussi contenir toutes les recommandations temporaires et permanentes formulées au titre du RSI, ainsi que des informations sur les États Membres qui prennent des mesures supplémentaires et la raison d'être de ces mesures ou la suite donnée aux demandes formulées à ce sujet par l'OMS. Toutes ces améliorations qu'il est proposé d'apporter au contenu du site pour favoriser de bonnes pratiques de santé publique demanderont beaucoup de temps et d'argent mais, si rien n'est fait, d'autres systèmes non-OMS et de moindre qualité occuperont la première place.

Fonction 4 : Action internationale de santé publique

38. Le Comité souhaitait déterminer dans quelle mesure le RSI avait renforcé l'assistance et la collaboration entre l'OMS et les États Parties pendant un événement de santé publique et contribué à promouvoir la collaboration interinstitutions.

Constatations

39. D'après l'OMS, les États Parties sont de mieux en mieux informés des mécanismes opérationnels et de riposte mis en place par l'OMS pour gérer les urgences de santé publique. En conséquence, les capacités de coordination des mesures prises lors d'événements de grande ampleur ont augmenté.

40. Dix ans au moins avant que le RSI n'entre en vigueur, l'OMS avait mis en place des mécanismes d'assistance au Siège ainsi que dans les bureaux régionaux et les bureaux de pays. Elle avait par exemple prévu la distribution de vaccins antiméningococciques et anti-marijuana à partir des stocks mondiaux, la mise à disposition d'équipements et l'accès à des réseaux d'experts pour obtenir des conseils et à ses centres collaborateurs pour le diagnostic biologique.

41. Le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN), qui est le premier outil dont dispose l'OMS pour épauler les États Membres en cas d'événement de santé publique, est présenté au chapitre I. Il sert à coordonner l'action internationale avec les institutions techniques concernées et pour le déploiement des experts qui aident les autorités nationales à enquêter sur les poussées épidémiques et à les endiguer. Il favorise l'application du RSI en défendant des principes et des procédures élaborés en 2000 au moment où il a été créé.

42. Si le GOARN est notoirement très efficace, l'OMS aurait besoin, pour accroître ses capacités de riposte à des événements susceptibles de durer, d'une réserve mondiale d'agents de santé formés à l'avance pour intervenir en cas d'urgence et mobilisables pendant 24 mois au maximum. Cette force serait déployée en cas d'urgence de santé publique de portée internationale et envoyée là où sa présence serait nécessaire. L'OMS organiserait les activités spéciales de formation nécessaires, traiterait les demandes d'aide qui lui seraient adressées et recruterait les éléments de la force d'intervention.

43. Depuis quelques années, l'OMS souffre de déficits de financement qui limitent sa capacité de réagir aux urgences de santé publique de longue durée. Les fonds qui lui sont alloués par ses États Membres et les donateurs sont pour la plupart réservés à des affectations spéciales et ne peuvent être utilisés à d'autres fins. Pendant la pandémie, des membres importants du personnel ont dû consacrer beaucoup de temps et d'énergie à obtenir les fonds dont l'Organisation avait un besoin urgent. Sans compter le coût des vaccins et des médicaments, l'OMS a dépensé plus de US \$75 millions pour la riposte immédiate à la pandémie.

44. Le Comité d'examen propose la création d'un fonds d'urgence qui serait établi à l'avance et pourrait être rapidement utilisé en cas d'urgence de santé publique de portée internationale. Sous réserve de l'approbation d'un plan de dépenses et de responsabilité préparé par l'OMS, une partie ou la totalité des crédits de ce fonds pourrait être débloquée afin de permettre à l'OMS d'intervenir rapidement, de déployer la force d'intervention d'urgence là où sa présence serait nécessaire et d'assurer l'appui à la communication ainsi que le soutien scientifique et logistique nécessaires à long terme dans les Régions. Il n'est pas prévu que ce fonds serve à acheter des vaccins ou des médicaments antiviraux en cas de pandémie. Les conditions exactes dans lesquelles il pourrait être utilisé devraient être négociées entre les États Membres en consultation avec l'OMS.

45. Le RSI offre un cadre pour le renforcement de tous les aspects de la collaboration internationale en matière de préparation et d'action et pour l'assistance de l'OMS. Plusieurs organisations internationales, dont l'OIE, la FAO, l'Organisation de l'Aviation civile internationale et l'Agence internationale de l'Énergie atomique, ont constaté que le RSI les avait rapprochées de l'OMS. Les

exemples de collaboration interinstitutions à des fins de riposte à des événements de santé publique ainsi que pour l'élaboration de politiques et de plans ne manquent pas.

46. Une collaboration étroite avec l'OIE et la FAO est particulièrement nécessaire. Ainsi qu'il ressort des témoignages recueillis par le Comité d'examen, les liens entre l'OMS, l'OIE et la FAO ont été renforcés par le RSI et ont joué un rôle important dans les premiers jours de la pandémie. Le Centre FAO/OIE de Gestion des Crises en Santé animale collabore étroitement avec les mécanismes d'alerte et d'action de l'OMS pour coordonner des missions sur le terrain et faciliter des échanges d'informations sur les activités de terrain.

47. Le RSI impose à chaque État Partie de notifier à l'OMS tout événement majeur de santé publique et, après une évaluation commune du risque, de communiquer des informations sur cet événement à tous les États Parties par l'intermédiaire de l'OMS. Toutefois, la notification fait naître la crainte que le pays concerné ne subisse des effets négatifs en matière de voyages, de tourisme et de commerce. Pour contrer ce risque, le RSI réglemente les mesures que les autres États Parties peuvent appliquer en réaction à l'événement et prévoit que le pays touché bénéficie d'une assistance et d'une aide de l'OMS et des autres États Parties.

48. L'OMS peut exercer davantage son autorité pour diriger cette assistance, qui est un élément essentiel du RSI. Bien que les points focaux nationaux occupent progressivement la place qui est la leur au cœur des activités menées au titre du RSI, ils ne remplissent pas encore pleinement leur rôle pour ce qui est de mobiliser l'assistance nécessaire.

49. Si tous les États Parties encourageaient leurs institutions techniques à participer aux activités du GOARN et des autres réseaux internationaux, les capacités et le soutien technique disponibles au niveau international seraient beaucoup plus importants. Les informations fournies par le GOARN pourraient être communiquées à tous les points focaux nationaux, si cela devait faciliter la mobilisation d'une aide et d'experts internationaux.

Fonction 5 : Procédures en cas d'urgence de santé publique de portée internationale

50. Le Directeur général détermine si un événement constitue une urgence de santé publique de portée internationale et publie des recommandations temporaires après avoir recueilli les vues des États Parties directement touchés et d'un Comité d'urgence chargé de donner des avis d'experts. Le RSI contient des dispositions détaillées qui définissent le mandat et la composition du Comité d'urgence.

51. Le Comité d'examen souhaitait déterminer :

- si les procédures prévues au titre du RSI avaient été respectées lorsqu'a été créé le Comité d'urgence et qu'a été déterminée, le 25 avril 2009, l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale (article 12) ;
- comment avaient été sélectionnés les membres du Comité d'urgence ;
- comment avaient été formulées et communiquées les recommandations temporaires ;
- dans quelle mesure les États Parties ont appliqué ces recommandations.

Informations générales sur le Comité d'urgence

52. **Création** : Comme le stipule l'article 48, le Directeur général choisit les membres du Comité d'urgence parmi ceux de la liste d'experts du RSI, qui sont désignés par les États Membres ou directement par le Directeur général conformément au Règlement applicable aux tableaux et comités d'experts. Les membres du Comité d'urgence sont choisis sur la base de l'expérience et des compétences requises pour l'examen de l'événement concerné. Pour le Comité d'urgence dont il est ici question, on a retenu comme domaines de compétence les syndromes respiratoires aigus, la grippe, la virologie, l'épidémiologie, les pratiques de laboratoire, la modélisation, les médicaments antiviraux, la pharmacorésistance, la lutte anti-infectieuse, les vaccins et les questions concernant les aéroports, les ports, l'aviation et les transports maritimes. Conformément à l'article 48, les principes d'une représentation géographique équitable ont été respectés, de même que ceux d'une représentation équilibrée entre les sexes et entre pays développés et pays en développement. Enfin, conformément à l'article 48, des représentants d'États Membres, dont le Mexique et les États-Unis sur le territoire desquels est survenu l'événement, ont été invités à participer aux travaux du Comité d'urgence, ainsi qu'un conseiller qui figure aussi sur la liste d'experts du RSI.

53. **Rôles et responsabilités** : Le Comité d'urgence est chargé de conseiller le Directeur général. Comme son rôle est purement consultatif, c'est le Directeur général qui décide en dernier ressort. Les membres du Comité d'urgence sont tenus de garder confidentielle la teneur des discussions aux réunions et de ne divulguer aucun des documents ou autres informations qui leur sont communiqués. Avec les lettres d'invitation qui leur ont été adressées, les membres du Comité ont reçu des instructions précisant leurs méthodes de travail, le caractère privé des réunions et le statut international des membres du Comité, qui sont tenus d'agir en qualité d'experts internationaux mis au seul service de l'OMS et non en tant que représentants de leur gouvernement ou de toute autre autorité. Leurs noms n'ont pas été rendus publics tant que le Comité n'a pas achevé ses travaux, conformément à la pratique en vigueur pour les comités d'experts de l'OMS. Le Comité d'urgence a été dissous lorsqu'a été déclarée la fin de l'urgence de santé publique de portée internationale et les noms de ses membres ont alors été publiés.

54. **Réunions** : Les réunions ont toutes été conduites par téléconférence, sauf une qui a eu lieu par courrier électronique. Le Comité a été convoqué neuf fois entre le 25 avril 2009 et le 10 août 2010, lorsqu'a été déclarée la fin de l'urgence de santé publique de portée internationale. Le 29 avril 2009, le Directeur général a tenu une téléconférence avec le Président, le Vice-Président et le Rapporteur, à la place d'une réunion du Comité plénier prévue antérieurement. Le Comité au complet s'est réuni quatre fois avant que ne soit déclaré le passage à la phase 6 de la pandémie, le 11 juin 2009. Entre le 11 juin 2009 et le 10 août 2010, il s'est réuni quatre fois (8 septembre 2009, 26 novembre 2009, 23 février 2010 et 1^{er} juin 2010).

55. Avant chaque réunion, les membres du Comité ont reçu par courrier électronique un ordre du jour et des documents de base comprenant notamment les questions au sujet desquelles le Directeur général souhaitait recueillir leur avis. Toutes les réunions ont été présidées par le Professeur John Mackenzie. Les États touchés ont fait part au Comité des données les plus récentes sur la situation dans leur pays, et le Secrétariat de l'OMS a informé les membres du Comité de la situation épidémiologique. Le Président a ensuite conduit les débats, en appelant généralement les intervenants selon l'ordre alphabétique de leur nom. Les décisions sur les avis à soumettre au Directeur général ont été prises par consensus.

56. Un projet de déclaration du Directeur général a été examiné et soumis pour approbation aux membres du Comité peu après la fin de la réunion. Une fois approuvée, cette déclaration a été affichée

sur le site sécurisé d'information sur les événements et des bulletins d'alerte ont été envoyés à tous les points focaux nationaux. La déclaration a ensuite été publiée sur le site Web officiel de l'OMS.

Déclaration de l'urgence de santé publique de portée internationale

57. Le Directeur général a convoqué la première réunion du Comité d'urgence le 25 avril 2009 et a demandé à ses membres d'indiquer si la situation constituait une urgence de santé publique de portée internationale. Le paragraphe 4 de l'article 12 du RSI, qui avait été communiqué aux membres par courrier électronique avec d'autres documents de base, énonce les facteurs dont doit tenir compte le Directeur général pour déterminer si un événement constitue une urgence de santé publique de portée internationale. Ce sont les informations fournies par l'État Partie sur le territoire duquel survient l'événement ; l'instrument de décision figurant à l'annexe 2 ; l'avis du Comité d'urgence ; les principes scientifiques, ainsi que des éléments de preuve scientifique disponibles et autres informations pertinentes ; et une évaluation du risque pour la santé humaine, du risque de propagation internationale de maladies et du risque d'entraves au trafic international.

58. Dès la première réunion, les représentants du Mexique et des États-Unis d'Amérique ont indiqué qu'un nouveau virus grippal, différent sur les plans antigénique et génétique des autres virus grippaux, se transmettait d'individu à individu de façon suffisamment efficace pour être à l'origine de poussées épidémiques plutôt que de cas sporadiques isolés. Sa propagation semblait être rapide, révélant un risque de virus potentiellement pandémique.

59. Le Comité d'urgence a demandé que l'on fasse le point de la situation clinique, virologique et épidémiologique au Mexique et aux États-Unis ainsi que de la propagation du virus aux pays voisins. Les études qui ont été faites ont porté en particulier sur les questions suivantes : gravité clinique et localisation géographique ; caractérisation du virus ; transmissibilité ; caractéristiques détaillées des échantillons de laboratoire envoyés au Canada et aux États-Unis ; mesures de lutte et conseils concernant les voyages. Les membres du Comité sont parvenus par consensus à la conclusion qu'il y avait une urgence de santé publique de portée internationale, mais qu'un complément d'information serait nécessaire pour relever le niveau d'alerte de la phase 3 à la phase 4.

Recommandations temporaires

60. Tels qu'ils sont énoncés dans le RSI, les critères à prendre en compte pour la formulation de recommandations temporaires sont notamment les points de vue des États Parties directement concernés ; l'avis du Comité d'urgence ; les principes scientifiques ainsi que les éléments de preuves scientifiques disponibles ; les mesures sanitaires qui n'entravent pas le trafic et le commerce internationaux et ne sont pas plus intrusives pour les personnes que d'autres mesures raisonnablement disponibles qui assureraient la protection sanitaire requise ; une évaluation des risques adaptée à la situation ; les normes et instruments internationaux pertinents ; et les activités menées par les autres organisations intergouvernementales et organismes internationaux compétents. Si elles ne sont pas prolongées, les recommandations temporaires expirent automatiquement trois mois après leur publication.

61. Les recommandations temporaires publiées pendant la pandémie de 2009 ont été les premières à être formulées au titre du RSI (voir le Tableau 3.1). Elles ont été incluses dans les déclarations officielles faites par le Directeur général après les réunions du Comité d'urgence. Toutefois, le terme

« recommandations temporaires » n'a pas été utilisé dans les deux premières déclarations bien qu'il y soit fait référence au RSI.

Tableau 3.1 Recommandations temporaires publiées pendant la pandémie

Date	Recommandations
25 avril 2009	« S'agissant des mesures de santé publique, le Directeur général, conformément au Règlement, recommande, sur l'avis du Comité, que tous les pays intensifient la surveillance de flambées inhabituelles de maladies de type grippal et de pneumonie sévère. »
27 avril 2009	« Le Directeur général recommande de ne pas fermer les frontières et ne pas apporter de restriction aux voyages internationaux. Il serait judicieux pour les personnes malades de remettre à plus tard les déplacements à l'étranger et pour les personnes présentant des symptômes à la suite d'un voyage international de rechercher des soins médicaux. » « Le Directeur général a souligné que toutes les mesures devaient être conformes à l'objet et à la portée du Règlement sanitaire international. »
24 septembre 2009	« Compte tenu de l'avis du Comité d'urgence et de l'actuelle situation de pandémie, le Directeur général a déterminé qu'il était approprié de maintenir ces recommandations provisoires, à savoir : <ul style="list-style-type: none"> • les pays ne devraient pas fermer leurs frontières ou instaurer des restrictions à la circulation et au commerce internationaux ; • il faut intensifier la surveillance des syndromes grippaux inhabituels et des pneumonies sévères ; • en cas de maladie, il est prudent de reporter les voyages internationaux ; • en cas de maladie suite à un voyage, consulter un médecin. »
26 novembre 2009	« Compte tenu de l'avis du Comité d'urgence et de l'actuelle situation de pandémie, le Directeur général a déterminé qu'il était approprié de maintenir l'ensemble des trois recommandations provisoires, à savoir : <ul style="list-style-type: none"> • les pays ne devraient pas fermer leurs frontières ou instaurer des restrictions à la circulation et au commerce internationaux ; • il faut intensifier la surveillance des syndromes grippaux inhabituels et des pneumonies sévères. La troisième recommandation mise à jour comme suit : <ul style="list-style-type: none"> • « en cas de maladie, il est prudent de reporter les voyages. »
24 février 2010	« Après avoir pris en compte l'avis du Comité d'urgence sur la situation actuelle de la pandémie, le Directeur général a décidé de maintenir les trois recommandations provisoires, avec les modifications indiquées, c'est-à-dire que : <ul style="list-style-type: none"> • les pays ne devraient pas fermer leurs frontières ou instaurer des restrictions à la circulation et au commerce internationaux ; • il faut maintenir la surveillance des syndromes grippaux inhabituels et des pneumonies sévères ; • en cas de maladie, il est prudent de reporter les voyages. »

Constatations

62. Le Comité d'examen a noté que la pandémie de grippe de 2009 avait été le seul événement à avoir été considéré par l'OMS comme une urgence de santé publique de portée internationale depuis l'entrée en vigueur du RSI, qui constitue un système mondial de renseignement sur les épidémies. Si l'on considère la définition donnée à l'article 1 du RSI, plusieurs autres événements auraient pu être déclarés urgences de santé publique de portée internationale puisqu'il s'agissait d'événements extraordinaires constituant un risque pour la santé publique dans d'autres États en raison du risque de propagation internationale de maladies et susceptibles de requérir une action internationale coordonnée. Cela pourrait par exemple avoir été le cas du virus Nipah au Bangladesh en 2009, du choléra en Haïti en 2010 et de la poliomyélite en Asie centrale en 2010.

63. Pour que soient pleinement exploitées les possibilités du RSI, l'OMS pourrait rappeler aux États Membres que le Règlement ne concerne pas seulement les urgences de santé publique de portée internationale, mais également des activités de routine. L'OMS a semble-t-il choisi de fixer à un niveau élevé le seuil à partir duquel est déclarée une urgence de santé publique de portée internationale, sans doute parce que le processus de déclaration nécessite des ressources considérables. Dans la pratique, la nécessité, telle qu'elle est perçue par l'OMS, de publier des recommandations temporaires est le principal élément moteur d'une telle déclaration. Le risque est que cette partie du RSI ne soit considérée comme uniquement applicable à des événements aussi rares qu'une pandémie mondiale de grippe.

64. Le Comité d'examen a estimé que la procédure prévue par le RSI pour les urgences de santé publique de portée internationale avait été correctement mise en œuvre pour la première fois par l'OMS, qui a réuni un Comité d'urgence en l'espace de 48 heures. De même, les dispositions du RSI relatives à la publication de recommandations temporaires ont été appliquées, même si au départ elles n'ont pas été explicitement qualifiées de telles. Parce qu'elles ont des incidences juridiques bien particulières, les recommandations temporaires doivent toujours être clairement identifiées comme telles, sur le site Web officiel de l'OMS comme sur le site d'information sur les événements.

65. Le Comité d'examen a demandé par courrier électronique aux membres du Comité d'urgence de lui faire part de leur expérience de leur travail au sein du Comité, de ce qu'ils avaient pensé de sa mise en place, de son mode de fonctionnement et de son efficacité, et surtout de la demande qui leur avait été faite de conserver l'anonymat. Huit des 15 membres du Comité et un conseiller ont répondu à ce courrier électronique.

66. Ceux qui ont répondu sont convenus que les membres du Comité possédaient les bonnes compétences et que les réunions s'étaient déroulées de façon satisfaisante, avec des processus ouverts et des examens et des débats approfondis. Si certains avaient demandé à ce que soient examinées des questions d'ordre national, la situation internationale était néanmoins restée au centre des préoccupations. Aucun n'avait été témoin de pressions de la part de tierces parties.

67. Certains aspects de la procédure du Comité d'urgence ont cependant été critiqués. Le Président du Comité d'urgence a fait observer que ce dernier disposait d'une marge de manœuvre limitée compte tenu de son mandat tel qu'il est défini dans le RSI et « n'existait pas en dehors des réunions ». En d'autres termes, le Comité d'urgence ne pouvait ni convoquer de réunion ni agir de sa propre initiative et se bornait à donner des avis quand on lui en faisait la demande. Certains de ceux qui ont répondu ont estimé que la décision d'annoncer le passage à la phase 6 avait été prise trop tard. Aucun n'a laissé entendre qu'elle avait été prématurée.

68. Lors de son entretien avec le Comité d'examen, le Professeur Mackenzie, Président du Comité d'urgence, a noté qu'à l'Assemblée mondiale de la Santé de mai 2009, plusieurs pays avaient instamment demandé que l'on ne passe pas à la phase 6 tant que n'auraient pas été réunies de preuves suffisantes d'une transmission soutenue dans certains des autres pays ... « passer de la phase 5 à la phase 6 aurait inévitablement des conséquences, si bien que l'on voulait être absolument certain avant de décider de relever le seuil d'alerte ».

69. Ceux qui ont répondu ont noté que le Comité avait été chargé de formuler des conclusions épidémiologiques ayant des incidences politiques et financières. Certains ont suggéré que soient constitués à l'avenir des groupes distincts de conseillers scientifiques et politiques.

70. Sur la question de l'anonymat, cinq ont estimé qu'il serait préférable de révéler les noms, en partie parce qu'une plus grande transparence pourrait inciter à mieux avaliser les recommandations. Ils ont fait valoir que la réputation de l'OMS avait été entachée par cet anonymat, ce qui ne manquera pas de favoriser de plus fortes pressions. Certains ont noté que, si les noms des membres du Comité devaient être rendus publics, l'OMS devrait leur prêter assistance dans le domaine juridique et dans leurs relations avec les médias.

71. Quatre des personnes ayant répondu, dont le Président, étaient d'avis que les noms ne devraient pas être rendus publics. Dans son témoignage devant le Comité d'examen, le Professeur Mackenzie a dit ce qui suit :

« Je suis tout à fait favorable à l'anonymat, ayant travaillé avec l'OMS lors de la crise du SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) et sachant à quelles pressions on peut être soumis de la part de l'industrie pharmaceutique, mais aussi de sociétés de production de matériels diagnostiques, etc., ainsi que des pays eux-mêmes qui veulent savoir ce qui se passe, s'ils ont les bons moyens diagnostiques, etc. Les pressions que pourrait subir le Comité d'urgence seraient considérables et je pense que l'anonymat de ses membres est absolument essentiel. Bien que cette condition ne soit pas expressément mentionnée dans le mandat du Comité tel qu'il est défini dans les articles 48 et 49, je pense qu'elle devrait en fait figurer dans la documentation fournie. ».

72. Le Comité d'examen comprend que l'on souhaite protéger les membres du Comité d'urgence de toute influence extérieure en s'abstenant de révéler leur identité pendant la durée de leur mandat, et il comprend également que l'on veille à ce que les consultations d'experts se déroulent dans un climat de confiance afin que le Directeur général bénéficie d'avis et de conseils donnés en toute franchise. D'un autre côté, le secret peut nourrir des doutes quant aux intérêts et aux motivations des membres du Comité d'urgence. Finalement, le Comité d'examen a conclu que, dans l'intérêt de la transparence, il aurait été préférable que l'OMS révèle dès le début les noms des membres du Comité d'urgence. Il a reconnu qu'il lui aurait été en revanche difficile de renoncer ultérieurement à sa politique d'anonymat, en partie pour ne pas donner l'impression de céder aux critiques. L'anonymat est généralement la règle pour les autres comités d'experts, dont les noms ne sont normalement rendus publics qu'à l'issue de la consultation, laquelle ne dure souvent qu'une journée. Cette pratique est en revanche peu indiquée pour un comité dont les travaux se sont étendus sur plusieurs mois.

73. Le Comité d'examen a également conclu qu'il aurait peut-être été utile d'avoir un plus large éventail de compétences au sein du Comité d'urgence, notamment pour ce qui concerne la communication sur les risques. Il a reconnu que l'OMS devait constituer un Comité d'urgence représentant un ensemble de compétences adaptées à l'événement considéré. Dans le cas d'une pandémie de grippe, ces compétences concerneraient entre autres la virologie, l'évaluation au laboratoire, l'épidémiologie, l'action de santé publique et une expérience de l'exercice de l'autorité, la

médecine vétérinaire, l'évaluation/communication des risques et une expertise méthodologique en matière d'analyse systématique de la littérature scientifique.

74. L'OMS ne dispose pas non plus de procédures suffisamment solides, systématiques et transparentes pour révéler, reconnaître et gérer en temps opportun d'éventuels conflits d'intérêts parmi les membres du Comité d'urgence. Cinq membres de ce Comité et un conseiller ont fait état de conflits d'intérêts potentiels, mais aucun de ces conflits n'a été jugé suffisamment important pour justifier l'exclusion d'un ou de plusieurs membres. Les liens en cause ont été rendus publics, de même que les noms des membres du Comité, lorsqu'a été déclarée la fin de la pandémie, le 10 août 2010. Avant que ces informations ne soient publiées, des hypothèses ont été émises sur l'existence de liens éventuels entre des membres du Comité et l'industrie, conduisant certains critiques à soupçonner des pratiques répréhensibles. Le Comité d'examen a reconnu que l'OMS prenait des mesures pour mieux gérer les conflits d'intérêts et qu'elle s'y employait alors même qu'il procédait à son examen.

75. Enfin, au moment de prendre une décision cruciale sur la pandémie (le passage de la phase 4 à la phase 5), le Directeur général n'a consulté qu'une partie du Comité d'urgence (Président, Vice-Président et Rapporteur) au lieu de solliciter l'avis de tous ses membres.

Fonction 6 : Éviter d'entraver inutilement le trafic et le commerce internationaux

76. Le RSI requiert des États Parties qu'ils appliquent certaines mesures de santé sans retard. Sous certaines conditions, les États Parties peuvent prendre des mesures supplémentaires, pour autant qu'ils en informent l'OMS et lui indiquent les raisons de santé publique qui les justifient. L'OMS peut alors demander au(x) pays concerné(s) de réexaminer l'opportunité d'appliquer les mesures en question.

77. Le Comité d'examen souhaitait savoir si les États Parties avaient appliqué pendant la pandémie de 2009 des mesures sanitaires en plus des recommandations temporaires, s'ils les avaient justifiées et comment l'OMS s'était comportée.

Constatations

78. L'une des recommandations temporaires publiées le 27 avril 2009 et maintenues jusqu'à la fin de la pandémie était de ne pas fermer les frontières et de ne pas imposer de restrictions aux voyages internationaux. Aux premiers stades de la pandémie, le risque de transmission au niveau international a suscité de vives préoccupations et, dans de nombreux pays, les autorités de la santé publique ont décidé de prendre des mesures pour empêcher ou retarder l'introduction du virus. L'OMS a conduit une enquête auprès des aéroports, compagnies aériennes et transporteurs des États Parties et a noté que, dans la plupart des pays ayant répondu, les voyageurs avaient été informés à leur arrivée au moyen d'affiches ou de dépliants. Pendant les premiers stades de la pandémie, 34 des 56 pays (61 %) ayant répondu avaient soumis les voyageurs à l'arrivée à des tests de dépistage. Dans la plupart des pays, le dépistage avait été associé à l'isolement des cas suspects ou confirmés et à la mise en quarantaine, pendant trois à 10 jours (durée médiane de huit jours), des contacts proches asymptomatiques (5).

79. Deux des pays ayant fait l'objet de l'enquête (appartenant l'un à la Région des Amériques et l'autre à la Région européenne) ont signalé avoir refusé l'entrée à des personnes en provenance de pays touchés. Six pays sur 56 (11 %) ont rapporté avoir limité l'entrée d'animaux ou de biens en provenance de pays touchés.

80. Cinq pays sur 56 ont signalé avoir refusé la *libre pratique* à au moins un mode de transport, principalement en raison de la présence de personnes malades à bord. Ces réponses ont correspondu à l'expérience de quelques compagnies maritimes et aériennes qui se sont vu refuser la permission d'embarquer ou de débarquer des passagers ou un équipage parce qu'ils étaient malades ou qu'ils s'étaient rendus dans des pays touchés.

81. La moitié des pays ont recommandé à leurs ressortissants d'éviter de voyager dans des pays touchés pendant les premiers stades de la pandémie. La durée médiane des conseils relatifs aux voyages a été de cinq semaines. Les annulations de vols à destination de pays touchés ont été rares.

82. L'OMS a formulé les observations suivantes dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* : « Les résultats laissent à penser que les mesures introduites aux frontières ont été modifiées au cours des quatre premiers mois de la pandémie, montrant que les pays se sont adaptés à l'épidémiologie et aux recommandations changeantes. Au début de la pandémie, quelques pays ont institué des restrictions aux voyages et au commerce, et près de la moitié ont recommandé d'éviter de se rendre dans les zones touchées par la pandémie ; toutefois, ces restrictions et ces conseils ont généralement été abandonnés au bout de quelques semaines, ce qui laisse à penser que les stratégies sont passées des mesures de précaution générales à des mesures de riposte plus ciblées mises en œuvre aux points d'entrée. Les mesures de lutte ont par la suite concerné les communautés puisqu'on avait davantage d'informations sur le virus pandémique, que la perception du risque avait évolué et que la transmission communautaire était devenue plus fréquente. » (5).

83. Pendant la pandémie, les mesures prises au sujet des échanges commerciaux et des voyages ont été répertoriées par l'OMS dans les Rapports de situation hebdomadaires. Si plusieurs pays, quoique pas la totalité, ont donné des explications à l'OMS à sa demande, aucun de ceux qui ont pris des mesures supplémentaires (c'est-à-dire des mesures ayant notablement perturbé les voyages ou les échanges internationaux pendant plus de 24 heures) ne s'est semblé-t-il conformé à l'obligation énoncée à l'article 43 d'en informer préalablement l'OMS et de les justifier. Les explications qui ont été données ont été portées à la connaissance de tous les États Parties sur le site d'information sur les événements.

84. L'OMS n'a reçu de la part d'aucun pays de plainte officielle quant à des mesures sanitaires supplémentaires. Pendant la pandémie, certains États Parties ont appliqué des mesures allant au-delà des recommandations temporaires au regard de l'article 43 du RSI, mais aucun d'eux ne les a justifiées de sa propre initiative et certains ne l'ont toujours pas fait, même après que l'OMS leur en a fait la demande.

85. L'Association du Transport aérien international (IATA) a soumis au Comité d'examen la déclaration suivante : « Souvent, les États Membres n'ont pas avisé l'OMS qu'ils prenaient des mesures supplémentaires et celle-ci en a été informée par des tierces parties. Le Comité d'examen part de l'hypothèse que l'OMS n'a pas fait beaucoup d'efforts pour obtenir des justifications alors que, dans un cas au moins dont nous avons connaissance, c'est tout le contraire ... la faute incombe au RSI et non à l'OMS ... si l'un des objectifs est d'évaluer le fonctionnement du RSI et s'il faut pour cela formuler une recommandation tendant à modifier le RSI, il nous semble que cette recommandation devrait être faite. ».

86. Le Comité d'examen prend note de la préoccupation exprimée par l'IATA mais il considère qu'en l'état actuel des choses, plutôt que de modifier le RSI, il serait préférable de veiller à ce que les dispositions de l'article 43 soient plus strictement appliquées, par les États Parties comme par l'OMS. Avant d'envisager d'apporter des amendements au RSI, l'OMS pourrait commencer par s'assurer que le nom des États qui prennent des mesures supplémentaires apparaît sur le site d'information sur les

événements, que les raisons de santé publique données pour justifier l'application de telles mesures y figurent aussi et, si aucune justification n'est donnée, qu'est également affichée la date à laquelle cette justification a été demandée. Il pourrait être également précisé sur le site si l'OMS a demandé ou non aux pays concernés de réexaminer leur décision d'appliquer des mesures supplémentaires. En l'absence de sanctions en cas de non-respect des dispositions du RSI, ces informations seraient à même d'atténuer les inquiétudes quant à l'application de mesures qui entravent de manière importante le trafic international.

87. Le 27 avril 2009, l'OMS a fait savoir qu'étant donné l'extension considérable du virus, le Directeur général estimait qu'il n'était « pas réaliste » de chercher à endiguer la flambée et qu'il fallait désormais privilégier les mesures d'atténuation. Plusieurs États Membres ont cependant pris des mesures pour endiguer le virus ou du moins retarder son entrée sur leur territoire. Certaines d'entre elles, du genre de celles évoquées plus haut, ont de toute évidence constitué des mesures supplémentaires aux termes de l'article 43.

88. L'article 43 peut être considéré comme un élément essentiel du RSI. Son but est de protéger les pays touchés contre des mesures exagérément restrictives. À cet égard, le RSI offre la possibilité d'améliorer la coordination internationale des ripostes mises en place et de réduire le plus possible l'application de mesures restrictives aux frontières. Malgré ces dispositions, le premier pays touché par la pandémie (le Mexique) a subi des mesures restrictives, comme l'annulation d'exportations de porcs ou l'annulation de vols.

Fonction 7. Application du RSI et respect des droits de l'homme

89. Les États Parties mettent en œuvre le RSI dans le respect de la dignité des personnes, des droits de l'homme et des libertés fondamentales (article 3). Ce principe s'applique en particulier au traitement réservé aux voyageurs aux points d'entrée (articles 23 et 31).

90. Le Comité d'examen souhaitait déterminer s'il y avait eu des cas manifestes (des plaintes, par exemple) d'atteinte à la dignité de la personne, aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales liés à l'application du RSI.

Constatactions

91. L'OMS ne prévoit pas de surveillance systématique des atteintes aux droits de l'homme éventuellement liées à l'application du RSI. Par ailleurs, elle n'est pas mandatée pour enquêter et déterminer si des mesures particulières contreviennent à cette clause du RSI.

92. Pendant la pandémie, les médias ont rapporté le cas de voyageurs qui auraient été mis en quarantaine et, de ce fait, placés en détention.

93. On peut considérer comme une lacune que l'OMS n'ait pas prévu de s'assurer que les droits de l'homme sont respectés lorsque le RSI est appliqué. Même si l'OMS n'est pas habilitée à enquêter sur d'éventuelles violations des droits de l'homme, il serait conforme à l'esprit du RSI qu'elle consulte les États Parties quand les médias font état de pratiques pouvant être considérées comme des violations des droits de l'homme et, de ce fait, du RSI. Une telle attitude contribuerait pour beaucoup à mieux faire accepter le RSI par le public.

Fonction 8. Points d'entrée et documents de voyage

94. Le RSI contient des dispositions détaillées sur les mesures sanitaires applicables aux frontières, aux voyageurs et aux moyens de transport, sur les droits (articles 40 et 41) et sur les documents sanitaires (articles 35 à 39).

95. Aux termes des articles 19 et 20 du RSI, les États Parties désignent les aéroports et les ports qui doivent acquérir et maintenir certaines capacités dans le domaine de la santé publique et les ports autorisés à délivrer des certificats aux navires.

96. Le Comité d'examen souhaitait déterminer ce qui avait été appris aux points d'entrée au sujet de l'application et du fonctionnement du RSI, et notamment de la gestion des documents pour les moyens de transport et des documents sanitaires pour les voyageurs. Le Comité souhaitait également savoir si les États Parties comprenaient et respectaient les obligations énoncées dans le RSI pour les points d'entrée (articles 19 et 20 et annexe 1B). Il souhaitait enfin savoir ce que représente le RSI pour les partenariats entre l'OMS, la FAO, l'OIE, l'Organisation mondiale du Tourisme et les autres organisations concernées (article 14).

97. Le Comité a cherché des réponses à ces questions dans des documents de l'OMS, en s'informant auprès des membres du personnel dans les bureaux régionaux et au Siège et auprès de représentants des États Parties, dans les statistiques tirées des réponses données par les États Parties conformément au cadre de suivi de la mise en œuvre du RSI et dans des statistiques sur les activités dans les ports autorisés.

Constatations

98. Certaines des activités qui relèvent de la fonction 8 sont relativement nouvelles et peu développées, tant pour l'OMS que pour de nombreux États Parties. Le plus difficile, pour les États Parties, a été de coordonner l'application des dispositions nouvelles sur la préparation aux situations d'urgence contenues dans les nombreux accords internationaux en vigueur, notamment dans le domaine des transports terrestres, maritimes et aériens.

99. L'obligation de fixer des consignes pour les postes-frontières pose par exemple des problèmes complexes aux pays de l'Union européenne, d'Amérique et d'Asie déjà liés par des accords dans ce domaine aux niveaux sous-régional et régional.

100. Le Comité d'examen a jugé que l'annexe 1B du RSI indiquait clairement les principales capacités requises, mais que la collaboration et la coordination intersectorielles devaient être renforcées pour aider les pays à acquérir ces capacités avant l'échéance de 2012. Avec l'ancien RSI (1969), les pays ont acquis une expérience des mesures de santé publique à appliquer aux points d'entrée. L'objet du RSI révisé (2005) est notamment de faire en sorte qu'une gamme de capacités soit disponible en tout temps aux points d'entrée.

101. Le RSI prévoit un mécanisme pour la désignation d'une autorité compétente chargée de coordonner les activités de préparation à chaque point d'entrée. Faute de ressources suffisantes, certains pays ont éprouvé des difficultés à désigner des points d'entrée dans les aéroports et les ports et aux postes-frontières. Il n'existe pas de tableau d'ensemble de la situation car seul un nombre limité d'États Parties ont répondu aux demandes d'information qui leur ont été adressées à ce sujet par l'OMS.

102. Des lignes directrices et des procédures seraient nécessaires pour la certification des ports et des aéroports, qui exige la mise en œuvre de moyens considérables. Par exemple, les transports maritimes internationaux concernent environ 4000 ports, et l'OMS a connaissance de 80 pays qui ont 1800 ports autorisés à délivrer des certificats de contrôle sanitaire de navire.

103. Dans son témoignage devant le Comité d'examen, le Japon a noté que certains des navires qui arrivent dans ses ports présentent des certificats de contrôle sanitaire de navire délivrés dans des ports qui ne figurent pas sur la liste du site Web de l'OMS. Ce qui n'est peut-être qu'un simple problème administratif doit néanmoins rappeler à tous les États Parties sur les territoires desquels se trouvent des ports qu'ils doivent respecter les dispositions de l'article 20 du RSI.

104. Dans leur témoignage, les États-Unis d'Amérique ont recommandé que l'OMS continue de favoriser l'élaboration et la mise en œuvre d'un système de communication et d'échange d'informations permettant de connecter les autorités compétentes aux points d'entrée internationaux désignés. Il ne s'agit en aucun cas d'amoinrir le rôle important des points focaux nationaux mais d'améliorer les communications de routine.

105. L'article 27 du RSI fait obligation d'informer l'autorité compétente au prochain point d'entrée lorsqu'il est avéré qu'un moyen de transport est affecté. Les pays soucieux de remplir cette obligation ont demandé que leur soient communiquées les coordonnées des points de contact concernés. Il n'est en effet pas stipulé dans le RSI qu'il s'agit des points focaux nationaux. Il n'est pas souhaitable d'encombrer le dispositif d'alerte par l'application de mesures systématiques de suivi, et c'est pourquoi les pays souhaiteraient pouvoir prendre leurs propres décisions. L'OMS propose de mettre à jour la liste des ports de manière à permettre la recherche des coordonnées des points de contact volontairement communiquées par les pays.

106. La Déclaration maritime de santé et la Déclaration d'aéronef relative aux questions sanitaires peuvent être utilisées comme outils de communication dans le cadre du RSI. Beaucoup d'États Membres souhaitent utiliser une fiche de déclaration sanitaire lorsqu'il y a des urgences de santé publique. L'IATA a fait observer qu'en l'absence de modèle recommandé de fiche de déclaration sanitaire, beaucoup de modèles différents avaient été créés pendant la pandémie, ce qui avait été cause de complications pour les compagnies aériennes. L'IATA a proposé que des documents tels que les fiches de déclaration sanitaire et les fiches de recherche des contacts des voyageurs soient harmonisés. Cette condition n'est pas stipulée dans le RSI mais elle pourrait compléter la Déclaration d'aéronef relative aux questions sanitaires.

107. Ce travail d'harmonisation exigerait une collaboration internationale, mais il serait néanmoins complexe étant donné la multitude des mandats qui se recoupent ou se font concurrence et la nécessité de concilier les intérêts de la santé publique et d'autres intérêts. Dans l'ensemble, ces liens ne posent pas de problèmes majeurs, mais les rôles et les responsabilités pourraient être plus clairement définis. L'OMS collabore avec la FAO et l'OIE sur les questions de sécurité sanitaire des aliments dans les transports internationaux. Pendant la pandémie, la coopération technique entre l'Organisation de l'Aviation civile internationale, l'Organisation mondiale du Tourisme, l'IATA et Airports Council International a été efficace et a notamment permis de publier rapidement les documents nécessaires.

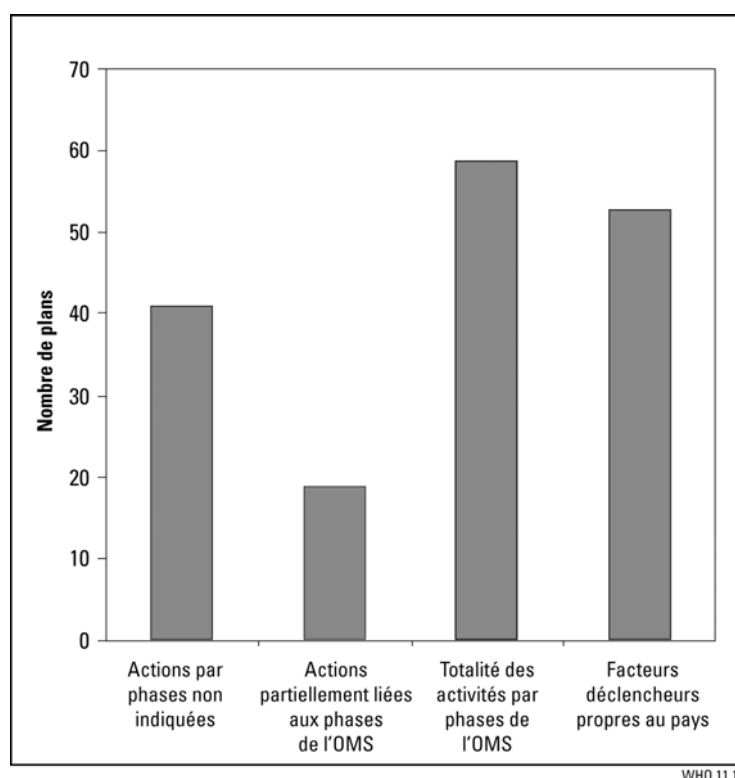
B. Préparation, action et évaluation en cas de pandémie : au niveau des pays

108. De 1995 à 2006, le financement public des dépenses liées à la santé assuré par les gouvernements nationaux et les organismes d'aide au développement s'est accru globalement de près de 100 % (6). Toutefois, des craintes se sont exprimées quant aux éventuels effets que la crise

financière mondiale qui a éclaté en 2007 et s'est aggravée en 2008 pourrait avoir sur la santé dans le monde, alors que les pays resserraient leur budget et que les donateurs réexaminaient l'ensemble de leurs projets. Dans les pays à faible revenu notamment, les dépenses de santé sont tributaires du financement assuré par des donateurs (7). L'OMS s'est penchée sur ces sujets de préoccupation lors d'une consultation de haut niveau qui s'est tenue en janvier 2009 – à peine trois mois avant le début de la pandémie de grippe H1N1. Les participants à cette consultation ont constaté que des difficultés d'ordre économique pouvaient affecter la santé de toutes sortes de manières ; ils ont réaffirmé qu'il était d'une importance capitale de maintenir les investissements en matière de santé et défini les mesures à prendre aux niveaux des pays, des Régions et de l'ensemble du monde pour atténuer les effets de ces difficultés sur la santé (8). S'agissant des ressources dont dispose le secteur sanitaire, la situation des différents pays est contrastée. Certains d'entre eux ont réduit leurs dépenses sociales alors que d'autres les ont augmentées ou les ont maintenues en l'état (9). La crise financière a mis les responsables sanitaires au défi de faire de la santé de leurs populations, et notamment des groupes les plus vulnérables, une priorité.

109. À la suite du SRAS et devant la menace constituée par la grippe aviaire H5N1, l'OMS et les pays ont commencé à se préparer en vue d'une pandémie de grippe (voir Chapitre I). Afin de déterminer où en était cette préparation, l'OMS a procédé en interne à l'examen de 119 plans nationaux sur la base d'une liste structurée en 88 points. Cet examen a révélé que 68 % de ces plans étaient établis en fonction des phases d'alerte à la pandémie définies par l'OMS dans son plan de 2005. Si 72 % des pays avaient mis en place un comité national pour la préparation en cas de pandémie, seuls 13 % et 5 % d'entre eux avaient respectivement constitué des comités et établi des plans au niveau infranational. Ils n'étaient que 8 % à avoir mis ces plans à l'épreuve en procédant à des exercices avant que n'éclate la pandémie de 2009. La moitié seulement de ces pays avaient identifié les facteurs spécifiques susceptibles de déclencher la mise en route de leur système national de riposte à la pandémie (Figure 3.1).

Figure 3.1 Facteurs déclencheurs propres au pays



110. Certains pays sont en butte à des difficultés particulières pour se préparer à une pandémie de grippe. Il y a des pays en développement qui peuvent considérer que les plans retenus par les pays développés ne leur conviennent pas. Les pays qui disposent de ressources limitées ont besoin d'outils pratiques adaptés à leur situation (10). Une analyse portant sur six pays d'Asie effectuée en 2008 montre qu'en prévision d'une flambée de grippe aviaire, ceux-ci s'étaient concentrés, dans leurs plans de préparation en cas de pandémie, sur l'amélioration de la surveillance et du dépistage des cas. Cela étant, les protocoles existants doivent faire preuve d'une plus grande flexibilité pour permettre de tenir compte des variations dans les conditions de transmission. Par ailleurs, on a constaté une aptitude limitée à passer des plans aux opérations (11).

Constatations : évaluation de la riposte à la pandémie

111. Le Comité d'examen a été informé de ce que les pays, les bureaux régionaux de l'OMS et des examinateurs indépendants avaient procédé à une analyse de la riposte à la pandémie. Tous ont reconnu l'intérêt d'une planification, et leurs rapports montrent que certains pays disposaient de plans efficaces et bien éprouvés. Toutefois, malgré les lignes directrices très complètes rédigées par l'OMS et l'appui accordé par l'Organisation en matière de formation, notamment par le canal de ses bureaux régionaux, tous les pays n'ont pas mis au point de plans efficaces. Ils disposaient en général de ressources suffisantes pour faire face à la pandémie mais ont admis qu'ils auraient été à la peine si la situation avait été plus grave. On n'a pas mis suffisamment l'accent sur la planification plurisectorielle et la continuité de l'activité dans le secteur sanitaire et au-delà.

112. En septembre 2009, un rapport en provenance de la Caraïbe a conclu, comme d'autres, que :

« La plupart des pays étaient dans une certaine mesure préparés à faire face à une crise potentielle. Les efforts de préparation déployés par les pays ou territoires de la sous-région de la Caraïbe depuis le début de la pandémie de grippe H1N1 ont permis une réaction plus efficace à la pandémie sous sa forme atténuée. Les enseignements qui en ont été tirés et l'échange d'informations sur l'expérience acquise ont rendu les pays attentifs à la nécessité de réévaluer leur préparation en cas de catastrophe et leurs plans d'action visant à atténuer l'impact potentiel d'une grave pandémie de grippe H1N1 dans la Région. » (12)

113. Selon un rapport du Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale (EMRO) en date d'avril 2010, la presque totalité des pays de la Région avaient élaboré des plans de préparation et d'action en cas de pandémie. EMRO a noté que ces plans avaient été mis au point dans le cadre du secteur sanitaire sans un véritable engagement des autres secteurs et que peu de plans avaient été réactualisés en vue de la pandémie de grippe H1N1.

114. Lors d'une communication faite à l'occasion d'une conférence qui s'est tenue au Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est (SEARO), il a été indiqué que, alors que l'on s'attendait à une pandémie de grippe aviaire, globalement, la préparation à la pandémie avait changé le cours des choses dans les pays de cette Région. Si les pays ont généralement été capables de faire face à la pandémie, le système de soins, le système de surveillance et les laboratoires ont été mis sous pression, et il est clair qu'ils auraient eu fort à faire en cas de pandémie plus grave.

115. En septembre 2009, le Bureau régional OMS des Amériques (OPS/AMRO) a organisé une réunion de deux jours à laquelle ont participé des représentants de tous les pays de la Région afin d'examiner l'utilité de leurs plans nationaux en cas de pandémie (13). La plupart des pays avaient préparé des plans mais qui, pour la plupart, étaient initialement destinés à riposter à la grippe H5N1 dont on prévoyait qu'elle serait plus grave. Les pays ont constaté que les mesures de prévention, d'endigement et de réduction d'impact qui avaient été planifiées n'étaient pas intégralement

applicables à la pandémie de grippe H1N1 de 2009 qui entraînait une pathologie moins grave mais plus facilement transmissible. La nécessité de disposer de plans adaptables a été réaffirmée dans d'autres évaluations, par exemple dans l'analyse indépendante qui a été faite de l'action menée par le Royaume-Uni, selon laquelle la pandémie due au virus H1N1 (2009) a eu sur un plan général des conséquences plus modérées que « la grippe aviaire H5N1 qui était attendue et à laquelle on était préparé ». Il est également souligné, dans cette analyse, que l'incertitude règne au cours des premiers stades d'une pandémie et que : « compte tenu de l'incertitude inhérente au caractère imprévisible du virus grippal, on a tendance, dans une situation d'urgence et en l'absence d'information, à prendre pour hypothèse le scénario le plus grave et à se donner les moyens correspondants pour réagir » (14).

Constatations : Réactions du système de santé : hôpitaux et services de soins intensifs

116. Bien que, dans son plan de préparation de 1999, l'OMS n'ait pas insisté sur les exigences auxquelles devaient répondre les systèmes de santé face à une pandémie, les plans de 2005 et de 2009 ont en revanche souligné l'importance de l'action des systèmes de santé et ils préconisent d'établir des protocoles et des algorithmes provisoires pour le dépistage des cas, leur traitement et leur prise en charge, de préparer des lignes directrices pour la lutte contre l'infection, de donner des conseils en matière de triage, de mettre en place les moyens qui permettront de faire face à un afflux de cas et d'élaborer des stratégies pour la dotation en personnel.

117. Les diverses analyses effectuées reconnaissent que le virus pandémique H1N1 a provoqué une maladie relativement bénigne et que les pays auraient été à la peine si celle-ci avait été plus grave. Les soins intensifs et la capacité à faire face à l'afflux de cas sont des aspects importants de l'action des systèmes de santé en cas de pandémie. C'est surtout au niveau des services de soins intensifs des hôpitaux que le système de santé a été mis à l'épreuve lors de la pandémie de 2009 (15). Avant la pandémie, l'OMS avait émis des lignes directrices de portée limitée sur les soins cliniques et les besoins sur le plan hospitalier. Même dans les pays développés, les services de soins pneumologiques intensifs ont été mis à rude épreuve.

Constatations : utilisation et bien-fondé des lignes directrices de l'OMS pour la préparation en cas de pandémie

118. La plupart des pays avaient établi des plans de préparation en cas de pandémie qui s'inspiraient des orientations données par l'OMS. Ces plans différaient des uns des autres quant à leur qualité, à leur portée, à leur capacité à être mis en œuvre rapidement et à leur mise à l'essai. Nombre d'entre eux avaient été établis dans l'attente d'une flambée de grippe H5N1. Cela étant, tous les rapports relatifs aux pays reconnaissent la valeur de cette préparation anticipée, et le monde était beaucoup mieux préparé à faire face à cette pandémie que cela n'était le cas seulement quelques années plus tôt. C'est le processus de planification tout autant que les plans eux-mêmes qui a fait bouger les choses. La mise en œuvre du RSI a également contribué à la riposte. De nombreux pays ont bénéficié de l'aide de l'OMS pour préparer leurs plans, principalement par le canal des bureaux régionaux. L'OMS a eu le grand mérite de guider les pays, de les inciter à élaborer leurs propres plans et d'aider nombre d'entre eux à renforcer leurs systèmes de surveillance et leurs moyens de laboratoire, notamment en assurant, entre autres, la formation du personnel.

119. Les principales caractéristiques de ces orientations sont tout à fait pertinentes, qu'il s'agisse de la nécessité d'agir sur l'ensemble du territoire national, de la création d'une structure organisationnelle de haut niveau, du lien entre les plans de préparation aux situations d'urgence et le RSI et, enfin, de la gamme potentielle des mesures à prendre dans les différentes situations. Les plans qui en ont tenu compte se sont révélés très efficaces. Il est toutefois évident, à la lumière des analyses effectuées, que

tous les pays ne les ont pas prises en compte dans leurs plans, notamment en ce qui concerne la nécessité d'une approche impliquant « l'ensemble de la société ».

120. Une grande partie des orientations et un grand nombre de plans avaient été établis dans l'hypothèse où la prochaine pandémie résulterait d'une flambée de grippe H5N1. Le risque potentiel d'une telle flambée a incité les pays à prendre la planification au sérieux. Cette attitude a été confortée par l'évaluation des risques effectuée par plusieurs organismes de santé publique ainsi que par une forte couverture médiatique du sujet qui laissaient entendre que cette pandémie aurait des conséquences dévastatrices. Les ministères de la santé ont réagi tout à fait opportunément, parfois en établissant des plans exhaustifs et, dans les pays qui en avaient les moyens, en constituant des réserves d'antiviraux. Malheureusement, comme un grand nombre de plans avaient été prévus pour une pandémie de H5N1 et en fonction de sa vitesse de propagation, les pays n'étaient pas préparés à faire face à une maladie moins grave mais qui s'étendait plus rapidement.

121. Les pays se sont basés sur la structure par phases proposée par l'OMS pour déterminer le niveau de préparation nécessaire et pour intensifier leur action en fonction des exigences de la situation ; par exemple, lorsque la phase 5 a été déclarée le 29 avril, l'OMS avait déjà reçu des rapports médicaux émanant de neuf pays. Comme ils s'étaient rendus compte que la maladie progressait rapidement, les pays d'Europe étaient déjà très en alerte et procédaient à la mise en œuvre de leurs plans ; on estimait inévitable, en raison du trafic de voyageurs international s'ajoutant à la transmission rapide du virus, une apparition rapide de la maladie en Europe. Au Royaume-Uni, par exemple, les premiers cas suspects ont été identifiés le 26 avril en Écosse et confirmés le 27 avril. La Health Protection Agency du Royaume-Uni a alors émis des conseils à l'attention des cliniciens et de la population et le plan de préparation du Royaume-Uni a été mis en route.

122. Un certain nombre de pays ont considéré que les différentes phases de la pandémie mondiale n'étaient pas adaptées à leur situation. Les déclarations successives des différentes phases de la pandémie ont été jugées tardives par quelques-uns des pays qui avaient été touchés de bonne heure et prématurées par ceux qui l'avaient été plus tardivement. Certains pays se sont interrogés quant à la nécessité de déclarer une pandémie alors que d'autres étaient d'avis que la fin de la pandémie avait été déclarée trop tard. D'autres se sont servis des phases pandémiques à des fins opérationnelles plutôt que pour la planification et pris des mesures alors même qu'aucun cas n'était signalé sur leur territoire.

123. Le Comité d'examen est parvenu à la conclusion que les phases exposées dans les documents d'orientation de l'OMS ont visiblement été utilisées aux fins de la planification, pour la description de la situation au niveau mondial et, pour certaines d'entre elles, comme des outils opérationnels pour déclencher l'action. Le Comité d'examen est d'avis que, pour la planification future, il serait utile de séparer ces aspects les uns des autres. La structure multiphasique des orientations données par l'OMS comporte plus de stades que de réactions différenciées et elle est inutilement complexe notamment sur le plan opérationnel. Le Comité d'examen recommande de réviser les lignes directrices afin d'y introduire une structure par phases simplifiée qui privilégie une approche fondée sur le risque tout en assurant un suivi étroit des événements et en infléchissant l'action si nécessaire. En outre, s'appuyer sur l'extension géographique de la maladie pour définir les différentes phases de la pandémie mondiale s'est révélé moins bien adapté à la caractérisation de la période postpandémique. En règle générale, les virus pandémiques évoluent vers la grippe saisonnière et l'intensité de l'infection peut varier d'un pays à l'autre. Reconnaître cette transition est affaire de jugement. Ces considérations sont apparues comme évidentes lors des délibérations du Comité d'urgence et au cours des mois qui ont précédé sa décision de recommander au Directeur général de déclarer la fin de la pandémie. Ces difficultés confortent encore la recommandation du Comité d'examen de simplifier la structure par phases de la pandémie et de séparer les considérations d'ordre opérationnel au niveau des pays du plan de préparation à l'échelon mondial.

C. OMS : préparation/planification et riposte

124. En tant qu'institution des Nations Unies chargée de la santé, l'OMS coopère avec le groupe qui assure la coordination du système des Nations Unies pour la grippe (UNSIC) à la préparation et à l'action en cas de pandémie de grippe. Lors de la pandémie de 2009, l'UNSIC a admis qu'une approche impliquant la société tout entière était nécessaire et il a coordonné les activités de 13 organismes intergouvernementaux à l'appui de la riposte à la pandémie dirigée par l'OMS, tout en communiquant de précieuses informations.

125. Le rôle joué par l'OMS dans la préparation et la riposte à la pandémie est décrit dans les orientations définies par l'Organisation en 2009 ; ce rôle comporte les volets suivants : coordination conformément aux dispositions du RSI, désignation de la phase pandémique, formulation de recommandations sur le point de savoir s'il faut passer de la production du vaccin saisonnier à celle du vaccin pandémique et à quel moment, endiguement rapide de la pandémie émergente à son stade initial et évaluation à bref délai de la gravité de cette pandémie sur le plan sanitaire.

126. Après avoir annoncé le passage à la phase 5 en mai 2009, l'OMS a précisé la définition de son objectif en indiquant en substance qu'il s'agissait d'atténuer l'impact de la grippe pandémique A (H1N1) par un renforcement de la préparation et de la capacité de réaction des pays et des communautés, en particulier dans les régions du monde les plus vulnérables. Six actions stratégiques ont été définies : surveiller et suivre la progression de la maladie, obtenir et communiquer des informations, guider et soutenir les pays, accélérer l'accès aux vaccins et à d'autres prestations, accélérer l'accès aux antiviraux et conduire l'action et la collaboration au niveau mondial dans le domaine sanitaire.

127. En réaction aux premiers rapports sur la maladie, l'OMS a entamé ses procédures de prise en charge d'un événement de santé publique aigu. La période opérationnelle aiguë s'est achevée le 25 mai 2009 et les activités du Centre stratégique d'opérations sanitaires (SHOC) ont été réduites dans la mesure où le soutien logistique et opérationnel aux pays était lui-même en voie de réduction. Avec l'annonce du passage à la phase 6, les opérations de riposte à la pandémie ont été ramenées aux dispositions programmatiques habituelles. Un groupe d'évaluation de la pandémie (PEG) a été établi avec pour mission de rassembler l'ensemble des informations reçues afin d'améliorer l'analyse et la coordination de la situation. Il s'agissait notamment de coordonner la communication des faits scientifiques pour les réunions du Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE). Le PEG disposait de quatre types d'informations : épidémiologiques, cliniques, vaccinologiques ou tirées de modèles. Le groupe a puisé dans les rapports de situation, qui ont commencé par être rédigés quotidiennement, puis tous les deux jours et, enfin, toutes les semaines (à partir du 26 juin 2009). Ces rapports portaient sur l'épidémiologie de la pandémie, les connaissances scientifiques qui en étaient tirées, les questions d'ordre vaccinologique, les opérations et le soutien aux pays, la communication et le RSI. D'autres groupes ont été créés pour s'occuper de questions particulières telles que le SHOC Docs, qui était chargé de coordonner l'examen et l'approbation des documents d'orientation technique.

128. Le personnel de l'OMS s'est trouvé soumis à une très forte pression du fait de la nécessité d'assurer la continuité des activités et du soutien aux pays. Les responsables avaient l'habitude de détacher du personnel pour de courtes périodes afin de s'occuper de situations d'urgence ou pour participer à certains programmes à long terme. Il n'en était plus de même pendant la pandémie. Il s'agissait alors d'une situation de longue durée à l'échelle planétaire nécessitant d'intenses activités pendant de longs mois. L'OMS ne dispose pas d'un fonds de réserve important ; les fonds sont alloués en fonction des priorités acceptées par l'Assemblée mondiale de la Santé ou les pays donateurs. Plusieurs États Membres ont fourni du personnel mais, à la longue, cela a créé des difficultés à certains d'entre eux, notamment lorsque les effets de la pandémie se sont fait sentir sur leur propre

territoire. L'affectation de personnels à court terme a également posé des problèmes dus à des ruptures de continuité et à des lacunes dans la communication des connaissances. Les cadres dirigeants de l'OMS reconnaissent que l'organisation à mettre en place lors de pareils événements doit être réexaminée, notamment dans l'éventualité d'une pandémie plus grave. L'OMS n'a pas été la seule à admettre que la coordination et la gestion de son action avaient été soumises à très rude épreuve. Les pays qui avaient procédé à des simulations de grande envergure ou qui avaient déjà l'expérience d'épidémies de grande ampleur étaient mieux préparés, mais la pandémie a fait ressortir la nécessité d'un niveau élevé d'organisation et de ressources pour assurer la surveillance d'un tel événement.

Bureaux de pays et bureaux régionaux de l'OMS

129. Les bureaux régionaux agissant soit directement soit, le cas échéant, par le canal des bureaux de pays ont apporté divers types de soutien aux pays : en matière de communication, d'orientation et d'appui technique. Ils ont également mobilisé des équipes pour faciliter les mesures locales et renforcé les différents systèmes afin de diligenter certaines activités comme la distribution d'antiviraux et de vaccins.

130. L'OMS a été en mesure d'aider les pays touchés plus tardivement par la pandémie à renforcer leur préparation. En août 2009, par exemple, le Bureau régional OMS de l'Afrique (AFRO) a organisé une réunion en collaboration avec les États Membres afin de mettre les participants au courant de la situation dans le monde, d'examiner leurs plans nationaux de préparation et d'action, d'identifier d'éventuelles lacunes et de discuter des stratégies à mettre en place pour mobiliser des ressources (16).

131. L'OPS a commandé un examen interne indépendant de sa propre action et en a communiqué les résultats au Comité d'examen. Les États Membres ont réagi positivement au soutien technique, à la mobilisation des ressources et à l'appui assurés par les représentants de l'OMS à l'intention des ministères de la santé des différents pays. Le rapport de l'OPS fait état d'un certain nombre de lacunes, notamment en ce qui concerne le lien entre santé publique et médecine clinique, ainsi que de faiblesses dans les structures chargées de surveiller et de combattre la pandémie. Le rapport conclut qu'en dépit de ces faiblesses, les États Membres se sont remarquablement comportés, mais que leur action n'aurait pas fait long feu si la situation s'était prolongée.

Coordination et collaboration générales

132. Lorsqu'a été annoncé le passage à la phase 6, la structure de commandement des interventions dont le détail est donné ci-dessous a été transférée *de facto* au Groupe Sécurité sanitaire et environnement, sous la direction du Sous-Directeur général (ADG) par intérim chargé de ce Groupe

Fonctions essentielles

- Gestion de l'information (GAR)
- Informations épidémiologiques, cliniques, virologiques, scientifiques et techniques (GIP)
- Planification, coordination et mise en œuvre des activités liées aux vaccins pandémiques (IVB)
- Coordination et planification de concert avec les bureaux régionaux et les bureaux de pays, ainsi qu'avec le GOARN (GAR et HAC)
- Demandes et problèmes en rapport avec le RSI (2005)

- Planification et approbation des documents techniques (SHOCDocs, GIP, HSE/ADGO)
- Gestion des activités en rapport avec les médias (GAR)
- Appui administratif (HSE et DGO).

ADGO, Bureau du Sous-Directeur général ; DGO, Bureau du Directeur général ; GAR, Alerte et action au niveau mondial ; GIP, Programme mondial de lutte contre la grippe ; HAC, Interventions sanitaires en cas de crise ; HSE, Sécurité sanitaire et environnement ; RSI, Règlement sanitaire international ; IVB, Vaccination, vaccins et produits biologiques ; SHOCDocs, Équipe chargée des documents au Centre stratégique d'opérations sanitaires.

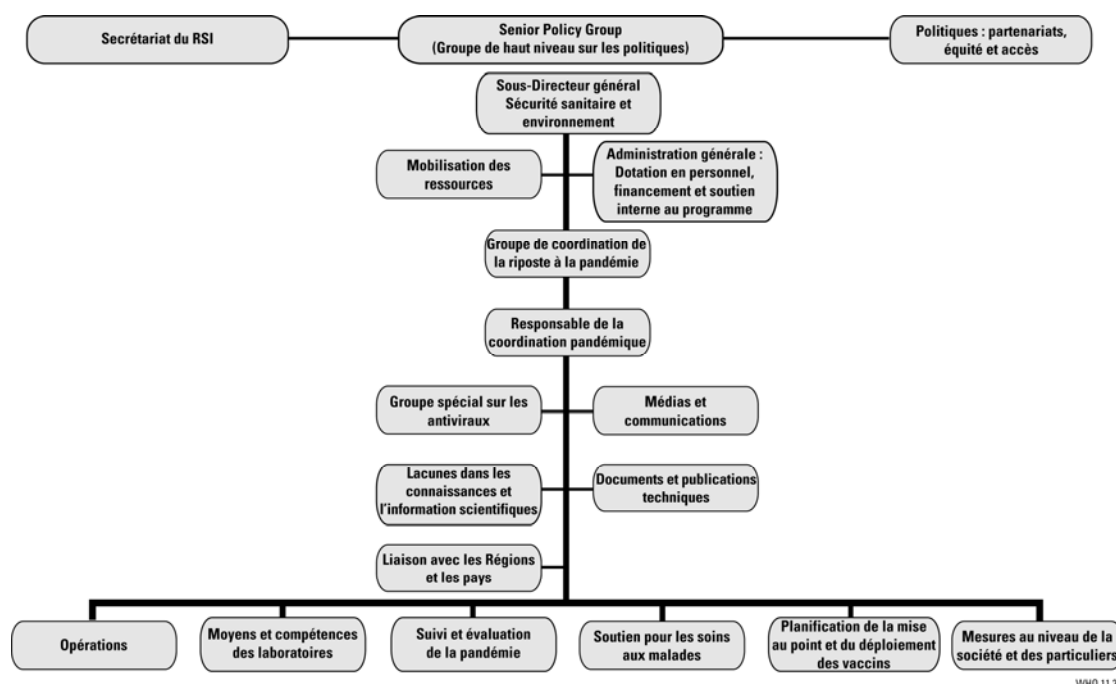
Structure de commandement des interventions en cas de pandémie

133. Les politiques ont été arrêtées et les décisions stratégiques prises par le Senior Policy Group (SPG) (Groupe de haut niveau sur les politiques). La structure de gestion était la suivante :

- Directeur exécutif du projet (Sous-Directeur général/HSE)
- Directeur de la gestion du projet (nomination temporaire)
- Responsables des équipes fonctionnelles.

134. Fin juillet 2009, un ancien représentant de l'OMS dans les pays a été engagé par l'Organisation pour se rendre à Genève et commencer à organiser les équipes fonctionnelles en vue de la riposte à la pandémie (Figure 3.2).

Figure 3.2 Fonctions essentielles pour la gestion de la pandémie et leurs rapports hiérarchiques



Source : WHO Headquarters Pandemic (H1N1) 2009 Organizations and Resources. Brochure publiée par l'Organisation mondiale de la Santé.

135. La constitution de cette structure a été annoncée officiellement le 7 septembre 2009. Voir l'appendice IV pour plus de détails.

136. Le 12 octobre 2009, le Sous-Directeur général chargé de la sécurité sanitaire et de l'environnement (HSE) a été nommé Conseiller spécial auprès du Directeur général pour la grippe pandémique. L'intérim du poste de sous-directeur général HSE a été temporairement assuré par le Directeur général adjoint. Le 26 juillet 2010, le Conseiller spécial a diffusé un mémorandum à tous les chefs de département du Groupe HSE afin qu'ils se préparent aux opérations postpandémiques et que le personnel détaché regagne son lieu d'affectation antérieur.

D. Surveillance, suivi et notification

137. Pour assurer le suivi d'une pandémie de grippe, il faut disposer en temps utile d'informations exactes. Les données rassemblées au niveau des pays peuvent, une fois communiquées et regroupées au niveau mondial, permettre de dégager les caractéristiques importantes du virus pandémique, guider les activités de prévention et de lutte, faciliter la distribution des antiviraux et des vaccins et faire justice des rumeurs et des informations erronées (17).

138. Avant que n'éclate la pandémie de grippe H1N1, la surveillance virologique des virus de la grippe aux niveaux mondial et national passait depuis longtemps par le Réseau mondial OMS de surveillance de la grippe (GISN). Par ailleurs, le RSI indique quelles sont les obligations et les procédures que doivent respecter les pays et l'OMS en ce qui concerne la détection précoce, la surveillance, l'évaluation du risque, la vérification et la notification des événements de santé publique susceptibles de constituer une menace à l'échelle planétaire (voir chapitre I).

139. En complément de ces mécanismes, l'OMS a collaboré avec ses États Membres et d'autres partenaires au renforcement de la surveillance de la grippe saisonnière (18, 19) et à l'élaboration de lignes directrices normalisées pour la surveillance de la maladie au cours d'une pandémie.

Lignes directrices de l'OMS pour la surveillance de la maladie à l'échelon mondial au cours d'une pandémie de grippe

Période prépandémique

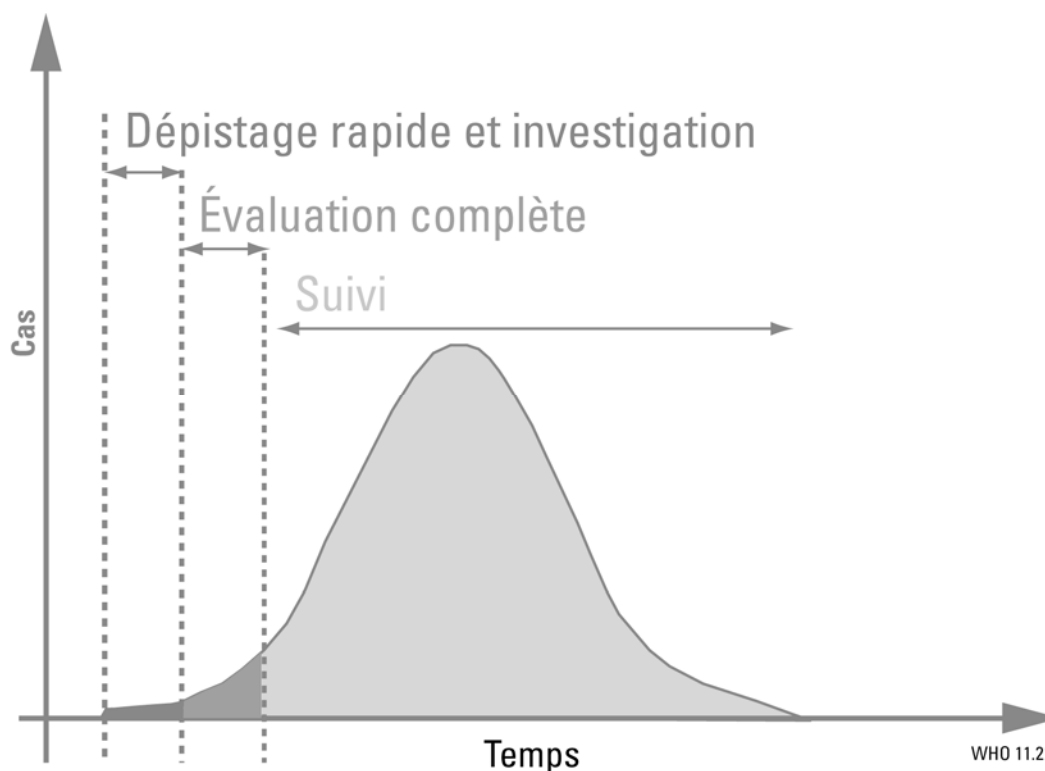
140. En décembre 2007, l'OMS a organisé une consultation technique afin d'entreprendre l'élaboration de lignes directrices pour la surveillance à l'échelon mondial au cours d'une pandémie de grippe. Lors de cette consultation, un certain nombre de difficultés importantes ont été mises en lumière : dans les pays disposant de peu de moyens, il est fréquent qu'il n'y ait pas de système de surveillance de la grippe et les systèmes de surveillance diffèrent tant par leur objet que par leur orientation, le type et le nombre des sources de données, les méthodes utilisées (notamment du fait de l'absence d'une définition du cas de grippe universellement acceptée) et également selon le niveau des ressources allouées au recueil et au traitement de l'information. Il existe d'autres systèmes, comme par exemple la surveillance syndromique et le système intégré de surveillance des maladies en Afrique – un système de veille avancée dédié à la détection rapide des maladies épidémiques –, qui avaient la possibilité d'être utilisés pour la surveillance de la grippe pandémique (20).

141. L'OMS, en consultation avec un groupe de travail constitué de spécialistes, a mis au point par la suite un système de surveillance à l'échelon mondial en cas de pandémie de grippe (17). Le document

d'orientation était en cours d'examen lorsque la pandémie a éclaté et il a été publié peu de temps après sur le site Web de l'OMS.

142. Il était conseillé aux pays d'établir des plans pour trois types d'activités ou d'éléments de surveillance, à savoir détecter l'apparition d'une nouvelle maladie, la caractériser et en suivre l'évolution (Figure 3.3). L'objectif du premier élément de la surveillance (à savoir la recherche et l'étude des premiers indices de la transmission interhumaine durable d'un virus grippal potentiellement pandémique) était tout à fait dans la ligne des capacités principales préconisées par le RSI. Le deuxième élément (c'est-à-dire un bilan complet portant sur un nombre limité des tout premiers cas de chaque pays) permettait d'identifier les caractéristiques cliniques, épidémiologiques et virologiques de la nouvelle maladie, informations essentielles pour évaluer la gravité de l'événement. Quant au troisième élément, il consistait à suivre l'extension géographique pays par pays du virus pandémique, à déterminer l'intensité de la maladie et à chercher à savoir si le nombre de cas tendait à augmenter ou à diminuer, tout en évaluant l'impact de la pandémie sur l'infrastructure médico-sanitaire. Ces indicateurs qualitatifs devaient pouvoir être rassemblés par chaque pays et permettre d'apporter d'utiles informations pour la gestion de la pandémie aux niveaux mondial et national.

Figure 3.3 Aperçu des éléments de la surveillance au niveau national



Pendant la pandémie

143. Le 27 avril 2009, l'OMS a publié des lignes directrices complémentaires en matière de surveillance qui étaient consacrées aux aspects opérationnels du dépistage, de la confirmation des cas en laboratoire, du suivi et du bilan médical des cas d'infection grippale pandémique (H1N1) 2009 (21). Ces lignes directrices invitaient les pays à renforcer leurs moyens de surveillance et de diagnostic de la grippe en s'appuyant sur les structures et les moyens de surveillance existants.

144. Au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie de grippe, l'augmentation du nombre de cas dans les pays où la transmission se prolongeait dans la communauté a fait qu'il est devenu extrêmement difficile, voire impossible, pour les pays de continuer à confirmer chaque cas en laboratoire (22). Dans certains pays, la presque totalité de la capacité de riposte et des moyens de laboratoire était monopolisée par cette stratégie, ce qui laissait peu de ressources pour le suivi et l'étude des cas graves et d'autres événements exceptionnels. En outre, le dénombrement des cas individuels n'était plus considéré comme essentiel dans ces pays pour déterminer l'évolution du niveau ou de la nature du risque créé par le virus pandémique ou guider la mise en œuvre des mesures de riposte les plus appropriées.

145. C'est pour ces raisons qu'en juillet 2009 l'OMS a publié des lignes directrices provisoires actualisées pour la surveillance durant la phase 6 de la pandémie mondiale (23). Comme précédemment, il a été demandé aux pays de notifier les points suivants : premiers cas d'infection par le virus pandémique H1N1 2009 confirmés en laboratoire ; nombre hebdomadaire total de cas (dans la mesure du possible) ; description des premiers cas ; éléments inhabituels pouvant être le signe d'un changement dans les caractéristiques épidémiologiques et cliniques du virus pandémique et données de la surveillance virologique. Il a été recommandé de pratiquer des examens de laboratoire sur un échantillon de cas suspects de grippe pandémique H1N1 2009, notamment pour confirmer la présence de l'infection dans de nouvelles zones et rechercher les cas graves. Dans le cas des pays où la transmission s'étendait à l'ensemble de la communauté, les lignes directrices annonçaient un changement de priorité, à savoir le passage du dénombrement des cas individuels à la notification de la situation de la pandémie au niveau national en utilisant pour cela quatre indicateurs qualitatifs. Il a été ainsi demandé aux États Membres possédant un système de surveillance de la grippe de communiquer chaque semaine des informations quantitatives sur les syndromes d'allure grippale et les affections respiratoires aiguës graves.

146. Alors que le Directeur général annonçait le 10 août 2010 le passage à la période postpandémique, l'OMS publiait ses lignes directrices pour la surveillance au cours de cette période. Ces lignes directrices portaient sur les points suivants : détection précoce des événements inhabituels susceptibles d'indiquer un changement dans la gravité ou la typologie des pathologies liées à la grippe ou encore l'émergence d'un nouveau virus ; établissement et suivi du niveau de base des maladies respiratoires graves, y compris le degré de gravité, la charge de morbidité et l'impact de la grippe ; description et suivi des groupes vulnérables exposés au risque le plus élevé de maladie grave, recherche des modifications antigéniques ou génétiques chez les virus circulants ou apparition éventuelle d'une résistance aux antiviraux (24).

Échange des virus et surveillance virologique

147. Le GISN a facilité l'échange et l'analyse rapides des échantillons de virus tout au long de la pandémie ; au 5 juin 2010, 155 pays avaient échangé 26 066 échantillons (isolements viraux et échantillons cliniques) avec les centres collaborateurs de l'OMS. Le Projet OMS de financement des expéditions mis sur les rails en 2005 a facilité l'échange d'échantillons et de virus. Au cours de la pandémie de grippe H1N1, ce système a permis de financer 316 expéditions en provenance de 81 pays, pour un montant de plus de US \$400 000. L'OMS a également fourni du matériel pour la collecte des échantillons (des écouvillons et des milieux de transport pour les virus) aux pays disposant de maigres ressources.

148. Dans les jours qui ont suivi l'annonce de la découverte d'un nouveau virus grippal A H1N1, le centre collaborateur de l'OMS situé aux Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique a mis au point une méthode de détection basée sur une réaction d'amplification génique associant la polymérisation en chaîne en temps réel à la transcriptase inverse (RT-PCR) et a préparé

des nécessaires de diagnostic virologique. Entre le 1^{er} mai 2009 et le 10 août 2010, 2168 nécessaires de PCR (permettant environ 1000 tests par nécessaire, soit plus de 2 millions de tests) pour la détection du virus pandémique H1N1 2009 ont été remis gratuitement à tous les laboratoires du monde qui en faisaient la demande (dont 709 nécessaires distribués sur le territoire des États-Unis d'Amérique).

149. Le rôle des laboratoires dans la riposte à la pandémie a essentiellement consisté à effectuer des tests de diagnostic et à surveiller l'évolution du virus H1N1. Les centres nationaux de la grippe ont examiné plus de 2 millions d'échantillons cliniques au cours de l'année 2009 et communiqué chaque semaine leurs données de surveillance virologique au réseau FluNet. Du 19 avril 2009 au 19 mai 2010, les centres collaborateurs de l'OMS ont identifié plus de 11 000 échantillons positifs. Au départ, l'objectif principal était d'examiner des échantillons provenant de tous les cas suspects aussi rapidement que possible afin de déterminer l'ampleur de la propagation du virus pandémique. Ces informations ont été communiquées aux points focaux nationaux et ont permis à l'OMS de suivre et de notifier les cas d'infection confirmés en laboratoire. Les laboratoires ont été également invités à envoyer tout échantillon positif pour la grippe A dont ils ne pouvaient pas déterminer le sous-type aux centres collaborateurs de l'OMS pour procéder à cette détermination. Au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie, les examens de laboratoire ont été effectués de manière plus sélective en appui au suivi épidémiologique. En outre, on a donné la priorité à l'examen des virus provenant des malades gravement atteints afin de déterminer si des modifications au niveau de l'agent viral étaient à l'origine de l'aggravation de la maladie.

150. Tout au long de la pandémie, l'OMS a demandé aux laboratoires situés dans les différents pays d'envoyer des échantillons cliniques positifs représentatifs et des virus pandémiques à ses centres collaborateurs afin que ceux-ci les caractérisent. Les centres collaborateurs de l'OMS ont effectué des analyses antigéniques et génétiques sur plus de 6000 isollements de virus entre le 19 avril 2009 et le 19 mai 2010. Les centres collaborateurs du GISN, des laboratoires essentiels de réglementation et d'autres institutions partenaires ont travaillé et mis au point des virus vaccinaux et des réactifs expérimentaux (25) ; dans les 32 jours qui ont suivi la déclaration de l'existence d'une urgence de santé publique, c'est un virus analogue à la souche A/California/7/2009 qui a été choisi pour la préparation d'un vaccin contre le virus pandémique, et le premier vaccin expérimental constitué de virus réassortis a été mis à disposition en vue de l'élaboration d'un vaccin définitif. Le premier d'une série de réactifs destinés à la détermination de l'activité du vaccin contre le virus pandémique H1N1 2009 était prêt quelques semaines plus tard, le 13 juillet 2009. Un séquençage moléculaire effectué dans l'éventualité d'une possible dérive antigénique du virus a permis de constater que tous les virus étaient similaires sur le plan antigénique au virus vaccinal A/California/7/2009, avec seulement quelques variations génétiques mineures (25). De son côté, le GISN a activement surveillé la résistance du virus pandémique H1N1 aux antiviraux et mis au point des protocoles pour la détermination de la sensibilité aux antiviraux. Ces tests de sensibilité ont servi de base aux recommandations nationales et mondiales en matière d'antiviraux. Des études sérologiques effectuées par les centres collaborateurs de l'OMS ont mis en évidence, chez les adultes d'un certain âge, des anticorps neutralisants dirigés contre le virus pandémique qui donnaient des réactions croisées, ce qui a contribué à expliquer la morbidité observée.

151. Dès le début de la pandémie, l'OMS a coordonné l'organisation de téléconférences régulières avec les laboratoires du GISN et d'autres partenaires comme la Fédération internationale de l'Industrie du Médicament (FIIM), le réseau de fabricants de vaccins des pays en développement et d'autres producteurs dans le monde. Dès le début juin 2009, l'OMS a organisé d'autres téléconférences techniques hebdomadaires sur les virus H1N1 2009 réassortis qui paraissaient les mieux adaptés à une utilisation en vue de la production d'un vaccin. Cette démarche collective a facilité le développement de vaccins viraux réassortis expérimentaux, dès qu'a été connue la souche vaccinale recommandée.

152. Comme ces réalisations en fournissent la preuve, les membres du Comité d'examen estiment qu'en l'occurrence le GISN a bien travaillé et facilité la détection, l'identification, la caractérisation initiale et le suivi du virus pandémique (H1N1) 2009 en temps voulu ; on a ainsi assisté, pour la première fois, à une initiative bien coordonnée impliquant les laboratoires de l'ensemble du monde pendant une longue période de temps. À la lumière de ce qui s'était passé lors des flambées de grippe aviaire H5N1, on s'était demandé si certains pays n'allaient pas faire des difficultés pour partager leurs isolements viraux.

153. La pandémie a eu pour effet d'accroître les capacités de diagnostic de certains pays grâce à la décentralisation des examens de laboratoire et à l'amélioration des techniques microbiologiques au niveau national (13). Toutefois, la réponse des laboratoires n'a pas toujours été à la hauteur de la demande car les besoins créés dans certains pays par la pandémie dépassaient leurs capacités. On a noté des lacunes dans la couverture géographique de la surveillance virologique, notamment en Afrique. Il y avait au début de la pandémie huit centres nationaux de la grippe en Afrique, donc cinq étaient en activité. Comme l'a indiqué le Secrétariat de l'OMS, de nombreux pays situés dans les Régions africaine, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale ont une capacité limitée en matière de biologie. Cette capacité est également limitée dans de nombreux pays aux niveaux national et infranational.

154. Selon le Secrétariat de l'OMS, près d'un an après le début de la pandémie, certains pays n'étaient pas encore en mesure de dépister et de notifier un cas de grippe pandémique (H1N1) 2009. Au cours de cette pandémie, même les laboratoires bien dotés ont connu des problèmes lorsqu'ils ne disposaient pas d'algorithmes de diagnostic appropriés. Parfois, au début de la pandémie, les examens de laboratoire effectués sur la totalité des cas suspects de grippe pandémique ont épuisé les stocks de réactifs et les moyens disponibles pour procéder à des tests sur les patients gravement malades ou hospitalisés. Les centres collaborateurs ont fourni des réactifs en quantité limitée aux centres nationaux de la grippe mais, bien que ceux-ci aient été disponibles dans le commerce, les pays disposant de maigres ressources n'avaient pas les moyens de se les procurer. Cela montre la nécessité d'assurer un accès plus équitable aux réactifs de laboratoire.

155. Les pays ont connu des difficultés en raison de la quantité plus importante d'échantillons soumis à des examens de laboratoire. Dans les pays qui n'avaient guère de ressources et dont les capacités étaient limitées, les laboratoires n'arrivaient plus à répondre aux besoins cliniques de leurs propres pays et à fournir des échantillons destinés à la surveillance mondiale. Selon le Secrétariat, les résultats de nombre de laboratoires n'ont pas été pris en compte dans les analyses à l'échelon mondial, car ces données n'ont pas été communiquées au réseau FluNet. Certains pays ont modifié leurs stratégies en matière d'examen de laboratoire : on était plus enclin par exemple à effectuer des prélèvements et des examens dans le cas de patients gravement malades ou présentant d'importants facteurs de risque. Il est possible que cela ait introduit un certain biais lorsqu'il s'est agi de déterminer quelle était la proportion de virus saisonniers en circulation par rapport aux virus pandémiques, et fait ressortir la nécessité d'une collaboration étroite entre la surveillance au niveau des laboratoires et la surveillance clinique.

156. Compte tenu de ces besoins en matière de surveillance, il est d'autant plus important de renforcer les moyens tant au niveau régional qu'au niveau local. Selon le Secrétariat de l'OMS, l'effort se poursuit en vue d'accroître les moyens dont disposent les centres nationaux de la grippe en matière de biologie et de faire entrer un nombre plus important de ces centres et de centres collaborateurs dans le GISN. Depuis le début de la pandémie, 10 autres centres nationaux de la grippe et un centre collaborateur (en Chine) y ont fait leur entrée. En outre, les efforts se poursuivent en vue d'automatiser la collecte et la communication des données, d'améliorer la formation dans les laboratoires et de mettre en place des mesures telles que des contrôles d'assurance de la qualité. Cela

facilitera l'établissement de liens entre les données épidémiologiques et celles qui émanent des laboratoires, et permettra d'améliorer l'action régionale et mondiale contre les maladies transmissibles tout en ouvrant la voie à une collaboration entre les centres nationaux de la grippe. Le Secrétariat a fait observer que ces efforts doivent se poursuivre, à la condition toutefois que les États Membres et autres donateurs maintiennent leur soutien.

Suivi et notification de la morbidité dans le monde

157. L'OMS a commencé à mettre en ligne les données issues de la surveillance à l'échelon mondial sur son site Web à partir du 24 avril 2009. Ces « bulletins » ont été mis en ligne presque quotidiennement jusqu'au 6 juillet 2009. Chacun de ces rapports fournissait des données sur le nombre cumulé de cas confirmés en laboratoire et de décès, ainsi que sur le nombre de cas nouvellement confirmés. Une cartographie des cas a été également établie.

158. Après la publication en juillet 2009 des lignes directrices actualisées concernant la surveillance, un certain nombre de changements ont été apportés à la notification de la morbidité dans le monde. En premier lieu, les pays n'ont plus été tenus d'effectuer des examens de laboratoire sur chaque cas d'infection par le virus pandémique (H1N1) 2009 et d'en communiquer les résultats. Par suite, les tableaux donnant le nombre de cas et de décès par Région de l'OMS ont été publiés avec la réserve suivante : « ces chiffres constituent une sous-estimation de la réalité ». Les décès ont continué à être notifiés au niveau régional jusqu'au 1^{er} août 2010, mais deux Régions n'ont pas fourni d'informations à jour pendant plusieurs mois. Les données suivantes ont commencé à être communiquées au niveau national : indicateurs qualitatifs de l'extension géographique mondiale de la grippe ; tendances de la morbidité due aux affections respiratoires aiguës ; intensité de la morbidité due aux affections respiratoires et impact de la pandémie sur les services de soins. Au fur et à mesure de la progression de la pandémie, il y avait en règle générale 60 à 80 pays qui communiquaient chaque semaine des données relatives à ces indicateurs qualitatifs. D'après le Secrétariat de l'OMS, ces données qualitatives se sont révélées précieuses et elles étaient souvent communiquées dans de meilleurs délais que les données quantitatives. En plus de ces bulletins d'information, l'OMS a publié des synthèses plus détaillées de la situation épidémiologique dans son *Relevé épidémiologique hebdomadaire*.

159. La pandémie de grippe de 2009 a été le premier événement mondial de grande envergure qui ait fait l'objet d'un suivi conformément aux prescriptions du RSI. La compilation, l'analyse et la notification hebdomadaires des données épidémiologiques, virologiques et cliniques fournies par la surveillance ont permis à l'ensemble du monde d'être informé en temps réel de ce qui se passait. L'OMS et les pays ont toutefois dû affronter des difficultés considérables pour assurer le suivi de cette pandémie. Les informations dont a pu disposer le Comité d'examen à partir de l'expérience vécue par différents pays et des données fournies par l'OMS mettent en lumière un certain nombre de problèmes.

- L'absence d'un mécanisme de notification systématique des données normalisées émanant des pays s'est révélée particulièrement problématique. Faute d'un tel mécanisme, l'OMS s'est attachée à recueillir et à analyser les données en provenance de sources diverses et variées, comme les points focaux nationaux, les articles publiés dans les médias ou autres, les informations mises en ligne sur les sites Web officiels des autorités sanitaires nationales, les publications dans des revues à comité de lecture, les réseaux techniques informels coordonnés par l'OMS, ou encore les données de surveillance virologique du FluNet (26). Cette initiative a permis d'obtenir des informations utiles, mais elle s'est révélée inefficace et très consommatrice de ressources.
- Les données les plus régulièrement communiquées par les États Membres concernaient le nombre de cas et de décès et elles ont été utiles pour suivre la propagation de la pandémie à ses

premiers stades. Le dénombrement des cas et des décès a toutefois été incomplet et n'a permis de saisir qu'une fraction du spectre total de la maladie.

- Des informations plus utiles ont été obtenues aux premiers stades de la pandémie grâce aux téléconférences organisées avec les pays et partenaires concernés, le GISN et les réseaux cliniques et épidémiologiques informels.
- Il était capital de disposer d'informations détaillées permettant de suivre l'évolution des caractéristiques épidémiologiques et cliniques du virus pandémique et de procéder aux évaluations indispensables du risque. Toutefois, des données de surveillance suffisamment complètes sur les syndromes d'allure grippale et les infections graves des voies respiratoires faisaient défaut pour un grand nombre de pays, notamment ceux qui ne disposaient pas d'un système de surveillance de la grippe saisonnière. Les données tirées des indicateurs qualitatifs ont permis quelques éclaircissements mais qui sont restés nécessairement limités. Il est intéressant de constater qu'à la place, on a utilisé les données du suivi virologique (c'est-à-dire le pourcentage d'échantillons trouvés positifs) pour obtenir des indications sur les lieux où la transmission était la plus intense.
- Dans les pays qui disposaient déjà d'un système de surveillance, la collecte des données ne s'est pas effectuée de manière uniforme, ce qui a rendu difficile voire impossible la comparaison des données d'un pays à l'autre. C'est ainsi, par exemple, que si la connaissance des facteurs de risque conditionnant la gravité de la maladie clinique était jugée tout à fait prioritaire, les pays regroupaient souvent leurs données en utilisant différentes combinaisons de ces facteurs de risque qu'il était ensuite difficile de décomposer. De même, les pays utilisaient également différentes tranches d'âge.
- À certains moments, il y a eu des retards dans la communication des données de surveillance systématique de la pandémie, tant des pays aux Régions de l'OMS que des Régions à l'échelon mondial de l'Organisation.
- Bien que le RSI définisse les responsabilités qui incombent aux pays quant au minimum de surveillance à exercer, la prescription d'un suivi systématique des événements une fois que ceux-ci ont été annoncés n'est pas aussi claire.

160. Les moyens et les méthodologies de surveillance de la maladie différaient beaucoup d'un pays à l'autre. On a procédé soit à une surveillance active (par exemple en étudiant les agrégats de cas d'affections respiratoires aiguës dans la communauté ou en mettant les malades hospitalisés en observation), soit à une surveillance passive y compris, dans certains pays, en étant à l'écoute des rumeurs. À l'occasion d'une analyse de la surveillance effectuée à EMRO, il a été noté qu'« initialement, le suivi de l'événement par l'intermédiaire des médias avait été très important en permettant aux pays de prendre connaissance de la tendance de la maladie au niveau mondial ».

161. L'idéal serait que les pays disposent de programmes permettant d'enquêter sur les nouveaux événements et d'en suivre l'évolution au cours du temps ; la question de savoir quels sont ceux qui sont les plus actifs à un moment donné dépend du stade auquel est parvenue la pandémie dans tel ou tel pays.

162. La surveillance et la notification sont des activités fortement consommatrices de ressources. Le Comité d'examen estime que les exigences en matière d'information devraient être limitées au minimum nécessaire ; les demandes hebdomadaires de données spécifiques se sont révélées impossibles à satisfaire pour un certain nombre de pays, notamment ceux qui disposaient de moyens

limités sur le plan épidémiologique ou pour les examens de laboratoire. Au niveau des autorités nationales, on n'avait pas toujours la conviction que les données communiquées étaient analysées et utilisées, notamment au fur et à mesure de la progression de la pandémie. S'il y a lieu de procéder à des corrections, elles devront être indiquées sans délai aux pays et aux autres partenaires.

163. En dépit des nombreuses difficultés, on a pu suivre l'évolution de la pandémie et en dégager les tendances importantes. L'amélioration des méthodes utilisées au niveau international aux fins de la surveillance, notamment en définissant l'ensemble minimum de données à obtenir pour permettre d'avoir des informations d'une meilleure qualité et à plus bref délai demeure un objectif important. Le dénombrement permanent des cas a fourni des informations moins intéressantes que ne l'aurait permis l'estimation du taux d'hospitalisation, de complications et de décès dans les pays précocement touchés par la pandémie.

E. Évaluation de la gravité de la pandémie

164. La gravité d'une pandémie est un élément important à prendre en compte dans la planification en période pré-pandémique et lorsqu'il s'agit de définir les activités nécessaires pour y faire face. On ne peut réduire au minimum la morbidité et la mortalité liées à une pandémie en faisant abstraction de la gravité de la maladie qu'elle provoque. Bien que l'on s'accorde à estimer qu'il est important d'évaluer la gravité d'une pandémie, la manière de s'y prendre pour la déterminer n'apparaît pas aussi clairement.

Estimation de la gravité : considérations relatives à la période pré-pandémique

165. Cette question de la gravité d'une pandémie a été analysée lors de l'élaboration des documents d'orientation publiés en 2009 par l'OMS au sujet de la préparation et de l'action en cas de pandémie de grippe. Lors d'une consultation mondiale organisée par l'OMS en avril 2008 au sujet des stratégies de lutte contre les maladies pandémiques, un certain nombre de problèmes posés par l'estimation de la gravité ont été évoqués. En premier lieu, cette gravité serait probablement différente d'un pays à l'autre en raison de différences tenant aux services de santé, à l'état sanitaire de la population et à un certain nombre de facteurs sociaux et comportementaux. En second lieu, le manque d'informations fiables et complètes au cours des premiers stades d'une pandémie limiterait la robustesse de toute estimation de sa gravité. Les estimations effectuées dans les premiers pays affectés pourraient ne pas être suffisamment spécifiques pour être utiles aux pays non encore touchés. Enfin, en troisième lieu, il est probable que la gravité varierait au cours du temps, au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie. Il faudrait donc procéder à une estimation continue de la gravité.

166. Les membres de cette consultation ont examiné les différences entre les estimations mondiales et les estimations nationales de la gravité. Ils se sont déclarés en faveur d'une évaluation générale de la gravité au niveau mondial fondée sur les conséquences directes de la pandémie pour la santé. Les conséquences indirectes, déterminées par toute une série de facteurs économiques, culturels et comportementaux, seraient vraisemblablement propres à chaque pays. Encore faut-il que les pays soient incités à entreprendre des estimations au niveau national, en combinant indicateurs sanitaires et non sanitaires en fonction de leurs besoins. On a examiné la possibilité d'utiliser des indicateurs de la gravité d'une pandémie au niveau mondial qui soient de nature sanitaire comme par exemple le taux de létalité. Toutefois, les participants ont reconnu que nombre des indicateurs proposés seraient difficiles à mesurer, en partie du fait de l'absence de données disponibles à point nommé et également en raison de biais potentiels tenant à une reconnaissance insuffisante des cas, à leur sous-notification et aux erreurs de classification.

167. Au cours de la même consultation, la question s'est posée de savoir s'il était réaliste d'établir un indice mondial de gravité. On a fait observer qu'un outil de ce genre avait déjà été mis au point aux États-Unis d'Amérique – une échelle en cinq points appelée *Pandemic Severity Index*. Cette échelle repose sur un certain nombre de caractéristiques épidémiologiques telles que le taux de létalité (<0,1 à >2 %) qui sont utilisées comme variables indicatrices (27). L'OMS a estimé qu'en raison des variations observées au niveau mondial, il serait impossible d'utiliser un indice établi à l'avance.

168. La consultation n'a pas proposé de liste définitive d'indicateurs mais elle a considéré que l'interprétation des premières données s'appuierait sur une série d'indicateurs émanant du secteur sanitaire et d'avis formulés par des experts. Ces indicateurs seraient choisis de manière à prendre en compte la complexité de la notion de gravité et en laissant cependant à l'OMS la possibilité de procéder à une estimation qualitative de la gravité dans l'ensemble du monde sur la base d'une échelle simple à trois niveaux (pandémie bénigne, modérée ou grave).

169. L'estimation de la gravité d'une pandémie a été réexaminée lors d'une autre consultation mondiale organisée en mai 2008 par l'OMS afin de poursuivre l'élaboration des documents d'orientation relatifs à la préparation en cas de pandémie. Lors d'estimations rétrospectives des pandémies antérieures, on avait utilisé des qualificatifs allant de « bénigne » (gravité de l'ordre de celle d'une grippe saisonnière) à « grave » (augmentation très importante de la mortalité et de la morbidité comme dans le cas de la pandémie de 1918-1919). Une estimation fondée sur les conséquences sanitaires directes aboutirait probablement à des résultats variables d'un pays à l'autre et à l'intérieur d'un même pays, et cela quelle que soit la façon de définir la gravité. Ce qui préoccupait les consultants, c'est que l'utilisation d'une échelle numérique (par exemple de 1 à 10) pouvait laisser croire à un degré de précision par ailleurs illusoire et aboutir à des formulations complexes. Lors de consultations organisées au cours de la période pré-pandémique, les participants avaient recommandé la simplicité et préconisé d'indiquer les zones d'ombre. Les participants à la consultation de mai 2008 ont considéré que l'estimation de la gravité était liée à la capacité nationale de surveillance de la pandémie (17).

170. Dans leur conclusion, les consultants ont estimé que les premières estimations de la gravité devraient se baser sur plus d'un indicateur et comporter des données qualitatives et quantitatives à faire interpréter par des spécialistes. Lors d'une conférence de l'OMS qui s'est tenue à Cancun en 2009 et d'une réunion ministérielle organisée au Caire par EMRO, on a analysé l'expérience acquise en Égypte à l'occasion de la mise au point d'un indice de gravité.

171. Ces consultations ont abouti aux lignes directrices relatives à la préparation et à l'action en cas de pandémie de grippe (28), qui ont été publiées par l'OMS au début de la pandémie. Il est indiqué dans ce document d'orientation que l'une des principales responsabilités de l'OMS au cours de la pandémie serait de fournir des estimations préliminaires de sa gravité fondées sur les effets sanitaires observables. Des données quantitatives et qualitatives sur les conséquences sanitaires seraient utilisées pour estimer la gravité au moyen d'une échelle en trois points : pandémie bénigne/intermédiaire/grave. Les indicateurs sanitaires potentiels de la gravité d'une pandémie qui sont indiqués dans ce document sont les suivants : le taux de létalité, une morbidité inhabituellement grave, une mortalité aux caractéristiques inattendues et l'existence de complications inhabituelles.

Méthodologie de l'OMS pour l'estimation de la gravité au cours de la pandémie

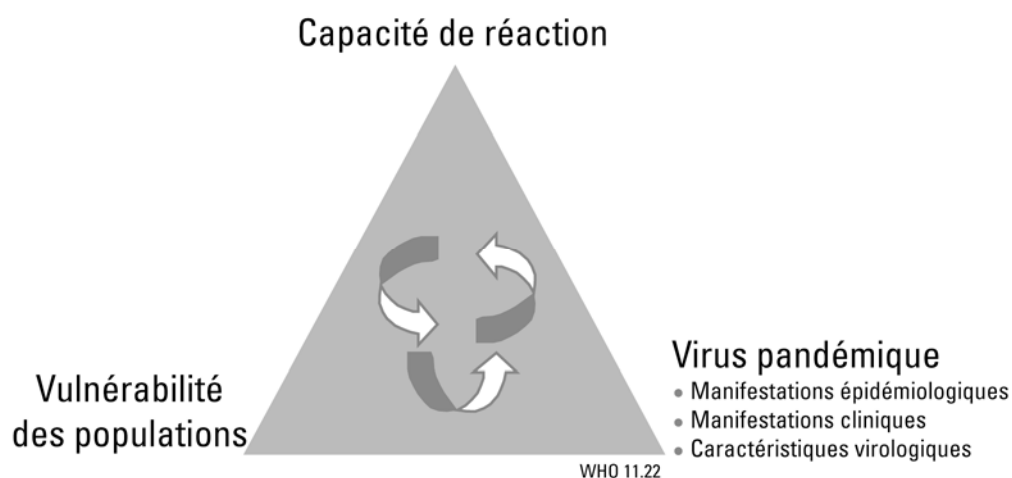
Estimation rapide de la gravité au niveau mondial

172. Au début de la pandémie de 2009, l'OMS a tenté d'en estimer rapidement la gravité au niveau mondial en se fondant sur des données d'ordre sanitaire. Le Secrétariat de l'OMS a communiqué au Comité d'examen une description détaillée des principaux résultats et activités en rapport avec cette estimation (appendice VII). L'Organisation a organisé une série de téléconférences (le 29 avril 2009, le 5 mai 2009 et le 1^{er} juin 2009) ainsi qu'une série d'échanges de vues bilatéraux afin d'obtenir des informations auprès des pays qui avaient été les premiers touchés.

173. Le Secrétariat de l'OMS a fait savoir au Comité d'examen qu'il avait bien reçu des données préliminaires en provenance du Mexique, des États-Unis d'Amérique et du Canada au sujet des conséquences sanitaires de l'épidémie, mais qu'une étude interne en date du 28 avril 2009 avait conclu que ces données étaient insuffisantes pour permettre d'évaluer la gravité de la pandémie au niveau mondial.

174. Il est à noter que, lors des téléconférences du 29 avril et du 5 mai 2009, il est apparu que les manifestations cliniques qui étaient rapportées couvraient un large spectre allant de la maladie grave en rapide extension observée au Mexique aux affections sporadiques bénignes notifiées par le Canada et les États-Unis d'Amérique (29, 30). Les participants ont incité à la prudence et rappelé qu'il faudrait du temps pour se faire une idée plus précise du virus. Dans les trois semaines qui ont suivi l'annonce de l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale, le 11 mai 2009 l'OMS a indiqué quels étaient les facteurs qui influaient sur la gravité globale de la pandémie (31). Elle a noté qu'à l'exception de la flambée observée au Mexique, le virus H1N1 avait tendance à provoquer « une maladie très bénigne chez les personnes par ailleurs en bonne santé » mais « des infections plus graves, voire mortelles, chez des personnes présentant des affections préexistantes ».

175. L'OMS s'est alors lancée dans le regroupement des données sous la forme de tableaux afin de structurer l'information relative aux caractéristiques épidémiologiques, cliniques et virologiques des premiers cas observés dans les pays touchés. Ces tableaux ont été communiqués aux points focaux nationaux aux fins de vérification et l'on a alors constaté des constantes dans les caractéristiques du virus pandémique relevées dans les divers pays. Le 29 mai 2009, l'OMS a publié un schéma en trois volets pour l'estimation de la gravité (Figure 3.4) : i) le virus pandémique, ses caractéristiques virologiques et ses manifestations épidémiologiques et cliniques ; ii) la vulnérabilité de la population, liée, en partie, à son niveau d'immunité préexistante vis-à-vis du virus et à la proportion de sujets présentant des facteurs de risque de maladie grave et de décès ; iii) la capacité de réaction (accès aux soins, communication et mobilisation sociale) ainsi que la préparation et la riposte anticipées à la pandémie (32). Une synthèse des données épidémiologiques, cliniques et virologiques dont disposait l'OMS a également été effectuée.

Figure 3.4 Schéma pour l'estimation de la gravité

176. Le 5 juin 2009, le Comité d'urgence a passé en revue les rapports émanant des téléconférences régionales qui avaient été organisées le 1^{er} juin et au cours desquelles les participants avaient débattu des échelles et indicateurs de gravité, avec des comparaisons par rapport à l'activité grippale saisonnière et en se demandant s'il fallait établir une échelle de gravité au niveau mondial ou au niveau des pays. Les participants s'étaient interrogés au sujet de l'utilisation du terme « bénigne » dans une classification de la gravité et ils avaient débattu d'une autre terminologie du type modérée/aggravée/grave.

177. Au cours de leur réunion du 11 juin 2009, les membres du Comité d'urgence ont soulevé la question de la gravité et évoqué les facteurs dont elle dépend. Ils sont convenus que la gravité de la pandémie devait être qualifiée de « modérée » et ont émis les recommandations suivantes à ce sujet :

- À ce stade préliminaire, la maladie liée à la pandémie se caractérise par une gravité modérée, ce qui signifie que la grande majorité des cas guérissent spontanément sans traitement spécifique mais, comme dans le cas de la grippe saisonnière, une maladie grave se manifeste chez une faible proportion de patients et l'issue peut parfois être fatale.
- La gravité de la maladie sera suivie de près en utilisant un « panier » de caractéristiques, notamment l'évolution clinique, la constitution génétique du virus, l'impact sur les services de santé ainsi que sur la situation économique dans son ensemble. L'OMS devrait informer la communauté mondiale des changements qui surviennent dans la gravité de la pandémie.

178. En annonçant le passage à la phase 6 de la pandémie le 11 juin 2009, le Directeur général a qualifié de « modérée » la gravité globale de cette pandémie (33), comme le montrent les observations suivantes :

1. La plupart des personnes ont guéri de l'infection sans avoir besoin d'être hospitalisées ou de recevoir des soins médicaux.
2. Globalement, la proportion de maladies graves au niveau national s'est révélée analogue à celle que l'on constate localement au cours d'une saison grippale.
3. Globalement, les hôpitaux et d'une façon générale le système de santé de la plupart des pays se sont montrés capables de faire face, même s'il y a eu des tensions çà et là.

Estimations continues au cours de la pandémie

179. Dans le cadre de la surveillance et du suivi de la pandémie, l'OMS en a constamment réévalué la gravité. Le Groupe d'évaluation de la pandémie, constitué de membres du personnel de l'OMS appartenant au Bureau du Directeur général, au Programme mondial de lutte contre la grippe, au Système mondial d'alerte et d'action et à la Communication, avec en outre la participation de coordinateurs de l'OMS chargés des réseaux cliniques, épidémiologiques et virologiques virtuels, a procédé à une analyse des nouvelles données. Plusieurs indicateurs ont été utilisés pour évaluer cinq dimensions de la gravité (à savoir combien y a-t-il de personnes qui tombent malades ? Combien y a-t-il de personnes qui décèdent ? Quelle est la proportion de cas graves ? Observe-t-on un changement dans les groupes à risque et comment le système de santé parvient-il à faire face ?). Ces informations ont été obtenues en consultant les sites Web des ministères de la santé et les rapports en provenance des pays, en compulsant la littérature, à l'occasion de téléconférences avec des professionnels de la santé opérant au niveau des pays ou encore lors de téléconférences régulières avec les réseaux virologiques, épidémiologiques et cliniques. L'OMS a également analysé tous les événements inhabituels signalés au cours de la pandémie, notamment le premier cas de résistance aux antiviraux (juillet 2009) (34) et la mutation du virus (D222) constatée dans trois cas mortels (35).

180. Un certain nombre d'instances des pays et Régions (comme par exemple le Centre européen pour la Prévention et le Contrôle des Maladies) ont entrepris la caractérisation épidémiologique de la pandémie, notamment, en évaluant sa gravité par une estimation du risque encouru, et sont généralement parvenues à des conclusions analogues à celles de l'OMS.

Estimation de la gravité chez les sous-populations exposées à un risque plus élevé

181. Chez ces sous-groupes de population, l'accroissement du risque se traduit soit par une probabilité plus élevée de contracter l'infection ou de tomber malade, soit par une maladie plus grave une fois que l'infection a été contractée. Si, dans le cas de la grippe saisonnière, les groupes à risque sont bien définis, d'autres groupes à risque plus élevé ont fait leur apparition au cours de la pandémie. On a constaté que la grossesse, l'appartenance à certaines ethnies et peut-être aussi l'obésité étaient des facteurs susceptibles d'accroître le risque (encore que le rôle des facteurs de confusion n'ait pas encore été totalement élucidé). L'OMS a indiqué au Comité d'examen que les données relatives à ces variables n'étaient pas toujours disponibles pour les cas survenus aux premiers stades de la pandémie, ce qui a rendu moins aisée l'identification des risques correspondants.

Les difficultés d'une estimation de la gravité

182. L'estimation de la gravité par l'OMS a été compliquée par l'évolution de la situation grippale, le manque de régularité dans la disponibilité des nouvelles données (par exemple à cause de retards dans la notification dus à l'accumulation des examens encore à effectuer par les laboratoires) et, enfin, par l'existence d'une association entre de nombreuses variables et le contexte, le lieu ou le moment.

183. Il était difficile d'estimer la gravité en temps réel. En premier lieu, parce qu'au début de la pandémie on ne disposait pas de données relatives à certaines variables, même pour des pays dotés d'infrastructures sanitaires bien développées. En second lieu, dans le cas de nombreux pays, on ignorait les valeurs de base des variables indicatrices, valeurs qui jouent un rôle important. Il est possible que la variabilité du degré de gravité notifié (par exemple l'existence de foyers de maladie grave) tout au long de l'épidémie ait été la conséquence d'une modification des valeurs de base due à des changements dans la méthodologie de la surveillance et des examens de laboratoire. Lorsque des comparaisons quantitatives rétrospectives ont été effectuées en utilisant des valeurs de base corrigées, certaines de ces différences ne se sont pas révélées aussi importantes qu'au premier abord. Enfin, en

troisième lieu, il y a des facteurs sans rapport avec la maladie qui sont susceptibles d'influer sur le calcul des variables indicatrices. À titre d'exemple, on peut citer le fait que les taux d'hospitalisation dépendaient fortement des protocoles nationaux. Au Mexique et dans les autres pays touchés de bonne heure par la pandémie, on a hospitalisé tous les cas afin de contenir la propagation de la maladie. Dans d'autres pays, les protocoles nationaux comportaient l'hospitalisation de toutes les femmes enceintes, ce qui a conduit à augmenter artificiellement le taux d'hospitalisation. Inversement, les pays qui disposaient d'une capacité hospitalière limitée ont fait état de taux d'hospitalisation plus faibles. Il en est allé de même en ce qui concerne l'évaluation du nombre d'admissions en unités de soins intensifs ou du recours à la ventilation assistée qui dépendent largement de la capacité d'accueil de ces unités de soins et de la disponibilité des équipements de ventilation. Pour toutes les variables, il a été difficile de démêler les contributions respectives des paramètres sanitaires liés à la population, à certains sous-groupes et à l'infrastructure médico-sanitaire (y compris l'accès aux soins).

184. Le Comité reconnaît volontiers que la caractérisation de la gravité est une tâche complexe et qu'il est difficile d'en tirer des mesures concrètes. Le Comité d'examen fait toutefois observer que l'absence d'une description de la gravité sous une forme cohérente, mesurable et compréhensible pose problème. Même si l'unique critère qui définit une pandémie est son caractère extensif, son degré de gravité influe sur le choix de la politique à suivre, sur les décisions personnelles et sur l'intérêt public. Ce dont on a besoin, c'est d'une estimation correcte de la gravité aux niveaux national et infranational. Ces données permettraient d'éclairer l'OMS dans son analyse de la situation mondiale au fur et à mesure de son évolution et lui permettraient d'informer les États Membres en temps voulu. En utilisant des termes semi-quantitatifs comme « bénigne » ou « modérée », l'OMS a ajouté à la confusion : on a utilisé ces termes pour décrire à la fois la gravité de la maladie clinique chez les patients et la gravité de la pandémie sans les avoir définis.

185. Le Secrétariat de l'OMS admet que l'estimation de la gravité d'une pandémie d'une manière qui soit rapide, scientifiquement acceptable et valable en règle générale pour un grand nombre de pays et de sous-groupes de population reste un problème épineux. L'OMS a indiqué qu'elle prévoyait de revenir sur la question, en collaboration avec des spécialistes et avec ses États Membres.

186. Le Comité d'examen a pris note des assertions de certaines personnes reprochant à l'OMS d'avoir surestimé la gravité de la pandémie. Cela étant, toute critique raisonnable devrait ne tenir compte que de ce que l'on savait à l'époque et non pas de ce que l'on a appris ultérieurement. Le Comité a constaté que les indications tirées des premières flambées ont amené un grand nombre de spécialistes, tant à l'OMS qu'ailleurs, à s'attendre à une pandémie plus grave que celle qui a eu lieu par la suite. Le degré de gravité de la pandémie est resté incertain pendant tout le milieu de l'année 2009, et notamment bien après le délai de passation des commandes de vaccins par les pays. L'observation de 899 malades hospitalisés au Mexique entre la fin mars et le 1^{er} juin 2009 a montré que la pandémie de grippe A (H1N1) 2009 touchait de manière disproportionnée les personnes jeunes. Cinquante-huit patients (soit 6,5 % des malades hospitalisés) sont tombés dans un état critique, avec des complications telles qu'un grave syndrome de détresse respiratoire aiguë et un état de choc. Chez ceux qui étaient en pareil état, le taux de mortalité a été de 41 % (36). Il s'agissait là de statistiques alarmantes. Au Canada, même avec un taux de mortalité égal au tiers de cette valeur chez les patients dans un état critique, la situation était également préoccupante (37). Aux États-Unis d'Amérique, le Council of Advisors on Science and Technology, qui a pour mission de conseiller le Président, a émis en août 2009 un rapport qui prévoyait la possibilité d'un scénario comportant 30 000 à 90 000 décès imputables à la pandémie, rien que pour les États-Unis (38). La suite a montré que la valeur médiane et la limite supérieure de cette fourchette étaient cinq fois supérieures aux estimations du nombre effectif de décès qui ont été effectuées après la pandémie (39). Toujours est-il que les décès sont survenus à 87 % chez des personnes de moins de 65 ans, avec un risque de décès chez les enfants et les adultes actifs respectivement 7 à 12 fois plus élevé qu'au cours d'une saison grippale habituelle (39).

187. Le Comité d'examen s'est également penché sur des critiques du même genre reprochant à l'OMS de ne pas avoir tenu compte de la gravité dans sa définition d'une pandémie. Le Comité d'examen a compulsé les lignes directrices relatives à la préparation en cas de pandémie publiées par l'OMS en 1999, 2005 et 2009. Si aucune définition explicite du terme *pandémie* n'apparaît dans les trois documents (à savoir un membre de phrase qualifié de « définition »), chaque document contient un texte qui *décrit* l'apparition d'un état de pandémie. Dans sa description des conditions d'une pandémie, le document de 1999 – qui n'existe qu'en langue anglaise – s'exprime dans les termes suivants : « *consistent disease patterns indicating that serious morbidity and mortality is likely in at least one segment of the population* » (des caractéristiques pathologiques constantes indiquant qu'il faut probablement s'attendre à une morbidité et une mortalité graves dans au moins une partie de la population). Dans les documents de 2005 et de 2009, les caractéristiques d'une pandémie sont décrites dans le cadre des explications données pour les différentes phases (Encadré 3.4).

Encadré 3.4 Formulation utilisée en 1999, 2005 et 2009 dans les plans OMS de préparation en cas de pandémie à propos des termes *pandémie* et *gravité*

1999 (le document de 1999 n'existe qu'en langue anglaise) : « The **Pandemic** will be declared when the new virus sub-type has been shown to cause several outbreaks in at least one country, and to have spread to other countries, with consistent disease patterns indicating that serious morbidity and mortality is likely in at least one segment of the population. » (« *La pandémie sera déclarée dès lors qu'il aura été montré qu'un nouveau sous-type viral est à l'origine de plusieurs flambées dans au moins un pays et s'est propagé à d'autres pays, avec des caractéristiques pathologiques identiques indiquant qu'on peut s'attendre à une morbidité et à une mortalité graves dans au moins une partie de la population.* ») (1)

2005 : « La distinction entre les *phases 3, 4 et 5* est basée sur une évaluation du risque de pandémie. Divers facteurs et leur importance relative compte tenu des connaissances scientifiques du moment peuvent être pris en compte. Il peut s'agir de la vitesse de transmission, de la localisation et de l'extension géographiques du virus, de la gravité de la maladie, de la présence de gènes appartenant à des souches pathogènes pour l'homme (si elles sont dérivées d'une souche rencontrée chez l'animal) et/ou d'autres paramètres scientifiques. »

« Période pandémique. **Phase 6.** Transmission accrue et durable dans la population générale. *Explication.* Modification importante de la stratégie mondiale de surveillance et d'action, car le risque de pandémie est imminent pour l'ensemble des pays. Les mesures prises au niveau national sont principalement déterminées par les effets de la maladie dans le pays. » (2)

2009 : « Une pandémie de grippe survient lorsqu'un virus grippal animal contre lequel la plupart des humains immunisés acquièrent la capacité de provoquer des chaînes de transmission interhumaine soutenues, ce qui provoque des flambées à l'échelon de la communauté. Le virus peut se propager au niveau mondial et provoquer une pandémie. »

« **PHASE 6.** Pandémie en cours. Outre les critères définis pour la phase 5, le même virus a provoqué des flambées soutenues à l'échelon communautaire dans au moins un pays d'une autre Région de l'OMS. »

« Évaluation précoce de la gravité de la pandémie pour la santé.

Dès que possible, l'OMS fournira une évaluation de la gravité de la pandémie pour aider les gouvernements à déterminer le niveau d'intervention requis de leur part. Comme indiqué à la section 1.1, les pandémies de grippe passées ont entraîné des niveaux de morbidité et de mortalité divers ...

Il est vraisemblable qu'au début de la pandémie les informations seront limitées, alors même que la demande d'informations augmentera. Si l'on veut que la surveillance de la pandémie fournisse des informations et des données suffisantes pour évaluer la gravité, les pays doivent revoir leur capacité de surveillance de façon à remédier à leurs faiblesses et à se tenir prêts pour la surveillance d'une pandémie. Les éléments essentiels d'un système efficace de surveillance de la grippe pandémique sont les suivants :

- dépistage rapide et investigation :
- évaluation complète ; et
- suivi.

Indicateurs sanitaires possibles de gravité :

- Taux de létalité
- Morbidité inhabituellement élevée
- Mortalité inattendue
- Complications inhabituelles. » (3)

(1) Influenza global preparedness plan. The role of WHO and guidelines for national and regional planning. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; avril 1999.

(2) Plan mondial OMS de préparation à une pandémie de grippe. Le rôle de l'OMS et les recommandations relatives aux mesures à prendre à l'échelon national avant et pendant une pandémie. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2005.

http://www.who.int/crs/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5.pdf

(3) Préparation et action en cas de grippe pandémique. Document d'orientation de l'OMS ; 25 avril 2009. <http://www.who.int/crs/disease/influenza/pipguidance2009/en/index.html>.

188. Parmi les facteurs susceptibles d'être pris en considération pour le passage d'une phase à l'autre, les lignes directrices de 2005 mentionnent « la gravité de la maladie ». Celles de 2009 soulignent qu'il est important de fournir des informations sur la gravité, mais ce point est plus distinctement séparé des critères de passage d'une phase à l'autre. Bien que ces documents d'orientation fassent mention de la gravité, aucun d'entre eux n'indique explicitement qu'il s'agit d'un élément qui doit être nécessairement pris en compte pour définir une « pandémie ». Cela étant, c'est seulement dans le plus récent des trois documents d'orientation qu'il y a une distinction claire entre l'apparition d'une pandémie et sa gravité. L'OMS pourrait raisonnablement soutenir qu'elle n'a pas modifié la définition d'une pandémie. D'un autre côté, il est question de la gravité dans les descriptions antérieures de la situation à laquelle s'attendre lors d'une pandémie et également en tant qu'élément à prendre en considération pour le passage d'une phase à l'autre. S'agissant de la gravité, les modifications qui figurent dans les lignes directrices de 2009 ne sont pas des changements de dernière minute, mais le fruit de longs efforts en vue d'améliorer la concision et l'utilité pratique de ces lignes directrices.

189. Il apparaît clairement, à la lecture des exposés qui figurent sur le site Web de l'OMS que la distinction qui est faite entre la définition d'une pandémie et la situation à laquelle on peut s'attendre lors de celle-ci peut être une source de confusion. On peut lire en effet le texte suivant (non disponible en français) paru le 4 mai 2009 sur le site Web de l'OMS : « Une pandémie de grippe survient lorsqu'apparaît un nouveau virus grippal contre lequel la population humaine n'est pas immunisée, ce qui entraîne une épidémie à l'échelle mondiale avec un nombre considérable de malades et de décès. Avec l'accroissement du trafic international, de l'urbanisation et du surpeuplement, les épidémies dues au nouveau virus grippal ont des chances de se répandre dans l'ensemble du monde. » Un peu plus tard au cours de la même journée, l'OMS a modifié ce qu'elle disait sur son site Web de la situation à laquelle s'attendre lors d'une pandémie, en ne faisant plus référence cette fois à la gravité prévisible de

la pandémie et en indiquant nulle part sur son site qu'elle avait modifié le texte précédent. D'autres modifications ont été apportées le 5 mai, avec les ajouts suivants :

- « Il y a épidémie lorsque le nombre de cas d'une maladie donnée est plus élevé que la normale. On entend par pandémie une épidémie qui s'étend à l'ensemble du monde. »
- « Les pandémies peuvent être bénignes ou graves eu égard à la maladie et aux décès qu'elles entraînent et leur gravité peut varier au fur et à mesure de leur évolution ... »
- « Si, à mesure que le temps passe, une pandémie tend à s'aggraver et à se généraliser, on peut également s'attendre à ce que ... »
- « Une bonne préparation partout dans le monde est essentielle pour atténuer les effets d'une pandémie, en particulier si elle s'aggrave. »

190. Ce point est également analysé dans la section consacrée à la communication.

F. Mesures de santé publique

191. Les mesures destinées à limiter la transmission de la grippe pandémique se répartissent en deux grandes catégories : les mesures pharmaceutiques (par exemple l'utilisation d'antiviraux et de vaccins) et les mesures non pharmaceutiques, que l'on qualifie souvent de mesures de santé publique (par exemple l'isolement des malades et la mise en quarantaine de leurs contacts). Lors des pandémies survenues au XX^e siècle, on a eu recours à des mesures non pharmaceutiques dont l'efficacité n'a toutefois pas été systématiquement évaluée. Des mesures telles que l'isolement, la quarantaine, la lutte contre la contamination et la limitation des contacts sociaux ont été largement utilisées lors de la flambée de SRAS en 2003. Bien que le SRAS ait mis en lumière le rôle que peuvent jouer de telles mesures, on avait moins de certitudes quant à leur impact au cours d'une pandémie du fait que les caractéristiques cliniques, épidémiologiques et virologiques de la grippe sont différentes.

Élaboration des lignes directrices de l'OMS relatives aux mesures de santé publique avant la pandémie

192. Pour mettre au point les lignes directrices de 2005 et de 2009 relatives à la préparation en cas de pandémie, l'OMS a notamment organisé une consultation au niveau mondial afin de passer en revue les mesures de lutte susceptibles d'être utilisées au cours d'une pandémie ainsi que les bases de données disponibles à ce sujet. Une première consultation a eu lieu en mars 2004 avec pour toile de fond les inquiétudes croissantes suscitées par l'accélération de l'extension géographique du virus grippal aviaire H5N1 qui présentait une très forte pathogénicité. Plusieurs points se sont dégagés de cette consultation, à savoir :

- i) l'efficacité des mesures de santé publique est liée aux caractéristiques du virus pandémique (par exemple le mode principal de transmission, le taux d'attaque dans les différents groupes d'âge et la durée d'excrétion virale) ;
- ii) le coût, les ressources disponibles, la facilité de mise en œuvre au sein des infrastructures existantes et l'acceptabilité par le public sont des considérations importantes à prendre en compte lorsqu'on décide s'il y a lieu de recourir à des mesures de santé publique ;

- iii) une seule et unique intervention ne saurait être suffisante. Il faudrait procéder à plusieurs interventions en parallèle ;
- iv) une analyse devrait être effectuée en permanence tout au long de la pandémie pour prendre en compte les éventuels changements dans l'évolution du virus ;
- v) il serait nécessaire d'améliorer les capacités en matière de santé publique et de moderniser davantage la législation correspondante pour conforter et soutenir ces mesures ;
- vi) pendant toute la durée d'application de ces mesures de santé publique, les droits de l'homme doivent continuer à être respectés ;
- vii) une bonne communication et une bonne mobilisation sociale sont déterminantes pour l'efficacité de la mise en œuvre.

193. Le plan mondial de préparation en cas d'épidémie de grippe publié en 2005 par l'OMS comportait une annexe dans laquelle figuraient, sous la forme de tableaux détaillés, des recommandations spécifiques relatives aux interventions de santé publique à caractère non pharmaceutique (40). Deux articles parus dans des revues à comité de lecture exposent en détail les faits qui sont à l'appui de ces mesures (41, 42). Il est important de noter que l'élaboration de lignes directrices fondées sur des éléments factuels est indissolublement liée à la connaissance que l'on a du mode de propagation de la grippe et des facteurs de risque particuliers qui en conditionnent la transmissibilité (par exemple des facteurs liés à l'hôte, à l'agent pathogène ou à l'environnement). Les données disponibles à l'époque étaient toutefois limitées ; elles étaient souvent de nature observationnelle ou anecdotique et fondées sur des études relatives à la grippe saisonnière.

194. Une deuxième consultation mondiale sur les stratégies de lutte contre les maladies pandémiques a été organisée en avril 2008. Au nombre des objectifs de cette consultation figuraient des discussions sur les mesures de santé publique et les données factuelles qui en confirment l'efficacité, ainsi que sur les aspects pratiques de la mise en œuvre de ces interventions dans divers contextes. Des groupes de travail ont préparé des documents d'information sur les diverses stratégies de lutte contre la maladie. Les conclusions de cette consultation ont été prises en compte lors de la consultation mondiale sur la préparation en cas de pandémie organisée en mai 2008, au cours de laquelle on a à nouveau examiné les mesures de santé publique. Les analyses et les documents issus de ces consultations ont contribué à éclairer les rédacteurs des lignes directrices de l'OMS relatives à la préparation et à l'action en cas de grippe pandémique publiées en 2009 (28) dans lesquelles sont décrites des mesures de santé publique qui pourraient être appliquées au niveau individuel ou au niveau des ménages, au niveau de la société ou de la communauté ou encore au niveau du trafic et du commerce internationaux. L'annexe 1 de ces lignes directrices récapitule succinctement un certain nombre de données sur lesquelles s'appuient ces mesures (28). Pour nombre de ces mesures de santé publique, la base de données reste en général limitée.

Orientations et mesures de santé publique au cours de la pandémie

195. Le 27 avril, à la suite de la deuxième réunion du Comité d'urgence, le Directeur général s'est exprimé dans les termes suivants : « vu l'extension considérable du virus ... [il n'est] pas réaliste de chercher à endiguer la flambée. Il convient actuellement de privilégier les mesures d'atténuation ». Dans la recommandation temporaire publiée le 28 avril après l'annonce du passage à la phase 4, il est indiqué qu'il ne faut pas fermer les frontières ni apporter de restrictions aux voyages internationaux. Il est également indiqué qu'il serait judicieux pour les personnes malades de remettre à plus tard les

déplacements à l'étranger et, pour les personnes présentant des symptômes à la suite d'un voyage international, de rechercher des soins médicaux. Ces conseils n'ont pas varié et figurent dans de nombreuses déclarations du Directeur général.

196. Les pays ont pris toute une série de mesures – relevant de la santé publique ou de nature pharmaceutique – dans l'intention de ralentir la propagation du virus ou d'en atténuer les effets. À l'appui de ces mesures, l'OMS a publié une série de documents d'orientation au cours de la pandémie. Ces documents d'orientation ont rendu compte de l'évolution de la situation au fur et à mesure de l'arrivée d'informations concernant notamment l'expérience vécue par les pays qui avaient été dans les premiers à être touchés par la pandémie. Dans quelques-uns des principaux documents d'orientation figuraient les recommandations suivantes :

- Conseils relatifs au port du masque dans les espaces collectifs en cas de flambée de grippe A (H1N1) (43).

197. Dans cette recommandation provisoire, publiée en mai 2009, il était admis que, dans la collectivité, les avantages du port du masque n'avaient pas été démontrés mais qu'on pouvait en porter si on le souhaitait. La recommandation insistait en outre sur la nécessité de porter ces masques et de les éliminer avec les précautions nécessaires, car une mauvaise utilisation pouvait en réalité accroître le risque de transmission. Ces conseils sont similaires aux recommandations qui ont été diffusées dans un grand nombre de pays.

- Interventions visant les comportements et destinées à réduire la transmission et l'impact de la grippe A (H1N1) : un cadre pour les stratégies de communication (44).

198. Ce document, publié en juin 2009, a été élaboré à la suite de demandes émanant de plusieurs pays qui souhaitaient disposer de lignes directrices techniques pour préparer leurs stratégies, leurs messages et leurs produits de communication. Ce document vise les particuliers et les familles et comporte une liste des points importants en matière de communication stratégique.

- Consultation de l'OMS au sujet de la suspension des classes et des restrictions apportées aux rassemblements de masse en vue d'atténuer l'impact de l'épidémie due au nouveau virus grippal H1N1 (45).

199. Ce document résume les débats d'une téléconférence organisée par l'OMS le 27 mai 2009 à laquelle ont participé des responsables de la santé publique de six pays et d'autres spécialistes. Le document attire l'attention sur l'expérience et les premiers enseignements tirés des flambées de grippe pandémique A (H1N1) 2009 dans les lieux publics ou dans les espaces clos. Il comporte des recommandations sur l'application des mesures de santé publique.

- Réduction de la transmission de la grippe pandémique A (H1N1) 2009 en milieu scolaire (46).

200. Dans ce deuxième document d'orientation relatif au milieu scolaire publié en septembre 2009, l'OMS propose un système plus général pour réduire la transmission en milieu scolaire. L'expérience acquise dans de nombreux pays lors de la pandémie de grippe A (H1N1) 2009 montre que les établissements scolaires peuvent se comporter comme d'importants amplificateurs de la transmission, tant à l'intérieur de la communauté que d'une communauté à l'autre (47). Le document indique dans quel cadre les autorités sanitaires ainsi que l'administration scolaire au niveau national et local pourraient développer des plans et orienter la prise de décision en cas de pandémie dans le but de réduire la contamination en milieu scolaire. Le document récapitule les informations reçues sur le

point de savoir si la fermeture des établissements scolaires a réduit efficacement la transmission de la grippe pandémique H1N1.

- Considérations provisoires en matière de planification eu égard aux rassemblements de masse durant la pandémie de grippe A (H1N1) 2009 (48).

201. Au cours de la pandémie de 2009, un certain nombre de pays ont dû se préparer à accueillir des rassemblements de masse attirant de nombreux visiteurs internationaux, comme le pèlerinage à la Mecque, les Jeux olympiques d'hiver organisés au Canada et la Coupe du monde de football qui avait lieu en Afrique du Sud. L'OMS a publié des lignes directrices provisoires en novembre 2009 après les avoir soumises au Groupe consultatif virtuel interdisciplinaire sur les rassemblements de masse. Ce rapport s'inspire de rapports et de documents d'orientation antérieurs en provenance de pays déjà touchés par la pandémie. Il propose une méthodologie basée sur l'évaluation du risque en indiquant les facteurs à prendre en considération. Les pays ont également élaboré des directives spécifiques relatives aux mesures sociales correspondant à leurs besoins particuliers ; par exemple, les autorités d'Arabie saoudite ont pris des dispositions détaillées en matière de planification en vue du pèlerinage à la Mecque (49).

Mesures de santé publique : l'expérience acquise dans les pays

202. Les pays ont pris toute une série de mesures de santé publique. Aucune d'entre elles n'a été mise en œuvre isolément mais plutôt sous la forme d'un train de mesures visant à réduire la transmission et, éventuellement, à ralentir la propagation du virus. En règle générale, les autorités sanitaires ont invité la population à prendre des mesures d'hygiène personnelle (par exemple le lavage des mains) et respiratoire, mais les conseils donnés variaient en fonction des habitudes personnelles ou des normes culturelles. Au Mexique, pays qui a été touché dès les premiers stades de la pandémie, des établissements scolaires ont été fermés sur l'ensemble du territoire alors que, dans la plupart des pays, la décision de fermer des écoles est restée d'initiative locale, quelquefois en s'inspirant des recommandations émises au niveau national. Le Comité a pris connaissance d'informations à caractère anecdotique selon lesquelles certains pays estimaient que la fermeture des écoles avait ralenti la propagation du virus dans l'espace communautaire. En outre, des analyses effectuées dans certains pays aux premiers stades de l'épidémie tendent à montrer que la fermeture des crèches et des écoles primaires pourrait avoir eu un « effet très important » sur la réduction de la transmission, même si le coût n'en a pas été négligeable sur le plan économique et communautaire (47). Toutefois, il conviendrait d'évaluer plus en détail l'intérêt d'une fermeture des établissements scolaires. En ce qui concerne les recommandations relatives à l'annulation des rassemblements de masse, ces dernières ont varié d'un pays à l'autre ; le Comité rappelle que la planification doit absolument s'appuyer sur une évaluation du risque plutôt que sur des directives d'ordre général.

203. S'agissant des mesures de santé publique au passage des frontières, les modalités ont varié d'un pays à l'autre. Ces mesures allaient de la diffusion d'informations sous la forme d'affiches et de dépliants jusqu'à un dépistage passif consistant à demander aux voyageurs d'indiquer s'ils avaient des symptômes ou de la fièvre de manière à identifier d'éventuels cas de grippe. Certains pays ont estimé qu'un dépistage aux frontières ne permettrait pas de ralentir efficacement la propagation d'une souche grippale aussi facilement transmissible, et qu'en outre cette mesure exigerait des ressources très importantes qui seraient mieux employées dans d'autres secteurs de la lutte contre la maladie. D'autres pays encore, notamment certains pays insulaires, ont jugé au contraire qu'un dépistage aux frontières, accompagné d'un certain nombre de mesures de sensibilisation ou de dispositions à prendre après le voyage, pourrait être utile pour retarder la propagation du virus.

204. L'IATA, qui regroupe l'ensemble des principales compagnies aériennes assurant le trafic des passagers et le transport du fret, a indiqué que la diversité des mesures prises par les pays au passage des frontières a été une source de confusion pour les compagnies aériennes. Tous les pays n'ont pas annoncé les mesures qu'ils prenaient et les pilotes ne savaient pas ce qui les attendait à l'atterrissage. Il en est résulté des effets en cascade qui ont conduit à allonger le temps d'immobilisation au sol des appareils. Le Secrétariat a indiqué que, bien que l'OMS ait demandé aux pays des informations à ce sujet à maintes reprises, elle ne les a pas toujours obtenues. Le Comité relève que les contrôles aux frontières sont une prérogative des États souverains mais qu'ils peuvent avoir des conséquences pour les autres pays ainsi que pour le trafic et le commerce internationaux. De l'avis du Comité, ces mesures doivent reposer sur des éléments factuels.

205. Au cours de la pandémie, plusieurs pays ont procédé à une évaluation de la mise en œuvre et de l'efficacité des mesures de santé publique. Toutefois, comme ces mesures ne sont pas prises isolément, il est difficile de déterminer quels sont leurs mérites respectifs, et des incertitudes demeurent quant à la base de données. Le Comité invite l'OMS à coordonner l'analyse de toutes ces études et évaluations dans la perspective des modifications qui pourraient être apportées aux futurs documents d'orientation et également pour étayer les recherches futures.

G. Interventions pharmaceutiques

Antiviraux

Lignes directrices de l'OMS

206. C'est en 2002 que l'OMS s'est penchée pour la première fois sur le rôle des antiviraux dans l'action contre la pandémie, ce qui l'a amenée à publier en 2004 un document intitulé *WHO Guidelines on the Use of Vaccines and Antivirals during Influenza Pandemics* (50). Ces lignes directrices, qui n'ont été publiées qu'en anglais et en espagnol, ont servi de cadre à d'autres publications, à savoir en 2006 des directives cliniques pour l'utilisation des antiviraux destinés au traitement des infections humaines par le virus aviaire H5 (51) et, en 2007, un document intitulé *WHO Interim Protocol : rapid operations to contain the initial emergence of pandemic influenza* (52).

207. Comme les virus grippaux A (H1N1) 2009 résistent aux adamantanes (inhibiteurs du canal ionique M2), ce sont les inhibiteurs de la neuraminidase qui ont été les principaux antiviraux utilisés au cours de la pandémie. L'oseltamivir (en administration orale) et le zanamivir (en administration par inhalation) ont été les plus largement utilisés en clinique.

Stocks mondiaux et régionaux d'antiviraux détenus par l'OMS

208. Depuis 2005, les plans de préparation à une pandémie de grippe prennent en compte la possibilité d'organiser une opération d'endiguement rapide pour stopper la pandémie le plus tôt possible et éviter qu'elle ne se propage. La constitution de réserves prépositionnées d'antiviraux avec mise en place de la logistique nécessaire à leur mise en circulation et à leur déploiement rapides sur les lieux de la flambée est au cœur de cette stratégie.

209. En 2006, Roche, le fabricant de l'antiviral Tamiflu (oseltamivir) a accepté de faire don de cinq millions de doses qui seraient stockées en attendant d'être déployées dans le cadre d'une opération d'endiguement rapide. Roche a stocké trois millions de doses dans deux localités : à Bâle (Suisse) et à Joppa, dans le Maryland (États-Unis d'Amérique). Deux millions de doses

supplémentaires ont été offertes à l'OMS afin d'être prépositionnées au Siège, dans les bureaux régionaux ainsi que dans l'Entrepôt régional d'interventions humanitaires des Nations Unies (UNHRD) situé à Dubaï (Émirats arabes unis). De concert avec Roche, l'OMS a travaillé à l'élaboration des conditions de mise en circulation des antiviraux détenus dans ces stocks, ainsi que des procédures qui en permettraient le déploiement effectif. Des circuits de communication ont été établis à tous les niveaux depuis les services logistiques opérationnels jusqu'aux instances de décision de haut niveau, et un plan d'action a été établi.

210. L'OMS s'est lancée dans une série de consultations et d'exercices de préparation avec ses partenaires opérationnels comme le Programme alimentaire mondial des Nations Unies (qui est l'organe des Nations Unies qui gère l'entrepôt de Dubaï) pour tester les procédures de lancement d'une opération d'endiguement rapide. Le déploiement des stocks d'antiviraux faisait partie intégrante de ces exercices. Ces derniers ont également porté sur les formalités complexes d'expédition et de transport jusque sur le terrain dans le but de s'assurer que ces procédures étaient comprises de tous et puissent être mises en route sans délai en cas d'urgence. Lorsque des difficultés ont surgi, des corrections ont été apportées.

211. En 2008, ces plans ont été mis en route, certains médias ayant annoncé qu'on suspectait une transmission interhumaine de la grippe aviaire H5N1 en Indonésie. Tandis que l'OMS s'attachait à vérifier cette information, les préparatifs en vue d'une mise en circulation éventuelle des stocks ont commencé. L'OMS s'est rapidement rendue compte que cette annonce n'était qu'une rumeur sans fondement de sorte que le déploiement du stock n'a plus été nécessaire. Cet incident n'en a pas moins été une occasion intéressante de valider les plans.

212. En avril 2009, après communication à l'OMS par le Mexique et les États-Unis d'Amérique des premiers rapports faisant état d'infections d'un genre nouveau par le virus H1N1, une opération d'endiguement rapide a été envisagée. Le 29 avril 2009, un groupe spécial sur les antiviraux a été créé au Siège de l'OMS afin de superviser le déploiement des stocks. Cette opération d'endiguement rapide n'ayant pas été jugée réalisable, l'OMS a décidé le 2 mai 2009 de distribuer les traitements antiviraux qu'elle détenait dans sa réserve mondiale à 71 pays à faible revenu ainsi qu'au Mexique. Cette réserve avait été créée en vue d'une opération d'endiguement. Roche a cependant accepté les nouvelles conditions de mise en circulation du stock, ce qui a permis de distribuer les antiviraux dans un grand nombre d'endroits du monde. Le 3 mai, on s'est mis d'accord sur la liste des pays qui en bénéficieraient. Un plan de distribution a été élaboré en coordination avec les pays concernés afin de régler les problèmes juridiques, d'accélérer les formalités d'expédition et de passage en douane, et de s'entendre sur un calendrier de distribution avec les bureaux de l'OMS dans les pays et avec les transitaires. On trouvera ci-dessous les dates de quelques événements marquants.

3 mai 2009 : la préparation des documents pour l'expédition des antiviraux commence

7 mai 2009 : arrivée des premières livraisons (en Gambie, en Éthiopie et en Angola)

15 mai 2009 : 80 % des antiviraux stockés sont livrés

25 mai 2009 : arrivée de dernière livraison (en Ukraine).

213. Outre le déploiement de la réserve mondiale d'antiviraux détenue par Roche, le Bureau régional OMS de l'Afrique a procédé à la mise en circulation du stock régional qui avait été prépositionné à l'UNHRD de Dubaï. Chacun des 46 États Membres de la Région africaine a reçu 1000 traitements, et 10 000 traitements supplémentaires ont été mis à la disposition de chacune des équipes d'appui interpayes opérant dans la Région. Cette opération a été coordonnée par le Bureau régional OMS de

l'Afrique et par le Siège. À l'UNHRD de Dubaï, les opérations ont commencé le 5 mai et se sont achevées le 20 mai 2009. Outre la fourniture d'antiviraux, des nécessaires pour le diagnostic des syndromes respiratoires ont été prépositionnés entre mai et octobre 2009 dans tous les États Membres par le canal des bureaux de l'OMS dans les pays.

214. Depuis la mise en circulation des antiviraux stockés, Roche a reconstitué à la fois le stock mondial (trois millions de doses) et le stock régional (deux millions de doses) qui est entreposé à Dubaï, conformément aux termes initiaux de l'accord.

Programme OMS de préqualification des médicaments

215. Pour faciliter l'acquisition d'oseltamivir par l'OMS et d'autres institutions des Nations Unies et rendre son générique plus accessible, un appel à des « expressions d'intérêt » a été lancé en 2007 dans le cadre du Programme OMS de préqualification des médicaments. Le produit préqualifié à la suite de cet appel était fabriqué par la firme indienne Cipla (gélules d'oseltamivir). Un second appel à des expressions d'intérêt en vue d'une préqualification a été lancé en juin 2009 afin d'inciter d'autres fabricants à se manifester et pour voir si le zanamivir pouvait être pris en considération. À la suite de ces deux appels, huit antiviraux contre le virus grippal produits par quatre fabricants (Cipla, GlaxoSmithKline, Roche et Strides Arcolab) sont désormais préqualifiés.

Élaboration de nouvelles lignes directrices de l'OMS

216. Immédiatement après l'isolement du virus pandémique grippal A (H1N1) 2009, on a signalé que ce nouveau virus était sensible aux inhibiteurs de la neuraminidase (oseltamivir et zanamivir). En raison des autorisations de mise sur le marché données au niveau mondial et des réserves dont on disposait tant au niveau national que mondial, on pouvait penser que ces médicaments joueraient un rôle important dans l'action contre la pandémie et l'atténuation de ses effets. En fait, la mise au point de lignes directrices thérapeutiques fondées sur des bases factuelles s'est révélée difficile et même sujette à controverse à l'époque, en raison d'un certain nombre de facteurs :

- 1) Absence d'informations sur les caractéristiques cliniques et le traitement de la grippe pandémique A (H1N1) 2009 au début de la pandémie.
- 2) Une grande partie des données publiées au sujet de l'utilisation des antiviraux émanait d'études prospectives portant sur une maladie aiguë spontanément résolutive dans la population générale et pouvaient ne pas être applicables à d'autres cas, par exemple des cas graves ou compliqués, ou encore à des malades vivant en milieu défavorisé.
- 3) Il existait d'autres antiviraux, des produits expérimentaux ou régionaux et des traitements d'appoint, mais sans beaucoup d'éléments d'appréciation au sujet de leur efficacité.
- 4) De nouvelles informations continuaient à surgir au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie.

217. L'élaboration des lignes directrices s'est faite en deux étapes. Il y a tout d'abord eu un examen indépendant des éléments d'appréciation disponibles. Ces éléments d'appréciation, constitués à la fois de données résultant d'une analyse systématique de la littérature et de données observationnelles, ont été évalués selon la méthodologie GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (53). Ensuite, on a réuni un groupe d'experts qui a été chargé d'élaborer des recommandations à partir des éléments d'appréciation ainsi évalués. Les lignes directrices ont été

publiées sur le site Web de l'OMS, accompagnées d'une description de leur processus d'élaboration, de détails sur les éléments d'appréciation pris en considération et sur leur évaluation par la méthodologie GRADE, ainsi que de précisions sur les membres du groupe d'experts, leurs attaches professionnelles ou autres et leurs déclarations d'intérêts. Elles ont tout d'abord été publiées en avril et mai 2009 sous forme préliminaire et officiellement en août 2009. Les recommandations thérapeutiques qui y figurent sont basées sur des données factuelles relatives à la grippe saisonnière et sur des données observationnelles concernant le traitement de viroses plus graves dues au virus H5N1. Des lignes directrices révisées ont été publiées en février 2010 (54), époque à laquelle on disposait de données observationnelles sur le traitement des pathologies graves dues au virus pandémique (H1N1) 2009. Ces nouvelles données confirment qu'un traitement rapide au moyen des inhibiteurs de la neuraminidase qui ont été agréés améliore l'issue clinique.

Surveillance de l'efficacité des antiviraux

218. L'OMS a surveillé deux aspects de l'efficacité des antiviraux utilisés pour traiter les maladies résultant de la pandémie grippale (H1N1) 2009. En premier lieu, elle a rassemblé des informations sur l'efficacité clinique et l'innocuité des médicaments en collaboration étroite avec les cliniciens et les organismes de santé publique. À cet effet, l'OMS a organisé des téléconférences régulières avec les réseaux cliniques et des réunions personnelles au cours desquelles des données ont été exposées, et elle a examiné les résultats publiés dans les revues médicales. En outre, elle a maintenu le dialogue avec les principaux fabricants de produits pharmaceutiques afin d'obtenir des données sur l'efficacité et l'innocuité de ces produits tirées des études cliniques en cours et de la pharmacovigilance habituelle. Toutes ces informations ont servi de base à l'élaboration des lignes directrices et à la préparation d'autres publications comme, par exemple, les notes d'informations de son site Web. Elles ont également permis de constituer une solide base de données sur laquelle s'appuyer pour aider et conseiller les États Membres.

219. En second lieu, l'OMS s'est activement employée à surveiller l'apparition éventuelle de virus résistants aux antiviraux. Des informations lui ont été communiquées par les participants au GISN – et notamment les centres nationaux de la grippe et ses centres collaborateurs – ainsi que par les États Membres qui envoyaient des notifications au titre du RSI. Ce système a bien fonctionné. Des renseignements complémentaires ont été obtenus en consultant les sites Web des gouvernements nationaux, les rapports émanant des organismes de santé publique ainsi que les articles parus dans les revues spécialisées. Trois téléconférences mondiales ont été organisées avec des laboratoires, des institutions et des spécialistes de premier plan à la suite de la publication d'un certain nombre de rapports médicaux significatifs. Cette activité a permis à l'OMS de recueillir des informations sur 285 cas de résistance aux antiviraux en provenance de 21 pays au cours de la période allant de juin 2009 à mai 2010. Dans tous les cas sauf un, il s'agissait de virus présentant la substitution H275Y au niveau du site 275 de la neuraminidase, substitution qui s'est révélée conférer une résistance à l'oseltamivir mais pas au zanamivir. On ne dispose d'aucun rapport concernant un réassortiment entre le virus pandémique (H1N1) 2009 et le virus saisonnier H1N1 circulant.

220. Les 285 cas dont il a été fait état sont les seuls qui aient été attestés sur les 20 000 échantillons cliniques ou davantage en provenance de 92 pays à avoir été examinés, ce qui montre que, d'une façon générale, il n'y avait pas de virus pandémiques (H1N1) 2009 en circulation qui soient résistants aux antiviraux. Néanmoins, on a constaté l'existence de trois agrégats de cas où une transmission limitée se poursuivait localement (soit 19 des 285 cas) et il est possible qu'il y ait eu également un petit nombre d'autres cas de transmission interhumaine. C'est surtout chez les sujets gravement immunodéprimés que les conséquences étaient les plus visibles sur le plan clinique. Ces résultats ont été publiés dans les rapports hebdomadaires de situation sur la pandémie, dans le *Relevé*

épidémiologique hebdomadaire et, occasionnellement, dans des notes d'information publiées sur le Web.

Constatations

221. Le déploiement du stock d'antiviraux dans un délai minimal, alors que la situation était incertaine et évoluait rapidement, a montré combien il est important de détenir un nombre substantiel de doses, emballées et prêtes à être expédiées, mais aussi de disposer de systèmes, de procédures et de circuits de communication dûment éprouvés pour pouvoir monter une opération efficace. Le succès d'une telle opération repose sur une équipe pluridisciplinaire travaillant de concert avec plusieurs organisations, dans une multitude d'endroits, capable de passer à des niveaux de décision supérieurs et suffisamment flexible pour s'adapter à l'évolution de la demande.

222. Les pays ont réagi positivement devant la promptitude et l'utilité de ce déploiement, ce qui montre qu'il y a intérêt à se préparer à l'avance. Malgré le suivi de l'efficacité et de l'innocuité des antiviraux au cours de la pandémie, il reste nécessaire de faire un bilan de leur efficacité en s'appuyant sur l'ensemble des études entreprises dans plusieurs pays.

Vaccins

Avis et recommandations

223. Le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination a émis des avis au sujet des vaccins et de la vaccination. Le SAGE fait rapport au Directeur général de l'OMS sur des questions qui vont de la recherche-développement en vaccinologie à l'administration des vaccins. Le SAGE a pour mission de donner des avis stratégiques plutôt que de faire des propositions sur des sujets techniques (55).

224. Le SAGE est organisé en groupes de travail qui sont chargés, pendant une période de temps limitée, d'examiner et de fournir des informations factuelles et de proposer différentes options en vue des recommandations qui seront émises par le Groupe consultatif. Le groupe de travail consultatif ad hoc du SAGE sur les politiques en matière de vaccins contre la grippe A (H1N1) (56) s'est réuni pour la première fois le 29 avril 2009. Contrairement à ce qui se fait dans le cas des autres groupes de travail du SAGE et vu que la situation était jugée urgente, il n'a pas été procédé à un appel public de candidatures à ce groupe. Au lieu de cela, le groupe a été constitué de représentants du SAGE, du Comité consultatif mondial de la Sécurité vaccinale et de membres du Comité d'experts de la Standardisation biologique, de manière à assurer une bonne coordination des avis exprimés par les experts. Les travaux de ce groupe ad hoc ont inspiré les recommandations du SAGE au sujet de la vaccination publiées le 19 mai 2009 (57), le 7 juillet 2009 (58) et le 29 octobre 2009 (59).

Souches pour les vaccins expérimentaux

225. En plus d'assurer la surveillance des souches de virus grippal en circulation et de recommander la composition annuelle des vaccins saisonniers, le GISN est chargé de détecter et d'évaluer les virus grippaux d'un genre nouveau qui sont potentiellement pandémiques. Il recommande les souches de ces « nouveaux » virus grippaux susceptibles d'être utilisées pour élaborer des vaccins pandémiques prototypes et prépare les souches destinées aux vaccins expérimentaux qu'il distribue gratuitement sur demande aux fabricants.

226. Lorsque la grippe aviaire A (H5N1) a fait son apparition, on s'est rendu compte que la capacité mondiale de production de vaccins antigrippaux était insuffisante face à une pandémie de grippe entraînant une forte mortalité. En outre, même si de nombreuses souches de virus grippal sont fournies au GISN par des pays à revenu faible ou intermédiaire, l'accès au vaccin pandémique élaboré à partir de ces souches tend à se limiter aux pays à revenu élevé et à ceux qui possèdent des moyens de production nationaux.

227. La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2007, a prié le Directeur général de l'OMS d'organiser une réunion intergouvernementale afin d'élaborer un système permettant d'assurer un large échange des virus destinés à la production de vaccins contre la grippe pandémique et de veiller à ce que l'accès aux vaccins qui en seront tirés soit équitable (60).

228. L'accès public aux informations importantes et la distribution gratuite des souches vaccinales sont des principes qui ont été respectés pendant la pandémie de grippe A (H1N1) 2009. La séquence génique du virus pandémique H1N1 de type sauvage a été rendue publique le 27 avril 2009. À la date du 8 mai 2009, des échantillons de virus de type sauvage avaient été envoyés par les laboratoires de référence aux producteurs de vaccin, qui se trouvaient tous en Europe ou aux États-Unis d'Amérique parce qu'ils possédaient les installations de confinement biologique de haut niveau nécessaires.

229. Les premiers lots de virus vaccins expérimentaux produits par la technique classique de réassortiment ont été libérés en vue de leur distribution le 27 mai 2009 et les premières souches produites par les méthodes de la génétique inverse le 22 juillet 2009. Les virus vaccins réassortis expérimentaux ont été rapidement distribués sur demande à tous les fabricants de vaccins possédant des installations NSB2 (P2+).

230. Les séquences géniques de toutes les souches vaccinales ont été rapidement mises à disposition dans les banques de données ouvertes au public.

Élaboration d'un vaccin

231. Lorsqu'une nouvelle souche grippale fait son apparition, plusieurs étapes doivent être franchies avant qu'un vaccin efficace puisse être élaboré et administré. La première consiste à s'assurer qu'il n'existe pas de vaccin saisonnier susceptible de conférer une immunité suffisante vis-à-vis de la nouvelle souche. À cet effet, on teste la nouvelle souche sur des sérums provenant de sujets vaccinés au moyen des vaccins saisonniers existants. Cette opération est organisée par le canal du réseau OMS de centres collaborateurs et de laboratoires de réglementation essentiels. Dès le 7 mai 2009, il était clair que les vaccins saisonniers H1N1 existants ne protégeaient pas contre la grippe pandémique A (H1N1) 2009 et qu'il serait nécessaire de mettre au point un nouveau vaccin.

232. La deuxième étape indispensable consiste à modifier la souche sauvage pour qu'elle se multiplie bien sur des œufs et puisse être utilisée pour la production d'un vaccin. Cette modification permet également d'atténuer suffisamment le virus vaccin pour qu'on puisse le manipuler dans des conditions correspondant au niveau de sécurité biologique NSB2 (P2+). On utilise pour cela deux méthodes : un réassortiment classique avec des souches à haut potentiel de multiplication et une technologie brevetée basée sur la génétique inverse. La troisième étape consiste à élaborer un antigène viral de référence ainsi qu'un immunsérum normalisé afin de pouvoir mesurer l'activité vaccinale. Ce processus nécessite une coordination entre fabricants, laboratoires de référence et organismes de réglementation. Cette étape n'est pas nécessaire dans le cas des vaccins antigrippaux vivants atténués.

233. La dernière étape est celle des essais cliniques sur des volontaires humains afin d'évaluer l'innocuité et l'immunogénicité du vaccin. Ce sont les organismes de réglementation qui accordent

l'autorisation de mise sur le marché et de distribution à grande échelle en fonction des résultats des examens de laboratoire et des essais cliniques.

234. Le 27 avril 2009, l'OMS a organisé une première téléconférence avec les centres collaborateurs et les laboratoires de réglementation essentiels. Ces conférences, organisées tout d'abord deux fois par semaine puis chaque semaine et ultérieurement tous les 15 jours, ont permis d'échanger des informations sur la caractérisation du virus, l'évaluation des risques ainsi que la sélection et l'élaboration des souches vaccinales. Le premier virus vaccin expérimental réassorti a été mis à disposition le 27 mai 2009 et les premiers réactifs destinés à l'évaluation de l'activité vaccinale le 13 juillet.

235. Les premiers vaccins étaient prêts à être déployés fin septembre 2009, soit 20 semaines après l'isolement du virus, et avaient été produits par des fabricants de Chine, de Hongrie et d'Australie. Dans ces trois pays, la campagne de vaccination avait respectivement commencé le 21, 29 et 30 septembre. Au 31 décembre 2009, les vaccins contre la grippe pandémique A (H1N1) 2009 produits dans l'ensemble du monde par 22 firmes avaient été homologués. À titre de comparaison, les programmes de vaccination contre la grippe saisonnière des pays développés prévoient un délai d'environ six mois entre la sélection d'une souche vaccinale et la production à grande échelle.

236. Les procédures d'homologation variaient d'un pays à l'autre. Par exemple, certains organismes de réglementation ont homologué les vaccins contre le virus pandémique A (H1N1) 2009 en tant que variantes des vaccins grippaux saisonniers. L'Agence européenne des Médicaments a eu recours à une procédure convenue d'avance basée sur une « homologation fictive » obtenue antérieurement par Baxter, GlaxoSmithKline et Novartis pour leurs vaccins expérimentaux contre la grippe H5N1.

237. La presque totalité des vaccins contre la grippe pandémique A (H1N1) 2009 ont été homologués en vue d'une utilisation chez tous les groupes de population âgés de plus d'un an, y compris les femmes enceintes.

Production et dons de vaccins

238. Pour faire en sorte que les pays en développement puissent avoir accès aux vaccins en cas de pandémie de grippe H5N1, l'Assemblée mondiale de la Santé avait demandé à l'OMS de constituer un stock de vaccins. En avril 2009, deux fabricants de vaccins, GlaxoSmithKline et Sanofi Pasteur, avaient promis de donner respectivement 50 et 60 millions de doses de vaccin H5N1, mais sans qu'aucun accord juridique n'ait été conclu au sujet des dons.

239. Le 19 mai 2009, le Directeur général de l'OMS et le Secrétaire général des Nations Unies ont organisé une réunion de haut niveau avec les présidents directeurs généraux de toutes les firmes connues produisant des vaccins antigrippaux au cours de laquelle ils ont plaidé en faveur d'un accès équitable des pays en développement aux vaccins contre la grippe pandémique A (H1N1) 2009. Les firmes GlaxoSmithKline et Sanofi Pasteur ont accepté de remplacer leurs promesses de dons de vaccins H5N1 par des vaccins contre la grippe pandémique A (H1N1) 2009 et de porter le nombre de doses à 150 millions.

240. Au cours des mois de mai et de juin 2009, l'OMS a procédé à une enquête sur la production de vaccins contre la grippe saisonnière et la grippe pandémique prévue par les fabricants. Les résultats de cette enquête ont été rendus publics (61). Il a été demandé aux fabricants s'ils étaient d'accord pour réserver 10 % de leur production en temps réel en vue d'une acquisition par les organismes des Nations Unies (mais pas nécessairement sous la forme de dons). De nombreux fabricants étaient déjà engagés par des accords d'achat préalables conclus avec des pays à revenu élevé, de sorte qu'on a

estimé que seule une quantité limitée de vaccins contre la grippe pandémique A (H1N1) pourrait être acquise en 2009 par les organismes des Nations Unies.

241. Les négociations avec les fabricants et les gouvernements en vue des dons de vaccins ont commencé fin juillet 2009 mais elles ont progressé lentement. On pensait qu'il faudrait conclure des accords juridiques avec au moins quatre fabricants et une douzaine de gouvernements du côté des donateurs, et avec près de 100 gouvernements du côté des bénéficiaires. Il a été décidé de mettre en place un seul et unique cadre juridique acceptable par toutes les parties. L'OMS a entamé des négociations tout d'abord avec GlaxoSmithKline en partant du principe que l'accord, une fois conclu, servirait de modèle aux autres fabricants. Un accord sur les dons de vaccins a donc été signé avec GlaxoSmithKline le 9 novembre 2009, les premières livraisons des dons étant initialement prévues pour la fin de l'année. CSL Australia, MedImmune et Sanofi Pasteur ont signé des accords dans les mêmes termes en décembre 2009. En janvier 2010, un accord juridique a été conclu avec Novartis pour faciliter les dons de produits de cette firme par les gouvernements donateurs, ce fabricant s'étant refusé à participer en tant que donateur à l'initiative de l'OMS pour le déploiement du vaccin pandémique.

242. Après la conclusion des premiers accords avec les fabricants, des accords juridiques ont été passés avec les gouvernements donateurs en vue de dons de vaccins contre la grippe pandémique A (H1N1) 2009. Le 16 décembre, les États-Unis d'Amérique ont accepté de faire don de vaccins provenant de leurs propres réserves, suivis par l'Australie (22 décembre), la France (15 janvier 2010), la Belgique (29 janvier 2010), la Suisse (16 mars 2010), la Norvège (19 mars 2010), l'Italie (16 avril 2010), le Royaume-Uni (28 mai 2010) et Singapour (21 juin 2010).

Capacité de production, accès équitable et transfert de technologie

243. C'est le 29 avril 2009 qu'ont commencé les premières discussions entre le Directeur général de l'OMS et les fabricants de vaccins en vue d'évaluer la capacité et les délais de production du vaccin pandémique et de faire en sorte que ce vaccin soit équitablement mis à la disposition des pays en développement. À cette téléconférence ont participé des fabricants de pays à revenu élevé qui, pour la plupart, étaient membres de la Fédération internationale de l'Industrie du Médicaments (FIIM), et des fabricants de vaccins de pays à revenu faible ou intermédiaire dont un grand nombre appartenaient au Réseau de fabricants de vaccins des pays en développement (DCVMN). Cette téléconférence a été suivie le 19 mai 2009 d'une réunion de haut niveau entre le Directeur général de l'OMS et le Secrétaire général des Nations Unies, téléconférence à laquelle ont assisté également les présidents directeurs généraux de toutes les firmes connues produisant des vaccins antigrippaux, le but étant d'assurer un accès équitable à ces produits. Des conférences hebdomadaires réunissant l'OMS et l'ensemble des fabricants intéressés y ont fait suite. Du côté des fabricants, elles ont été organisées par la FIIM et le DCVMN. Aucun accord portant sur les dons de vaccins n'a été conclu avec des fabricants hors FIIM, principalement du fait que les premiers vaccins pandémiques dont les fabricants membres du DCVMN ont obtenu l'homologation n'ont été disponibles qu'à partir du milieu de l'année 2010.

244. La capacité mondiale de production de vaccins antigrippaux ne permet de protéger qu'une fraction de la population mondiale. En 2006, après avoir largement consulté la totalité des parties prenantes au sujet du virus vaccin réassorti expérimental, l'OMS a mis sur pied un plan d'action mondial (GAP) afin d'accroître l'offre de vaccins contre la grippe pandémique (62). Le GAP a privilégié trois stratégies pour augmenter la capacité de production de ce vaccin. La première consistait à accroître partout dans le monde la couverture par le vaccin saisonnier afin d'en augmenter la demande et d'inciter ainsi les fabricants à se donner les moyens de faire face à la nouvelle demande. La deuxième stratégie visait à promouvoir l'implantation de nouveaux sites de production, notamment

dans des pays en développement. Enfin, la troisième avait pour objet de stimuler la recherche-développement en vue de fabriquer des vaccins antigrippaux d'un genre nouveau, ces vaccins novateurs étant susceptibles de remédier à l'insuffisance de la capacité de production ou tout du moins de l'atténuer sensiblement.

245. Dans le cadre de la deuxième stratégie, l'OMS apporte depuis 2007 un soutien technique et financier aux fabricants de 11 pays à revenu faible ou intermédiaire afin qu'ils puissent acquérir la technologie nécessaire à la production du vaccin antigrippal. L'OMS a négocié avec un fabricant de vaccin antigrippal néerlandais l'octroi d'une licence de fabrication d'un vaccin vivant atténué produit sur œuf, et elle a conclu avec un institut de la Fédération de Russie un important accord de transfert garantissant l'accès aux souches du virus nécessaires pour fabriquer le vaccin. Ces accords ont permis à l'OMS d'accorder des sous-licences à deux fabricants de pays en développement (SII en Inde et GPO en Thaïlande). Ces fabricants ont ainsi pu obtenir les produits nécessaires à la fabrication du vaccin antigrippal vivant atténué, à l'intention non seulement des marchés locaux mais également d'autres pays en développement qui ne disposaient pas des moyens nécessaires pour produire un vaccin antigrippal.

246. L'OMS a également entamé une collaboration avec l'Institut néerlandais des Vaccins (NVI) pour compléter son soutien au renforcement des capacités. Le NVI sert de plaque tournante pour les transferts de technologie et il met ses compétences techniques en matière de production vaccinale au service des fabricants des pays en développement. Dans le cadre de cet accord, le NVI a mis au point une plate-forme pour la production de vaccins expérimentaux et développé des méthodes d'exploitation normalisées en matière de production, d'assurance de la qualité et autres activités nécessaires à la production finale des vaccins. Au cours de la pandémie A (H1N1) 2009, trois fabricants de pays à revenu faible ou intermédiaire ont pu obtenir des licences de distribution pour les vaccins pandémiques utilisés dans leurs pays.

Produire le vaccin saisonnier ou le vaccin pandémique ?

247. La décision d'interrompre la production de vaccin antigrippal saisonnier de manière que toute la capacité de production soit consacrée au vaccin pandémique est totalement entre les mains des fabricants et des principaux acheteurs. C'est également aux fabricants qu'il appartient de décider s'il est possible de réduire ou de suspendre sans risque la production de vaccins pandémiques au bénéfice du vaccin saisonnier.

248. Ni le SAGE ni un Comité d'urgence réuni en application des dispositions du RSI n'ont mandat d'émettre des avis sur le point de savoir si un vaccin contre un virus émergent doit être mis en production ou à quel moment la production du vaccin antigrippal saisonnier doit être interrompue au bénéfice du vaccin pandémique.

Déploiement du vaccin et distribution dans les pays

249. À la fin de l'Initiative pour le développement du vaccin H1N1 en septembre 2010, on avait annoncé le don de 200 millions de doses de vaccins contre la grippe pandémique A (H1N1) 2009 et 122,5 millions d'entre elles avaient déjà été accordées par contrat. Soixante-dix millions de seringues et 500 000 conteneurs pour l'élimination des objets pointus ou tranchants avaient été promis et livrés (Becton-Dickinson a fait don de 25 millions de seringues à l'OMS par le canal d'AmeriCares ; USAID a également fait don à l'OMS de 10,5 millions de seringues et de 95 775 conteneurs pour l'élimination des objets pointus ou tranchants. Il était prévu que les autres articles seraient livrés directement aux pays). Un fonds d'environ US \$57 millions était disponible pour couvrir les coûts d'expédition et aider les pays à répartir et à livrer les vaccins offerts.

250. Initialement, il avait été prévu de distribuer 200 millions de doses de vaccins à près de 100 pays. En raison de la taille de la population des pays bénéficiaires potentiels et de la quantité de vaccins dont on s'attendait à disposer, le Directeur général de l'OMS avait décidé d'offrir à chaque pays remplissant les conditions requises suffisamment de vaccins pour vacciner jusqu'à 10 % de sa population, ce qui était jugé suffisant pour permettre la vaccination du personnel soignant et des groupes qui couraient le plus de risques, comme les femmes enceintes. Les vaccins devaient être distribués en deux fractions : tout d'abord, une quantité suffisante pour vacciner 2 % de la population (par exemple le personnel soignant) qui ferait l'objet d'une première expédition, le reste étant expédié dans un deuxième temps. Les petits pays recevraient la totalité de leur part (à condition qu'elle soit inférieure à 100 000 doses) à la première livraison afin de réduire les frais de transaction ; les grands pays recevraient moins que la part correspondant à 2 % de leur population à la première livraison afin de permettre à tous les pays concernés de recevoir du vaccin le plus vite possible.

251. Avant de pouvoir bénéficier des dons de vaccins, les pays étaient tenus de signer une lettre d'accord avec l'OMS et de fournir un plan de déploiement montrant qu'ils disposaient d'une stratégie pour atteindre les groupes cibles ainsi que de ressources financières suffisantes, en tenant compte de l'aide financière de l'OMS. En mai 2010, 84 accords avaient été signés mais seuls 65 pays avaient achevé leurs plans. Entre la fin février 2010, c'est-à-dire au moment où les dons de vaccins ont été mis à disposition, et la fin mai 2010, 38,8 millions de doses de vaccin ont été distribuées à 60 pays. Toutes les doses de vaccin ont été expédiées avec un nombre suffisant de seringues et de conteneurs pour l'élimination des objets pointus ou tranchants. Fin mai 2010, presque tous les pays des Amériques, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental qui remplissaient les conditions avaient reçu leurs vaccins. Seuls 19 des 44 pays africains concernés les avaient reçus, la non-livraison étant essentiellement due, pour les autres, à l'absence de plans de déploiement définitifs. Il y a eu six cas où la livraison des dons de vaccins a pris du retard en raison du temps mis par les pays bénéficiaires à délivrer les autorisations d'importation réglementaires.

252. Au total, 78 millions de doses de vaccin contre la grippe pandémique A (H1N1) 2009 ont été déployées dans 77 pays. Le Comité d'examen a été informé des préoccupations soulevées par les retards survenus dans le déploiement des vaccins, et il est conscient de ce que les causes en sont complexes et multifactorielles. Il faudra s'attaquer à ces difficultés systémiques sur un certain nombre de fronts pour améliorer l'action future.

H. Les documents d'orientation de l'OMS

253. Un certain nombre de documents d'orientation existaient au début de la pandémie, à savoir les suivants : Plan mondial OMS de préparation à une pandémie de grippe (2005) ; WHO interim protocol : rapid operations to contain the initial emergency of pandemic influenza (octobre 2007) ; Prévenir et combattre les maladies respiratoires aiguës à tendance épidémique ou pandémique dans le cadre des soins (juin 2007) ; Préparation en cas de grippe pandémique et mesures d'atténuation chez les populations réfugiées et les personnes déplacées : lignes directrices à l'intention des organismes humanitaires (mai 2008) ; Reducing Excess Mortality from Common Illnesses during an Influenza Pandemic (octobre 2008) et WHO Rapid Advice Guidelines on Pharmacological Management of Humans Infected with Avian Influenza A (H5N1) Virus (juin 2006).

254. Pendant la pandémie, environ 60 documents ont été publiés, la plupart avant août 2009. Ces premiers documents, comme par exemple des conseils au sujet du port de masques, ne reposaient pas sur de nouvelles données ; sans doute ont-ils été rédigés et mis en ligne à l'avance sur le Web dans le cadre de la préparation générale à une pandémie. Il est possible aussi que l'OMS se soit entendue avec d'autres organismes comme la Health Protection Agency du Royaume-Uni ou les Centers for Disease

Control and Prevention des États-Unis pour procéder à des copublications ou à une diffusion sur plusieurs listes.

255. Aux premiers stades de la pandémie, il n'existait, à l'échelle de l'Organisation, ni évaluation stratégique ni liste indiquant la priorité des documents d'orientation qui seraient nécessaires ; en fait, les décisions étaient prises individuellement par les différentes unités techniques ou en réponse à des demandes émanant des pays. Un grand nombre de documents ont été préparés, mais le Directeur général avait décidé que, pour des questions d'exactitude et d'homogénéité, tous ces documents devaient être approuvés par une seule personne, à savoir le Sous-Directeur général chargé de la sécurité sanitaire et de l'environnement, avant d'être diffusés. Il n'est pas surprenant dans ces conditions qu'un certain nombre de documents soient restés en attente de publication.

256. Par suite, ces documents d'orientation ont été publiés en nombre limité ; en outre, ils n'offraient pas une couverture systématique du sujet et des lacunes subsistaient dans des domaines importants comme par exemple l'évaluation des mesures aux frontières. Peu de documents ont été traduits, faute de fonds disponibles. Cette difficulté est révélatrice d'un problème plus général, à savoir que l'OMS ne dispose pas de fonds de réserve pour faire face à une urgence mondiale de ce genre. Un soutien a pu être assuré en empruntant du personnel à d'autres secteurs, mais une telle situation n'est tenable que sur une courte période et ne permet pas, par exemple, de couvrir les besoins en matière de communication et de traduction. Devant la pression à laquelle était soumise la production des documents, un groupe a été constitué et des dispositions prises pour préparer les lignes directrices urgentes (SHOCDocs). SHOCDocs avait pour but de veiller à la qualité de la documentation en la faisant examiner par des pairs et d'éliminer les doublons et les documents peu prioritaires. Il y a néanmoins eu des retards dans de nombreuses publications.

257. L'OMS a bien publié un certain nombre de lignes directrices de nature clinique mais qui ont souffert des mêmes problèmes de retard. Des téléconférences ont été également organisées avec des cliniciens afin de partager l'expérience qu'ils avaient acquise et les participants les ont jugées utiles. Dans l'éventualité d'une situation future en évolution rapide, il faudrait que l'OMS examine les moyens les plus efficaces d'échanger et de transmettre des informations d'ordre clinique, en partenariat avec des spécialistes, des organismes et des instituts travaillant dans ce domaine.

258. Le Comité d'examen constate que des lignes directrices ont été publiées tant par le Siège que par les bureaux régionaux. Les Régions fonctionnent de manière indépendante et peuvent adapter les documents d'orientation du Siège à leur propre situation. Il n'existe toutefois pas de mécanisme bien défini permettant d'harmoniser les différentes lignes directrices. L'OMS devrait se donner les moyens d'uniformiser les lignes directrices préparées dans l'ensemble de l'Organisation, étant entendu que les conditions peuvent varier dans les différentes Régions et d'un pays à l'autre.

I. Communication

259. Pour faire face avec efficacité à une urgence de santé publique, il est essentiel de disposer de moyens permettant de relayer l'information rapidement et clairement aux différentes plates-formes médiatiques (télévision, radio, presse écrite, Internet) dans les différents contextes culturels et dans de nombreuses langues. La présente section examine de quelle manière la communication de l'OMS a fonctionné tant en interne qu'à l'extérieur au cours de la pandémie. La section examine également dans quelle mesure l'Organisation a été capable d'accroître rapidement ses capacités et d'adapter ses activités normales de communication à la communication au sujet des risques tout en répondant aux critiques extérieures. Le Comité d'examen a interrogé les principaux responsables de la

communication au Siège et dans les Régions et il a pris note, tant lors d'entretiens qu'à la lecture des documents, de la contribution des services de communication à la gestion de la pandémie.

Opérations quotidiennes

260. Les activités du Siège en matière de communication sont décentralisées. Un certain nombre de communicants placés sous l'autorité du Directeur de la Communication sont affectés au Bureau du Directeur général. Les différents groupes organiques possèdent leurs propres communicants qui sont rattachés soit au Bureau du Sous-Directeur général, soit affectés aux différents départements.

261. La structure de l'Équipe Web est comparable à celle du Département de la Communication. Les pages du site Web dédiées à la communication institutionnelle qui apparaissent lorsqu'on entre sur le site renvoient au centre des médias, aux informations générales sur l'Organisation et à divers sujets d'intérêt général. Ces pages sont établies par l'Équipe Web qui est rattachée au Département de la Communication du Bureau du Directeur général. Les pages qui donnent accès aux lignes directrices, donnent des détails sur les réunions et événements scientifiques et sur les différents rapports sont établies par le personnel des divers départements. Tout le contenu du Web est placé sous la responsabilité des Sous-Directeurs généraux du Siège ou, s'agissant des bureaux régionaux, sous celle du Directeur régional.

262. Le contenu médiatique fait l'objet d'un suivi quotidien. Les communicants examinent de quelle manière les activités de l'OMS sont communiquées au public et décident s'il y a lieu de réviser les messages. Ils ont également pour fonction d'attirer l'attention du personnel technique et des responsables des différents départements sur les points importants. En cas de besoin, l'information est transmise aux cadres dirigeants de l'Organisation.

Communication au sujet des risques

263. Lors d'une urgence de santé publique, une stratégie de communication au sujet des risques permet aux différentes parties prenantes de définir quels sont ces risques, de reconnaître les dangers, d'évaluer les points faibles et de stimuler la résilience de la communauté, ce qui la rend plus apte à faire face aux difficultés. La communication au sujet des risques est d'une telle importance qu'elle représente l'un des éléments des capacités dont les États Parties doivent se doter d'ici 2012 aux termes du RSI.

264. La stratégie de l'OMS en matière de communication au sujet des risques repose sur cinq principes : la planification, la transparence, la promptitude de l'annonce, la confiance et l'écoute. À la lumière de l'expérience acquise lors des flambées précédentes, l'OMS a élaboré des Lignes directrices sur la communication lors des flambées de maladie (2005) ainsi qu'un Guide sur la planification de la communication lors des flambées de maladie (2008). Ces lignes directrices ont été utilisées à l'OMS pour la formation en communication de toute nature, et pas uniquement en situation d'urgence.

265. L'OMS a également affiné ses procédures de communication interne en cas d'urgence de santé publique lors d'une série d'ateliers de formation, en élaborant un ensemble pédagogique en 2006 et en procédant en juin 2008 à un vaste exercice de sécurité en santé publique.

Début de la pandémie

266. L'annonce par le Directeur général le 25 avril 2009 de l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale a été une nouvelle de première importance pour tous les médias. En

tant que principal porte-parole de la santé publique dans le monde, l'OMS a été très fortement pressée de fournir des informations et de donner des conseils. L'Organisation a rapidement étoffé sa structure communicationnelle. On a mobilisé des membres du personnel appartenant à tous les services du Siège pour constituer une « équipe renforcée » centralisée placée sous la direction du chef de l'équipe communication du Département Alerte et action au niveau mondial au sein du Groupe Sécurité sanitaire et environnement. À ce moment-là, le poste de directeur de la communication auprès du Bureau du Directeur général était vacant.

267. En mai, alors que l'intérêt suscité dans les médias partout dans le monde était à son comble, plus de 45 communicants basés au Siège ont répondu aux demandes de renseignements 24 heures sur 24 en coordination avec les bureaux régionaux. Il y a eu jusqu'à 15 autres personnes pour s'occuper de recevoir les appels, de gérer la logistique, de coordonner les conférences de presse virtuelles, les émissions radiophoniques en studio ainsi que la gestion sur place des services de technologie de l'information à l'intention des journalistes. Au début de la pandémie, le personnel du Siège a travaillé 24 heures sur 24. Ultérieurement, le nombre de personnes disponibles tard dans la nuit a diminué pour un certain nombre de raisons : activité de longue durée par nature, épuisement et obligations familiales. Tirant parti des différences de fuseau horaire, l'Organisation redirigeait les appels vers l'OPS à minuit, heure de l'Europe centrale, et de là vers son Bureau régional du Pacifique occidental avant de reprendre les choses en main le matin suivant. La structure renforcée a été démantelée six semaines plus tard, à la mi-juin 2009, et la plupart de ses membres ont regagné leur département ou groupe d'origine. Alors que l'intérêt suscité par la situation dans les médias et le public n'avait pas varié, il n'est resté qu'une équipe de trois communicants à temps plein (ultérieurement portée à six).

268. Les décisions sur la politique à mener étaient prises par le Groupe de haut niveau sur les politiques (SPG) qui s'est réuni tous les jours et parfois deux fois par jour dès le début de la pandémie. Le personnel chargé de la communication a été intégré à ce groupe dès le départ. À l'issue des réunions du groupe, les décisions importantes étaient communiquées au reste de l'équipe de communication. À partir de là la procédure habituelle permettait à l'information de passer du Siège aux bureaux régionaux par le truchement du Centre stratégique d'opérations sanitaires (SHOC) ainsi qu'aux communicants régionaux et aux États Membres. L'équipe de communication tenait des téléconférences quotidiennes avec ses homologues régionaux. Des thèmes de discussion, une liste de messages importants destinée aux médias, ont été diffusés deux fois par jour aux bureaux régionaux et aux bureaux de pays au moment du pic de la pandémie afin d'assurer la cohérence de l'information dans l'ensemble de l'Organisation. Ces thèmes de discussion ont également été communiqués à d'autres organes et institutions des Nations Unies tels que le Groupe des Nations Unies chargé de la communication sur la grippe pandémique et la grippe aviaire ainsi qu'au Réseau de communication des États Membres et des institutions de l'Union européenne, au Groupe d'action pour la sécurité sanitaire mondiale, au Network Communications Group et au personnel chargé de la communication au sein des ministères de la santé des pays où l'intérêt suscité dans les médias était le plus vif.

269. Au cours de la phase aiguë de la pandémie, les deux principales voies de communication étaient les médias et le site Web de l'OMS. Les points de presse ont commencé le 26 avril 2009. Au début, ils avaient lieu tous les jours puis tous les deux jours et enfin chaque semaine en fonction des événements. Ces points de presse ont permis aux journalistes d'avoir un accès direct aux experts techniques de l'OMS et ils étaient généralement animés par le Directeur général, le Conseiller spécial auprès du Directeur général pour la grippe pandémique, le Directeur d'Alerte et action au niveau mondial et le porte-parole de l'OMS.

270. Les fichiers sonores des conférences de presse étaient mis en ligne dans l'heure sur le site Web et transcrits dans les trois heures. Un chapiteau avait été érigé sur le terrain du Siège afin de recevoir les représentants des médias ; 50 à 100 journalistes ont fréquenté cette installation au cours des

premières semaines de la pandémie. Plus de 40 points de presse virtuels ont été organisés dans le cadre de téléconférences mondiales, ce qui a permis aux journalistes du monde entier d'y participer. À lui seul, le personnel du Siège chargé de la communication a assuré des milliers d'entretiens à la radio, à la télévision et également par téléphone. En l'espace d'une semaine, plus de 250 000 articles ou reportages sur la pandémie ont été produits en langue anglaise.

271. Le site Web de l'OMS a joué un rôle déterminant dans la communication des messages et de l'information technique émanant de l'Organisation. Des notes d'information et des listes de questions fréquemment posées étaient publiées régulièrement. Entre avril 2009 et août 2010, 86 bulletins d'information sur les flambées épidémiques ont été mis en ligne par l'OMS. Ces bulletins d'information sur les flambées épidémiques donnent des renseignements détaillés – par exemple le nombre de cas confirmés et de décès – destinés aux professions de la santé, aux journalistes ainsi qu'au grand public, et ils sont publiés en tant que de besoin.

272. L'OMS a obtenu une audience de plus en plus large auprès du public. À un moment, son site Web a été consulté près de deux millions de fois en l'espace de trois heures. Un site spécialement consacré à la grippe pandémique a été créé le 26 avril, le jour où l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale a été déclarée. On a également utilisé ce site pour l'archivage des lignes directrices techniques et des informations générales destinées au public. Le site Twitter de l'OMS et des flux RSS ont été également utilisés pour diffuser des informations récemment réactualisées.

Critiques extérieures

273. Des critiques au sujet de l'action de l'OMS face à la pandémie ont commencé à être diffusées dans les médias en juillet 2009. On a notamment reproché à l'OMS d'avoir modifié sans préavis la définition d'une pandémie. En passant en revue les pages Web de l'OMS sur la pandémie de grippe dans le cadre des procédures d'urgence habituelles, le gestionnaire du Web a repéré deux pages qui nécessitaient des changements. La première, consacrée à la préparation en cas de pandémie (63), a été modifiée le 4 mai 2009 après qu'on eut constaté que les termes « pandémie » et « pandémie H5N1 » étaient utilisés indifféremment l'un pour l'autre. Cela donnait l'impression que seul le virus H5N1 pouvait être à l'origine d'une pandémie.

274. Quant au texte faisant allusion à « un nombre considérable de décès et de maladies », il s'agissait en fait du scénario d'une pandémie H5N1 meurtrière. Le texte a été corrigé pour mieux rendre compte de la flambée de grippe H1N1 en cours. Quant à la deuxième page, elle mettait en ligne un message au sujet de la grippe H5N1, dont le titre laissait entendre qu'il s'agissait de la description générale d'une pandémie de grippe. Pour plus de clarté, l'expression « grippe aviaire » a été ajoutée au titre. L'OMS s'est conformée à la pratique habituelle de la branche qui consiste à ne pas supprimer les pages Web. Cependant, les changements apportés à la teneur des pages et le versionnement (archivage des différentes versions) n'étaient pas évidents pour les lecteurs. Ces changements, auxquels il avait été procédé sans indication ou explication particulière, ont conduit à soupçonner qu'il s'agissait là d'une modification subreptice de la définition et non pas d'une tentative en vue de rendre la description d'une pandémie plus précise et plus cohérente. À partir de mai 2009, la trace de tous les changements apportés aux pages Web a été conservée et chaque révision a été datée.

275. À en croire un deuxième reproche adressé à l'OMS, celle-ci se serait hâtée plus que de raison de déclarer la phase 6, à l'avantage de l'industrie pharmaceutique (64). La première réaction de l'OMS à ces allégations ne s'est manifestée que le 3 décembre 2009 sous la forme d'une note d'information publiée sur son site Web dans laquelle l'Organisation expliquait en détail les efforts qu'elle avait faits pour se prémunir contre les conflits d'intérêts (65). Quand ces explications ont été données, la

question avait été soulevée près de cinq mois auparavant. Ce retard n'a pas été de nature à faire justice de ces allégations.

276. En outre, en décembre, le Conseil de l'Europe a demandé qu'il soit procédé à une enquête immédiate sur « la gestion de la pandémie de grippe H1N1 » (66). Lors d'une audition publique en date du 26 janvier 2010, le Dr Fukuda a déclaré que « la politique et les mesures recommandées et prises par l'OMS lors de la pandémie de grippe n'ont pas été indûment influencées par l'industrie pharmaceutique ». Le Dr Fukuda avait fait des déclarations analogues lors d'une conférence de presse virtuelle organisée à l'OMS le 14 janvier 2010 (67).

277. D'octobre à décembre 2009, les médias ont continué à se faire l'écho d'allégations selon lesquelles il y avait des conflits d'intérêts parmi les membres du Comité d'urgence, et l'OMS a été priée de publier le formulaire de déclaration d'intérêts que doivent remplir ses experts. Le 22 janvier 2010, l'OMS a fait une déclaration en réaction aux allégations de conflits d'intérêts et à ce qui, à ce moment-là, avait été qualifié par les critiques de « fausse » pandémie (68). Le Secrétaire exécutif du Groupe stratégique consultatif d'experts de l'OMS (SAGE) a expliqué plus en détail quelle était la politique de l'Organisation en matière de conflits d'intérêts lors d'une réunion organisée le 10 février 2010 au Palais des Nations avec les journalistes accrédités auprès de l'Office des Nations Unies à Genève, et il leur a indiqué comment le Groupe SAGE traitait ces questions (69).

278. Le 3 juin 2010, d'autres critiques ont été adressées à l'OMS dans un éditorial du *British Medical Journal (BMJ)* au sujet des conflits d'intérêts et du comportement de l'Organisation pendant la pandémie. L'OMS a communiqué le 8 juin 2010 une déclaration du Directeur général adressée à la rédaction du *BMJ* dans laquelle elle démentait l'existence de tout conflit d'intérêts et annonçait que le présent Comité serait chargé d'examiner l'action de l'OMS (70). Le 10 juin, l'OMS a publié sur son site Web une note d'information expliquant les mesures qu'elle avait prises pendant la pandémie (71).

Constatations : critiques extérieures

279. Le Comité d'examen estime que l'OMS doit apporter une meilleure réponse aux reproches qui lui sont adressés en reconnaissant qu'elle a pu commettre des erreurs ou contribuer à causer des malentendus et en réagissant avec vigueur et professionnalisme aux critiques sans fondement.

280. Dans sa réponse aux allégations infondées, l'OMS s'est montrée passive et lente. Certaines de ces accusations émanaient de sites de réseaux sociaux (blogs, Facebook et Twitter), elles n'étaient accompagnées d'aucune preuve scientifique et elles étaient visiblement sans fondement. D'autres allégations, en revanche, émanaient de sources d'information classiques et il aurait fallu alors réagir plus promptement et dans la transparence. Le Comité croit savoir que l'OMS se considère comme une organisation technique et qu'en tant que telle, ce sont ses activités techniques qui constituent sa toute première priorité. Elle n'avait probablement jamais essuyé publiquement de pareilles critiques auparavant et elle n'a pas su y répondre comme il aurait fallu. Il est clair, à la lumière des entretiens avec les responsables de la communication, que passer beaucoup de temps à réagir à chaque critique ou accusation dirigée contre l'Organisation n'aurait pas été une utilisation judicieuse de ressources par ailleurs limitées. Le Comité estime que, s'agissant de répondre aux critiques, l'OMS doit avoir une politique et une façon de procéder qui soient claires.

281. La répugnance de l'OMS à reconnaître toute erreur et à admettre qu'elle avait sa part de responsabilité dans les inquiétudes qui se faisaient jour, par exemple en refusant de dévoiler l'identité des membres du Comité d'urgence et de quelle manière elle gérait les conflits d'intérêts, ou encore en modifiant sans l'indiquer la terminologie utilisée sur le Web pour décrire des pandémies, a fini à son tour par saper sa capacité de répondre à des allégations sans fondement selon lesquelles elle aurait

précipitamment annoncé le passage à la phase 6 ou aurait agi en collusion avec l'industrie pharmaceutique. Qu'il s'agisse de reconnaître et d'admettre certaines critiques légitimes ou au contraire de réfuter des allégations sans fondement, l'OMS est restée trop en retrait. Il est difficile de les distinguer les unes des autres – surtout dans l'instant – ; pourtant, cette distinction et des réactions plus vigoureuses aux unes comme aux autres sont l'essence même d'une stratégie de communication sur laquelle asseoir sa crédibilité.

282. Parmi les principes qu'elle retient pour sa communication au sujet des risques, l'OMS privilégie la confiance. C'est ce principe que l'OMS a mis en avant aux premiers stades de la pandémie lorsqu'elle s'est efforcée de rendre transparentes ses décisions successives de passer d'une phase à l'autre et leur justification. Cette confiance s'est quelque peu réduite en raison du manque de transparence au sujet des conflits d'intérêts et du silence relatif observé par l'OMS à propos de l'identité des membres du Comité d'urgence. Cela a créé un vide favorable à la poursuite des critiques. Depuis lors, l'Organisation a reconnu qu'elle devait veiller à faire preuve de plus de transparence pour conserver la confiance du public.

Constatations : points forts

283. Dans l'application de ces principes, la réaction de l'OMS face à l'urgence de santé publique de portée internationale a montré de nombreux points forts, s'agissant de la communication au sujet des risques pendant la phase aiguë :

- Les communicants de l'Organisation se sont mobilisés promptement et ont engagé un dialogue actif avec les médias.
- Les changements de phase ont été annoncés dès qu'ils ont été décidés.
- Des notes d'information et des listes de questions fréquemment posées ont été diffusées.
- Les informations importantes pour les pays et le personnel de santé ont été publiées sur le site Web. De nombreux États Membres ont indiqué qu'ils avaient reçu en temps voulu des informations exactes qui leur ont permis de prendre les mesures qui s'imposaient dans leurs pays respectifs.
- L'Organisation a rapidement fait appel à ses ressources internes pour mettre sur pied une solide équipe renforcée, ce qui s'est révélé être une stratégie efficace.
- Les bureaux régionaux ont indiqué que le flux d'informations qui leur est parvenu du Siège est arrivé en temps voulu, qu'il a été utile et qu'il a permis à l'Organisation d'assurer la cohérence des messages diffusés à travers le monde.
- Le Comité d'examen considère que l'OMS s'est attaquée rapidement aux problèmes techniques dès les premiers stades de la pandémie. C'est ainsi qu'elle a analysé le 30 avril, dans sa note d'information N° 2/2009 sur les aspects relatifs à l'interface homme-animal de la grippe A (H1N1), les problèmes liés à la salubrité de la viande de porc.
- La veille de l'annonce du passage à la phase 6, l'OMS a envoyé à ses bureaux de pays des paquets de communication contenant trois outils d'orientation portant sur la gravité, les mesures de santé publique à prendre et la communication au sujet des risques. Il s'agissait là de la première tentative pour rassembler une documentation destinée à faciliter l'action au niveau des

pays. C'est une mesure louable mais le Comité estime que ces paquets auraient été plus utiles s'ils avaient été distribués plus tôt.

Constatations : améliorations nécessaires

284. Le Comité d'examen estime que l'OMS pourrait améliorer sa communication en tirant la leçon de l'expérience acquise pendant la pandémie.

285. Au cours de la pandémie, l'incapacité d'apporter un renfort aux services de traduction a largement fait obstacle à la communication. Le volume des informations générées par l'Organisation dépassait les moyens disponibles. Il en est résulté des lacunes dans les informations dont disposaient certains pays, d'où une moindre efficacité des messages pour lesquels le facteur temps jouait un rôle important.

286. Le démantèlement de l'équipe de communication renforcée lors du passage à la phase 6, un moment crucial de la pandémie, a été une décision malheureuse. Le Directeur général et son équipe de communicants ont affirmé qu'à long terme il aurait été impossible de continuer à faire monter en puissance tant les services de communication que les autres services de l'Organisation. Il a fallu donner la priorité à la gestion des affaires courantes et au maintien de la continuité des activités normales de l'OMS qui avaient également besoin de ressources. Un financement limité et une dotation insuffisante en personnel font obstacle à un renforcement durable de l'activité.

287. Les médias sociaux (comme Facebook, Twitter, YouTube, etc.) ont donné une nouvelle dimension à la communication dans le monde. Comme l'OMS n'avait pas de politique à l'égard des médias sociaux et peu de ressources à leur consacrer, son dialogue avec le monde extérieur en a souffert.

288. Le recours aux nouvelles technologies de l'information, et notamment aux réseaux sociaux, devrait être un élément essentiel de la planification stratégique de l'OMS en matière de communication. Il serait également bénéfique, pour l'action aux niveaux régional et national, d'effectuer des recherches, d'assurer une formation et de préparer des lignes directrices à l'intention des États Membres dans ce domaine.

289. Au Siège, les liens entre les départements et la communication au niveau de l'Organisation ne sont pas aussi structurés qu'ils pourraient l'être. L'OMS ne dispose pas d'un plan écrit de communication stratégique en situation d'urgence. Il est essentiel d'élaborer un plan qui permette d'améliorer la communication normale et la communication au sujet des risques tout en assurant une communication de plus longue haleine. Ce plan doit faire une place à la gestion de la réputation et il faut davantage de transparence dans les changements apportés au contenu du site Web.

290. Depuis que cet examen a commencé, le personnel chargé de la communication a évalué le travail qu'il avait accompli au cours de la pandémie et s'est attaché à améliorer ses politiques. Le dialogue avec les nouveaux outils médiatiques se développe grâce à l'utilisation de Twitter, de Facebook, de YouTube et d'autres forums. Un Directeur de la Communication est désormais en poste au Bureau du Directeur général.

291. En procédant à l'analyse de la situation dans leurs propres pays, les États Membres ont déterminé quels étaient leurs besoins en matière de communication. Ce qui revient le plus fréquemment, c'est le renforcement de la communication au sujet des risques aux niveaux local,

national et régional par un accroissement des moyens humains et institutionnels, tout particulièrement en assurant une formation qui vise à améliorer les compétences et à renforcer la sensibilisation.

292. Les États Membres devraient envisager d'élaborer des stratégies de dialogue avec les médias et le public en établissant des plans de communication au sujet des problèmes de santé publique complexes. La pandémie a révélé combien il était difficile de communiquer sur des principes scientifiques complexes où il est question de gravité, d'incertitude et de risque. Il faut envisager de nouvelles approches qui aillent au-delà de la simple diffusion de l'information. Améliorer la teneur et la portée des produits d'information (que l'on appelle dans certains pays le matériel d'information, d'éducation et de communication), notamment dans les langues locales, est considéré par de nombreux États Membres comme un facteur déterminant pour le renforcement de la sensibilisation. Il faut que ces produits d'information soient adaptés à leur public, diffusés de la manière qui convienne le mieux au groupe cible, que ce soit sous forme écrite (lignes directrices, dépliants), sous forme audiovisuelle (spots télévisuels et/ou radiophoniques) ou dans le cadre d'ateliers interactifs. Il faudrait envisager de mettre au point des méthodes pour évaluer l'utilité de ces produits – c'est-à-dire déterminer comment ils sont reçus, perçus et utilisés par les groupes cibles.

Références bibliographiques

1. Protocol for assessing national surveillance and response capacities for the International Health Regulations (2005). In accordance with Annex 1 of the IHR. A guide for assessment teams information. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010. http://www.who.int/ihr/publications/who_hse_ihr_201007_en.pdf.
2. WHO technical consultation on the implementation and evaluation of Annex 2 of the IHR (2005). Geneva, Switzerland, 20–22 October 2008. Summary report. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009. http://www.who.int/ihr/summary_report_annex2.pdf.
3. Hausteijn T et al. Should this event be notified to the World Health Organization? Reliability of the International Health Regulations notification assessment process. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2011, 89:296–303. doi:10.2471/BLT.10.083154.
4. WHO guidance for the use of Annex 2 of the International Health Regulations (2005). Decision instrument for the assessment and notification of events that may constitute a public health emergency of international concern. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010. http://www.who.int/ihr/revised_annex2_guidance.pdf.
5. Mesures de santé publique appliquées aux frontières au début de la pandémie de grippe A (H1N1) 2009 : résultats préliminaires. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2010, 85:186–195.
6. Calvo SG. Human development research paper 2010/18. The global financial crisis of 2008–10: a view from the social sectors. New York City, United Nations Development Programme, July 2010. http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/papers/HDRP_2010_18.pdf.
7. Protecting pro-poor health services during financial crises. Lessons from experience. Health nutrition and population. Washington, DC, The World Bank, April 2009. <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/ProtectingProPoorFC.pdf>.

8. The financial crisis and global health. Report of a high-level consultation. Geneva, Switzerland, 19 January 2009. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009. http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_DGO_2009.1_eng.pdf.
9. McKee M, Stuckler D, Martin-Moreno JM. Protecting health in hard times. *British Medical Journal (clinical research ed.)*, 2010, 341:c5308. doi:10.1136/bmj.c5308 PMID:20880907.
10. Oshitani H, Kamigaki T, Suzuki A. Major issues and challenges of influenza pandemic preparedness in developing countries. *Emerging Infectious Diseases*, 2008, 14:875–880. doi:10.3201/eid1406.070839 PMID:18507896.
11. Hanvoravongchai P et al.; AsiaFluCap Project. Pandemic influenza preparedness and health systems challenges in Asia: results from rapid analyses in 6 Asian countries. *BMC Public Health*, 2010, 10:322. doi:10.1186/1471-2458-10-32 PMID:20529345.
12. Report proceedings of the sub-regional meeting on pandemic influenza preparedness and response: Caribbean experience and lessons learned, 9–11 September 2009. Washington, DC, Organisation panaméricaine de la Santé, 2009. <http://www.disaster-info.net/carib/docs/PandInflPrepRespCarib/Others/FinalReportCaribbeanMeetingPandemicLessonsLearned.pdf>.
13. Response to pandemic (H1N1) 2009 in the Americas: Lessons and challenges. Miami, Florida, 15–17 September 2009. Washington, DC, Organisation panaméricaine de la Santé, 2011. http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=805&Itemid=569&lang=en.
14. Hine D. The 2009 influenza pandemic. An independent review of the UK response to the 2009 influenza pandemic. London, UK, July 2010. <http://interim.cabinetoffice.gov.uk/media/416533/the2009influenzapandemic-review.pdf>.
15. European Centre for Disease Prevention and Control. Key learning on critical clinical care services during the 2009 pandemic to help future planning. 31 August 2010. http://www.ecdc.europa.eu/en/activities/sciadvice/Lists/ECDC%20Reviews/ECDC_DispForm.aspx?List=512ff74f%2D77d4%2D4ad8%2Db6d6%2Dbf0f23083f30&ID=934&RootFolder=%2Fen%2Factivities%2Fsciadvice%2FLists%2FECDC%20Reviews.
16. African regional conference on pandemic influenza A (H1N1) 2009, Johannesburg, South Africa, 11-13 August 2009. Bureau régional OMS de l’Afrique, 2009. http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3760.
17. Global surveillance during an influenza pandemic – version 1. 28 avril 2009. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2009. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/global_pandemic_influenza_surveillance_apr09.pdf.
18. *A practical guide to harmonizing virological and epidemiological influenza surveillance*. Manille, Bureau régional OMS du Pacifique occidental, 2008. <http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/CSR/Publications/GuideToHarmonizingInfluenzaSurveillance-revised2302.pdf>.
19. Pan American Health Organization-US Centers for Disease Control and Prevention. Generic Protocol for Influenza Surveillance (draft). Organisation panaméricaine de la Santé, 15 décembre 2006. <http://new.paho.org/hq/images/stories/AD/HSD/CD/INFLUENZA/flu-snl-gpis.pdf>.

20. Organisation mondiale de la Santé. Report of the WHO consultation on surveillance for pandemic influenza. Geneva, Switzerland, 10–12 December 2007. 2009. http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/DecReportFinal2.pdf.
21. Organisation mondiale de la Santé. Interim WHO guidance for the surveillance of human infection with swine influenza A (H1N1) virus. 27 avril 2009. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/WHO_case_definitions.pdf.
22. Organisation mondiale de la Santé. Modification des obligations de notification concernant l'infection par le virus pandémique A (H1N1) 2009. 16 juillet 2009. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_surveillance_20090710/fr/index.html.
23. Organisation mondiale de la Santé. Human infection with pandemic (H1N1) 2009 virus: updated interim WHO guidance on global surveillance. 10 juillet 2009. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/guidance/surveillance/WHO_case_definition_swine_flu_2009_04_29.pdf.
24. Organisation mondiale de la Santé. Surveillance recommendations for Member States in the post-pandemic period. 12 août 2010. http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/surveillance_post_pandemic_20100812/en/index.html.
25. Mesures prises par les laboratoires du Réseau mondial de surveillance de la grippe pour faire face à la grippe pandémique H1N1 2009. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2009, 84:361–365.
26. Nouveau virus grippal A (H1N1) : situation épidémiologique mondiale, juin 2009. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2009, 84:249–257.
27. Community strategy for pandemic influenza mitigation. Flu.gov; Feb 2007. <http://pandemicflu.gov/professional/community/commitigation.html>.
28. Préparation et action en cas de grippe pandémique : document d'orientation de l'OMS. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 25 avril 2009. <http://www.who.int/csr/disease/influenza/pipguidance2009/en/index.html>.
29. Organisation mondiale de la Santé. WHO ad hoc scientific teleconference on the current influenza A (H1N1) situation. 4 mai 2009.
http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/TCReport2009_05_04.pdf.
30. Organisation mondiale de la Santé. WHO technical consultation on the severity of disease caused by the new influenza A (H1N1) virus infections. 5 mai 2009. http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/Report_20_05MayTeleconferencex.pdf.
31. Organisation mondiale de la Santé. Évaluation de la gravité d'une pandémie de grippe. 11 mai 2009. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/assess/disease_swineflu_assess_20090511/fr/index.html.
32. Considérations à prendre en compte pour évaluer la gravité d'une pandémie de grippe. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2009, 84:197–202.

33. Organisation mondiale de la Santé. Questions fréquemment posées. Qu'est-ce que la phase 6 ? 11 juin 2009.

http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/levels_pandemic_alert/fr/index.html.

34. Organisation mondiale de la Santé. Découverte de virus résistants à l'oseltamivir (Tamiflu). Grippe pandémique H1N1 2009 : actualités en bref n° 1. 8 juillet 2009. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_antiviral_resistance_20090708/fr/index.html.

35. Organisation mondiale de la Santé. Importance de la mutation du virus détectée en Norvège pour la santé publique. Grippe pandémique H1N1 2009 : actualités en bref n° 17. 20 novembre 2009. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20091120/fr/index.html.

36. Domínguez-Cherit G et al. Critically ill patients with 2009 influenza A (H1N1) in Mexico. *The Journal of the American Medical Association*, 2009, 302:1880–1887. doi:10.1001/jama.2009.1536 PMID:19822626.

37. Kumar A et al.; Canadian Critical Care Trials Group H1N1 Collaborative. Critically ill patients with 2009 influenza A (H1N1) infection in Canada. *The Journal of the American Medical Association*, 2009, 302:1872–1879. doi:10.1001/jama.2009.1496 PMID:19822627.

38. President's Council of Advisors on Science and Technology. Report to the President on US preparations for the 2009–H1N1 influenza. 7 August 2009. http://www.whitehouse.gov/assets/documents/PCAST_H1N1_Report.pdf.

39. Shrestha SS et al. Estimating the burden of 2009 pandemic influenza A (H1N1) in the United States (April 2009–April 2010). *Clinical Infectious Diseases*, 2011, 52 Suppl 1,S75–S82. doi:10.1093/cid/ciq012 PMID:21342903.

40. WHO global influenza preparedness plan. The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005. http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5.pdf.

41. Bell DM; World Health Organization Writing Group. Non-pharmaceutical interventions for pandemic influenza, international measures. *Emerging Infectious Diseases*, 2006, 12:81–87. PMID:16494722.

42. Bell DM; World Health Organization Writing Group. Non-pharmaceutical interventions for pandemic influenza, national and community measures. *Emerging Infectious Diseases*, 2006, 12:88–94. PMID:16494723.

43. Organisation mondiale de la Santé. Conseils relatifs au port du masque dans les espaces collectifs en cas de flambée de grippe A (H1N1). 3 mai 2009.

http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/masks_community/fr/index.html.

44. Organisation mondiale de la Santé. Interventions comportementales visant à réduire la transmission et à atténuer les conséquences du virus grippal A (H1N1) : cadre pour des stratégies de communication. 26 juin 2009.

<http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/framework/fr/index.html>.

45. Organisation mondiale de la Santé. WHO consultation on suspension of classes and restriction of mass gatherings to mitigate the impact of epidemics caused by the new influenza A (H1N1). 24 juin 2009. http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/who_consultation_20090624_en.pdf.

46. Organisation mondiale de la Santé. Reducing transmission of pandemic (H1N1) 2009 in school settings. 28 septembre 2009.

http://www.who.int/csr/resources/publications/reducing_transmission_h1n1_2009.pdf.

47. Modélisation mathématique de la grippe pandémique H1N1 2009. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2009, 84:341-348.

48. Organisation mondiale de la Santé. Interim planning considerations for mass gatherings in the context of pandemic (H1N1) 2009 influenza. 12 novembre 2009. http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/cp002_2009-0511_planning_considerations_for_mass_gatherings.pdf.

49. Memish ZA et al.; Jeddah Hajj Consultancy Group. Establishment of public health security in Saudi Arabia for the 2009 Hajj in response to pandemic influenza A H1N1. *The Lancet*, 2009, 374:1786–1791. doi:10.1016/S0140-6736(09)61927-9 PMID:19914707.

50. WHO guidelines on the use of vaccines and antivirals during influenza pandemics. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/11_29_01_A.pdf.

51. WHO rapid advice guidelines on pharmacological management of humans infected with avian influenza A (H5N1) virus. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006. http://www.who.int/medicines/publications/WHO_PSM_PAR_2006.6.pdf.

52. Organisation mondiale de la Santé. WHO interim protocol: rapid operations to contain the initial emergency of pandemic influenza. Octobre 2007. http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/RapidContProtOct15.pdf.

53. Guyatt GH et al.; GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal (clinical research edition)*, 2008, 336:924–926. doi:10.1136/bmj.39489.470347.AD PMID:18436948.

54. Organisation mondiale de la Santé. WHO guidelines for pharmacological management of pandemic (H1N1) 2009 influenza and other influenza viruses. Février 2010. http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_use_antivirals_20090820/en/index.html.

55. Organisation mondiale de la Santé. SAGE: terms of reference. 2010. http://www.who.int/immunization/sage/SAGE_TOR_1_September_2010.pdf.

56. Organisation mondiale de la Santé. Ad hoc Policy Advisory Working Group on Influenza A (H1N1) Vaccines (established April 2009 to April 2010). 6 juillet 2010. http://www.who.int/immunization/sage/wg_H1N1_apr09/en/.

-
57. Organisation mondiale de la Santé. Recommendations of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE). 19 mai 2009. http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/SAGEH1N1vaccinerecommendation2009_05_19.pdf.
58. SAGE – rapport de la réunion extraordinaire sur la pandémie 2009 de grippe A (H1N1), 7 juillet 2009. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2009, 84:301–304.
59. Vaccin contre le virus de la grippe pandémique A (H1N1) 2009 – conclusions et recommandations de la réunion du SAGE, octobre 2009. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2009, 84:505-516.
60. Organisation mondiale de la Santé. Résolution WHA60.28 : Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages. 23 mai 2007. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/F/reso-60-fr.pdf.
61. Collin N, de Radiguès X; World Health Organization H1N1 Vaccine Task Force. Vaccine production capacity for seasonal and pandemic (H1N1) 2009 influenza. *Vaccine*, 2009, 27:5184–5186. doi:10.1016/j.vaccine.2009.06.034 PMID:19563891.
62. Pandémie de grippe – plan d’action pour augmenter l’approvisionnement en vaccins. Genève, Organisation mondiale de la Santé, septembre 2006.
- http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_EPR_GIP_2006_1FR.pdf.
63. Organisation mondiale de la Santé. Pandemic preparedness. 2011. <http://www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic/en/index.html>.
64. Grolle J, Hackenbroch V. Interview with epidemiologist Tom Jefferson: ‘A whole industry is waiting for a pandemic’. *Spiegel Online International*. 21 July 2009. <http://www.spiegel.de/international/world/0,1518,637119,00.html>.
65. Organisation mondiale de la Santé. Rôle des organes consultatifs dans l’action de l’OMS contre la grippe pandémique. Grippe pandémique H1N1 2009 : actualités en bref n° 19. 3 décembre 2009. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20091203/fr/index.html.
66. Conseil de l’Europe. Parliamentary Assembly Council of Europe to prepare report on the handling of the swine flu pandemic. 26 janvier 2010. http://assembly.coe.int/ASP/NewsManager/EMB_NewsManagerView.asp?ID=5209.
67. Organisation mondiale de la Santé. Transcript of virtual press conference with Dr Keiji Fukuda, Special Adviser to the Director-General on Pandemic Influenza. 14 janvier 2010. http://www.who.int/mediacentre/vpc_transcript_14_january_10_fukuda.pdf.
68. Organisation mondiale de la Santé. Déclaration de l’Organisation mondiale de la Santé sur les allégations de conflits d’intérêts et de « fausse » pandémie. 22 janvier 2010. http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2010/h1n1_pandemc_20100122/fr/index.html.
69. Zarocostas J. Head of WHO’s vaccines advisory group defends its policy on competing interests. *British Medical Journal (clinical research edition)*, 2010, 340;c987. doi:10.1136/bmj.c987.

70. Organisation mondiale de la Santé. Lettre de l'Organisation mondiale de la Santé au BMJ. 8 juin 2010. http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2010/letter_bmj_20100608/fr/index.html.

71. Organisation mondiale de la Santé. La riposte internationale face à la pandémie de grippe : L'OMS répond aux critiques . Grippe pandémique H1N1 2009 : actualités en bref n° 21. 10 juin 2010. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20100610/fr/index.html.

IV. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

1. Le Comité d'examen formule les trois principales conclusions suivantes, sur lesquelles s'appuient les recommandations qui font suite à son enquête sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) et sur la pandémie de grippe A (H1N1) 2009.

Conclusion 1 – Résumé

2. Le RSI a contribué à ce que l'ensemble du monde soit mieux préparé aux urgences de santé publique. Les principales capacités nationales et locales requises par le RSI ne sont pas encore pleinement opérationnelles et ne sont pas actuellement en passe d'être mises en place rapidement partout dans le monde.

Conclusion 2 – Résumé

3. À de nombreux égards, l'OMS s'est bien acquittée de sa tâche pendant la pandémie, mais elle s'est heurtée à des difficultés systémiques et a montré quelques carences. Le Comité n'a constaté aucun manquement aux règles.

Conclusion 3 – Résumé

4. Le monde est mal préparé pour faire face à une grave pandémie de grippe ou à toute autre urgence de santé publique mondiale prolongée et constituant une menace. Outre le déploiement des principales capacités de santé publique requises par le RSI, la préparation à l'échelle mondiale peut être améliorée par la recherche, le renforcement des systèmes de prestation de soins de santé, le développement économique dans les pays à revenu faible et intermédiaire et l'amélioration de l'état de santé général.

5. Le reste du document résume les constatations et analyses du Comité et les recommandations faisant suite à chacune des conclusions.

Conclusion 1 – Résumé

6. *Le RSI a contribué à ce que l'ensemble du monde soit mieux préparé aux urgences de santé publique. Les principales capacités nationales et locales requises par le RSI ne sont pas encore pleinement opérationnelles et ne sont pas actuellement en passe d'être mises en place rapidement partout dans le monde.*

7. L'élaboration du RSI a exigé plus de 10 ans de délibérations complexes. S'il n'est pas parfait, le RSI fait avancer de manière importante la protection de la santé dans le monde. Le Comité a axé ses recommandations sur les moyens de renforcer l'application du RSI. Le RSI tente de trouver un équilibre entre la souveraineté des États Parties et le bien commun de la communauté internationale, tout en prenant en considération les intérêts économiques et sociaux ainsi que la protection de la santé. Dans ses recommandations, le Comité tient compte de ces tensions intrinsèques et se concentre sur les mesures pouvant contribuer à la réalisation de l'objectif commun qu'est la sécurité sanitaire mondiale.

8. Le Comité loue les dispositions suivantes du RSI :

- Le RSI oblige l'OMS à obtenir l'avis d'experts sur l'opportunité de déclarer qu'il existe une urgence de santé publique de portée internationale ou qu'elle a pris fin.

- Le RSI incite fortement les pays à coopérer sur le plan technique et à s'appuyer mutuellement un appui logistique pour renforcer leurs capacités.
- Le RSI encourage l'adoption d'approches systématiques de la surveillance et l'établissement de systèmes d'alerte précoce et de riposte dans les États Membres.
- Le RSI a demandé l'établissement de points focaux nationaux RSI pour créer un système de communication claire dans les deux sens entre l'OMS et les États Membres.
- Le RSI a amené un certain nombre de pays à renforcer la surveillance, l'évaluation de risques, la capacité de riposte et les procédures de notification des risques pour la santé publique.
- Le RSI a introduit un instrument de décision (annexe 2) pour l'action de santé publique qui s'est avéré plus souple et plus utile que la liste de maladies à déclaration obligatoire qu'il a remplacée.
- En vertu du RSI, les pays sont tenus d'échanger des informations concernant les risques pour la santé publique.
- En vertu du RSI, les États Parties appliquant des mesures sanitaires supplémentaires qui entravent de manière importante le trafic et le commerce internationaux sont tenus de fournir à l'OMS les raisons de santé publique et les informations scientifiques qui le justifient.

9. Malgré ces aspects positifs du RSI, de nombreux États Parties n'ont pas les principales capacités requises pour détecter, évaluer et déclarer les éventuelles menaces pour la santé et ne sont pas en voie de remplir leurs obligations en matière de plans et d'infrastructures avant la date butoir de 2012 prévue par le RSI. Si rien ne change, les pays ne pourront pas se doter de ces capacités et appliquer pleinement le RSI. Sur les 194 États Parties, 128 (66 %) ont récemment répondu à un questionnaire de l'OMS sur leurs progrès. Seulement 58 % des sondés ont déclaré avoir établi des plans nationaux pour se doter des principales capacités requises, et pas plus de 10 % indiquent avoir mis en place toutes les capacités envisagées dans le RSI. En outre, comme le montrent des études extérieures et un questionnaire de l'OMS, dans certains pays, le point focal national RSI n'est pas mandaté pour communiquer en temps voulu à l'OMS les informations concernant les urgences de santé publique.

10. La faiblesse structurelle la plus importante du RSI (2005) est l'absence de sanctions exécutoires. Ainsi, par exemple, si un pays omet d'expliquer pourquoi il a adopté des mesures plus restrictives pour le trafic et le commerce que celles recommandées par l'OMS, cela n'a pas de conséquences légales.

11. Pour remédier à certains de ces problèmes, le Comité recommande ce qui suit :

Recommandation 1

12. **Accélérer la mise en place des principales capacités requises par le RSI.** L'OMS et les États Parties devraient affiner et actualiser leurs stratégies pour appliquer les prescriptions du RSI en matière de renforcement des capacités, en se concentrant d'abord sur les pays qui auront du mal à respecter l'échéance de 2012. Une des façons possibles d'appuyer et d'accélérer cette mise en place serait que l'OMS s'adjoigne le concours d'organismes et d'organisations appropriés qui seraient disposés à fournir une assistance technique pour aider les pays intéressés à évaluer leurs besoins et à argumenter pour obtenir des investissements. Un plaidoyer incitant à investir dans le renforcement des capacités prévues par le RSI et la mobilisation de ressources qui s'ensuivrait permettraient

probablement à un plus grand nombre d'États Parties de se conformer au RSI. Les pays donateurs et organismes d'aide pourraient s'inspirer de la liste figurant à l'annexe 1A du RSI pour établir leurs priorités en matière d'aide au développement et saisir aussi toutes les possibilités de partage entre les pays de ressources spécialisées comme les laboratoires. L'OMS devrait également actualiser les lignes directrices de 2007 sur les fonctions des points focaux nationaux et y inclure des exemples de bonnes pratiques pour renforcer l'efficacité du RSI.

Recommandation 2

13. **Améliorer le site d'information sur les événements de l'OMS.** L'OMS devrait améliorer son site d'information sur les événements afin d'en faire une source internationale autorisée pour la diffusion d'informations fiables, actuelles et facilement accessibles sur les épidémies au niveau international. Les États Parties devraient pouvoir utiliser ce site comme source essentielle d'informations sur la situation épidémiologique, l'évaluation du risque, les mesures de riposte et leur justification. Le site d'information pourrait également être utilisé pour afficher des directives de l'OMS avant que celles-ci ne soient rendues publiques. Parmi les autres moyens d'améliorer ce site d'information, on pourrait :

- utiliser le site pour poster des conseils et des messages à l'intention des points focaux nationaux ;
- engager les États Parties à autoriser l'OMS à partager davantage d'informations ;
- inclure davantage d'événements et donner davantage d'informations sur chacun d'eux. Par exemple, pour chaque événement, le site pourrait afficher des cartes, fournir des évaluations plus poussées des risques et formuler des recommandations, en fournissant des liens avec les lignes directrices pertinentes de l'OMS et les centres collaborateurs ;
- poster toutes les recommandations temporaires et permanentes publiées dans le cadre du RSI, ainsi que des informations sur les États Membres qui instituent des mesures supplémentaires et sur la justification desdites mesures en précisant ce qu'il en est des demandes de justifications présentées par l'OMS à cet égard.

Recommandation 3

14. **Renforcer la prise de décisions fondées sur des données factuelles concernant le trafic et le commerce.** Quand les États Parties appliquent des mesures sanitaires qui entravent de manière importante le trafic international et qui sont plus restrictives que celles recommandées par l'OMS, l'article 43 du RSI prévoit que les États Parties doivent en informer l'OMS (comme indiqué à l'article 43, « entrave importante s'entend généralement du refus de laisser entrer ou partir les voyageurs internationaux, les bagages, les cargaisons, les conteneurs, les moyens de transport, les marchandises et objets assimilés ou du report de plus de 24 heures de leur entrée ou de leur départ »). En pareilles circonstances, l'OMS devrait chercher énergiquement à obtenir les raisons de santé publique et les informations scientifiques qui le justifient, communiquer ces renseignements aux autres États Parties, et, le cas échéant, demander que ces mesures soient réexaminées comme le stipule l'article 43. L'OMS devrait passer en revue et évaluer l'efficacité et l'impact des mesures aux frontières prises durant la pandémie afin d'aider à formuler des orientations fondées sur des bases factuelles pour de futurs événements.

Recommandation 4

15. **Conférer l'autorité et les ressources nécessaires à tous les points focaux nationaux RSI.** Les États Parties devraient veiller à ce que les points focaux nationaux RSI désignés disposent de l'autorité, des ressources, des procédures, des connaissances et de la formation nécessaires pour communiquer avec tous les échelons du gouvernement ainsi qu'au nom de leur gouvernement si besoin est.

Conclusion 2 – Résumé

16. *À de nombreux égards, l'OMS s'est bien acquittée de sa tâche pendant la pandémie ; elle s'est aussi heurtée à des difficultés systémiques et a montré quelques carences. Le Comité n'a constaté aucun manquement aux règles.*

17. Comme l'ont indiqué les États Parties dans leurs témoignages, l'OMS a assuré un encadrement bienvenu en coordonnant l'action mondiale pendant toute la durée de la pandémie. Les fonctions de renseignement sur les épidémies ont été renforcées à l'OMS ces dernières années, grâce au Système de gestion des événements, au développement des capacités des bureaux régionaux et au Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie.

18. Le Comité salue l'adoption par l'OMS et d'autres partenaires des mesures suivantes :

- Élaboration de lignes directrices sur la préparation et l'action en cas d'épidémie de grippe pour aider à concevoir des plans nationaux. Quand la pandémie a débuté, 74 % des pays disposaient de plans de préparation à une pandémie.
- Partenariats efficaces et bonne coordination interinstitutions (avec le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance et le Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets), y compris une étroite coopération avec le secteur de la santé vétérinaire (Organisation mondiale de la Santé animale et Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture) sur les questions techniques et de politique générale.
- Intervention rapide sur le terrain et conseils et assistance prodigués de bonne heure aux pays touchés.
- Dans les délais les plus brefs, détection, identification, caractérisation initiale et surveillance du virus pandémique (H1N1) 2009 par le canal du Réseau mondial de l'OMS pour la surveillance de la grippe.
- Sélection du virus utilisé pour préparer le vaccin antipandémique et mise au point du premier vaccin expérimental préparé à partir de virus réassortis dans les 32 jours qui ont suivi la déclaration de l'urgence de santé publique de portée internationale.
- Mise à disposition en l'espace de quelques semaines des souches semences du vaccin et des réactifs de contrôle.
- Recommandations précoces du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination concernant les groupes cibles et les doses vaccinales.

-
- Compilation, analyse et communication hebdomadaires des données de surveillance épidémiologique, virologique et clinique obtenues au niveau mondial.
 - Nomination sans retard d'un comité d'urgence composé de personnes bien qualifiées, qui a été convoqué dans les 48 heures ayant suivi l'activation des dispositions du RSI.
 - Distribution diligente de plus de trois millions de cures d'antiviraux à 72 pays.
 - Établissement d'un mécanisme pour aider les pays à surveiller la mise en place des principales capacités dont ils sont tenus de se doter en vertu du RSI.

19. Le Comité a également constaté des difficultés systémiques auxquelles s'est heurtée l'OMS et certaines carences dans l'action de celle-ci :

- L'absence de description cohérente, mesurable et compréhensible de la gravité de la pandémie. Même si la définition d'une pandémie repose exclusivement sur son extension, son degré de gravité influe sur les choix concernant la politique à mener, les décisions personnelles et l'intérêt général. On a besoin d'avoir une bonne évaluation de la gravité aux niveaux national et sous-national. Ces données aident l'OMS à analyser la situation mondiale au fur et à mesure de son évolution et lui permet de fournir des informations en temps utile aux États Membres. Le Comité reconnaît cependant que la caractérisation de la gravité est une chose complexe et difficile à réaliser sur le plan pratique.
- La confusion qui existait au sujet de la définition d'une pandémie n'a pas été correctement dissipée. Dans un des documents en ligne de l'OMS, les pandémies étaient décrites comme causant « un nombre considérable de décès et de malades », alors que la définition officielle d'une pandémie repose uniquement sur son extension. Lorsque, sans avis ni explication, l'OMS a modifié certains de ses documents en ligne pour être plus en accord avec la définition d'une pandémie qu'elle voulait donner, elle a éveillé les soupçons en laissant croire qu'elle avait subrepticement modifié la définition et non pas cherché à rendre ses descriptions de la pandémie plus précises et plus cohérentes. Sa réticence à reconnaître qu'elle avait contribué à faire naître un malentendu autour de la définition applicable a entretenu les soupçons.
- La structuration par phases de la pandémie était inutilement complexe, avec une structure comportant plus de stades qu'elle ne prévoyait d'actions différenciées. La définition des différentes phases aboutissant à une pandémie est plus utile pour la planification que pour la gestion opérationnelle.
- Les demandes hebdomadaires de données spécifiques étaient trop lourdes pour certains pays, notamment ceux dotés de capacités épidémiologiques et de laboratoire limitées. Les responsables de ces pays n'étaient pas toujours convaincus que les données qu'ils communiquaient étaient analysées et utilisées, notamment à mesure que l'épidémie progressait. Par exemple, certains d'entre eux estimaient que le dénombrement systématique des cas fournissait des informations moins utiles que celles qui auraient été obtenues en étudiant les taux d'hospitalisation, de complications et de décès dans les pays précocement affectés par la pandémie.
- La décision de ne pas dévoiler l'identité des membres du Comité d'urgence. Bien que la confidentialité imposée ait correspondu à une volonté compréhensible de protéger les membres de toute pression extérieure, elle a paradoxalement alimenté les soupçons en portant à croire que

L'Organisation avait quelque chose à cacher. Cette décision était conforme à la pratique suivie par l'OMS pour d'autres comités d'experts dont l'identité n'est normalement révélée qu'à l'issue de la consultation, laquelle ne dure souvent qu'une journée, mais cette pratique convenait mal pour un comité dont les travaux allaient s'étendre sur plusieurs mois.

- L'absence de procédures suffisamment solides, systématiques et transparentes pour révéler, reconnaître et gérer les conflits d'intérêts parmi les experts consultés. En particulier, l'OMS ne s'est pas préoccupée en temps opportun des conflits d'intérêts qui pouvaient exister parmi les membres du Comité d'urgence. Cinq membres du Comité d'urgence et un conseiller auprès de ce Comité ont déclaré des conflits d'intérêts potentiels. Aucun de ces conflits n'a été jugé suffisamment important pour justifier d'exclure l'intéressé du Comité d'urgence. Les liens en cause, de même que les noms des membres du Comité d'urgence, ont été rendus publics quand la fin de la pandémie a été déclarée le 10 août 2010. Mais avant que ces informations ne soient publiées, des hypothèses ont circulé concernant des liens potentiels entre des membres du Comité d'urgence et l'industrie qui ont fait soupçonner des pratiques répréhensibles. Le Comité d'examen reconnaît que l'OMS est en train de prendre des mesures pour mieux gérer les conflits d'intérêts, et qu'elle s'y employait alors même qu'il procédait à son examen.
- Au moment de prendre une décision cruciale sur la pandémie (le passage de la phase 4 à la phase 5), le fait de n'avoir consulté qu'une partie du Comité d'urgence au lieu de solliciter l'avis de tous ses membres.
- La décision de prendre moins d'initiatives de communication avec les médias après avoir déclaré la phase 6 (par exemple en supprimant les conférences de presse régulières sur l'évolution de la pandémie) était malavisée.
- Le fait de ne pas avoir admis les raisons rendant certaines critiques légitimes, en particulier les divergences dans les descriptions de ce qui constitue une pandémie, ou le fait de ne pas avoir révélé en temps voulu des liens pouvant créer un conflit d'intérêts parmi les experts appelés à donner leur avis sur les plans et la riposte à la pandémie. En l'occurrence, l'OMS a pu par inadvertance ajouter à la confusion et alimenter les soupçons.
- Le manque de vigueur avec lequel il a été répondu aux critiques mettant en doute l'intégrité de l'Organisation.
- Même si, au final, 78 millions de doses de vaccin contre la grippe pandémique ont été fournies à 77 pays, de nombreuses difficultés systémiques ont fait obstacle à la distribution en temps voulu des dons de vaccins. Parmi les principaux problèmes, on peut mentionner une volonté variable de consentir des dons, des préoccupations concernant la responsabilité, des négociations complexes sur les accords juridiques qui devaient être conclus, l'absence de procédures permettant de court-circuiter les prescriptions réglementaires nationales et l'insuffisance des capacités nationales et locales en matière de transport, de stockage et d'administration des vaccins. Certains pays bénéficiaires ont estimé que l'OMS n'avait pas suffisamment bien expliqué que les dispositions relatives à la responsabilité qui figuraient dans l'accord signé par le bénéficiaire étaient les mêmes que celles qui avaient été acceptées par les pays acquéreurs des vaccins. Toutes ces difficultés se sont avérées redoutables au cours d'une pandémie ; certaines d'entre elles auraient pu être limitées par une préparation plus concertée et par la conclusion d'arrangements à l'avance entre toutes les parties intéressées.
- Le fait de ne pas avoir fourni d'éléments d'orientation en temps voulu dans toutes les langues officielles de l'OMS.

- Faute d'un ensemble de procédures et de priorités cohérentes pour la publication en temps utile d'éléments d'orientation techniques concordants, beaucoup d'unités techniques de l'Organisation ont produit individuellement un nombre ingérable de documents.

20. Les détracteurs de l'OMS affirment qu'elle a beaucoup exagéré la gravité de la pandémie. Toutefois, on ne peut raisonnablement formuler des critiques que sur la base de ce que l'on savait à l'époque et non pas sur ce qui est apparu par la suite. Le Comité a constaté que les données recueillies sur les premières flambées avaient conduit de nombreux experts de l'OMS et d'ailleurs à anticiper une pandémie potentiellement plus grave que celle qui s'est produite ensuite. Le degré de gravité de la pandémie est resté très incertain pendant tout le milieu de l'année 2009, bien après le moment où, par exemple, les pays auraient eu besoin de passer commande des vaccins. Une étude d'observation réalisée sur 899 patients hospitalisés au Mexique entre la fin du mois de mars et le 1^{er} juin 2009 a montré que la pandémie de H1N1 2009 touchait proportionnellement davantage les sujets jeunes. Cinquante-huit patients (6,5 % des patients hospitalisés) ont été gravement atteints et ont présenté des complications telles qu'un syndrome de détresse respiratoire aiguë et un choc. Parmi ceux qui sont tombés gravement malades, le taux de mortalité a été de 41 % (1). Ces statistiques étaient alarmantes. Même le taux de mortalité équivalant au tiers de ce chiffre rapporté chez les patients gravement atteints au Canada était préoccupant (2). En août 2009, le Conseil des conseillers du Président des États-Unis d'Amérique sur la science et la technologie (President's Council of Advisors on Science and Technology) a publié un rapport envisageant un scénario dans lequel la pandémie de H1N1 2009 ferait de 30 000 à 90 000 morts rien qu'aux États-Unis (3). La médiane et le chiffre le plus haut de ce scénario se sont avérés cinq fois supérieurs aux estimations du nombre réel de décès établies après la pandémie (4). Malgré tout, 87 % des victimes avaient moins de 65 ans, et le risque de décès chez les enfants et les adultes actifs était respectivement de 7 et 12 fois plus élevé que lors de la saison grippale normale (4).

21. Certains commentateurs ont accusé l'OMS de s'être hâtée d'annoncer la phase 6 en laissant entendre que cela avait pour but d'enrichir les fabricants de vaccins en déclenchant, par cette déclaration, l'exécution des accords d'achat à terme passés par certains d'entre eux. Bien loin de hâter la déclaration de la phase 6, l'OMS l'a retardée jusqu'à avoir des données attestant de façon indéniable la propagation prolongée au sein de la communauté dans différentes régions du monde. D'après ce que le Comité d'examen a pu établir, aucun détracteur de l'OMS n'a produit de preuve directe démontrant l'existence d'une quelconque influence du secteur commercial sur la prise des décisions. Lors des entretiens qu'il a eus avec des membres du personnel et des comités consultatifs, y compris du Groupe stratégique consultatif d'experts et du Comité d'urgence, ainsi qu'avec des représentants de l'industrie, et quand il a examiné les documents internes et externes, le Comité d'examen n'a trouvé aucun élément montrant que des intérêts commerciaux auraient influé ou tenté d'influer sur les conseils donnés à l'OMS ou sur les décisions qu'elle a prises. D'après le Comité, faire foi à l'idée avancée par certains détracteurs selon laquelle des influences commerciales invisibles dicteraient les actions de l'OMS, c'est ignorer la puissance du principe fondamental de la santé publique qui consiste à prévenir la maladie et à sauver des vies.

22. Le Comité d'examen fait les recommandations suivantes :

Recommandation 5

23. **Renforcer la capacité interne de l'OMS de gérer une riposte prolongée.** L'OMS devrait renforcer sa capacité interne de faire face à une urgence de santé publique de portée internationale prolongée, telle qu'une pandémie, en déterminant les compétences, les ressources et les dispositifs internes nécessaires pour mener une action dont la durée dépasse quelques mois. Parmi les dispositifs internes que l'OMS devrait renforcer, il faudrait notamment :

- déterminer les compétences, les ressources et les ajustements nécessaires pour que l’OMS s’acquitte de son rôle en matière de coordination et d’appui mondial ;
- constituer un groupe pluridisciplinaire interne de membres du personnel qualifiés qui seraient automatiquement libérés de leurs fonctions normales pour une durée indéterminée, avec un système de roulement à intervalle défini ;
- assurer 24 heures sur 24 les services d’hébergement, de restauration, de transport et de garde d’enfant dont ont besoin les membres du personnel qui participent à une action d’urgence prolongée ;
- mettre en place une structure de gestion des événements pouvant être maintenue pendant toute la durée d’une future pandémie ou d’une autre urgence de santé publique mondiale prolongée.

Recommandation 6

24. **Améliorer les pratiques applicables pour la nomination des membres d’un Comité d’urgence.** L’OMS devrait adopter pour la nomination des membres et la gestion d’un Comité d’urgence des politiques, des critères et des procédures propres à assurer que celui-ci réunisse un éventail de compétences approprié et garantisse un processus de consultation pluraliste et une transparence quant à l’absence de tout conflit d’intérêts.

- Comme le prévoit l’article 48 du RSI, l’OMS devrait nommer un comité d’urgence ayant l’éventail de compétences voulues et la représentation géographique appropriée pour chaque événement. Le Comité d’examen a aussi conclu qu’il aurait été utile que les Membres du Comité d’urgence aient un éventail de compétences plus large, y compris en communication sur les risques. Le Comité a reconnu que l’OMS devrait, dans chaque cas, nommer un comité d’urgence doté de l’éventail de compétences techniques approprié pour l’événement précis pour lequel il est constitué. Pour une pandémie de grippe, ces compétences devraient inclure une expertise en virologie, analyses de laboratoire et épidémiologie, ainsi qu’une expérience dans le domaine de la santé publique et du leadership, et des compétences en matière de médecine vétérinaire, d’évaluation des risques et de communication sur les risques et enfin des compétences méthodologiques sur l’étude systématique de la littérature scientifique.
- Afin que l’ensemble des points de vue puisse s’exprimer, l’OMS devrait inviter tous les membres du Comité d’urgence à participer à toutes ses délibérations essentielles.
- L’OMS devrait définir des critères plus clairs et adopter des procédures plus transparentes pour la nomination des membres de comités d’experts tel le Comité d’urgence eu égard aux conflits d’intérêts potentiels. L’identité, le profil, l’expérience et les liens personnels des membres du Comité d’urgence devraient être rendus publics au moment où il est proposé de les nommer, en donnant au public la possibilité de faire des observations durant une période probatoire initiale qui s’appliquerait à tous les membres. L’OMS devrait appliquer des critères clairs pour déterminer s’il existe un conflit d’intérêts qui justifie d’écarter un candidat, et des procédures claires pour déterminer quand et en vertu de quoi il est possible de faire des exceptions pour obtenir l’expertise ou respecter l’équilibre nécessaires. Le Comité d’examen est conscient du fait que les consultations d’experts doivent être confidentielles afin que le Directeur général puisse profiter de discussions et de conseils basés sur la franchise. Cet impératif de confidentialité oblige à appliquer des critères d’autant plus transparents pour la nomination.

- Pour gérer les conflits d'intérêts de manière plus rigoureuse et en anticipant les problèmes, l'OMS devrait notamment nommer un responsable des questions d'éthique professionnelle.

Recommandation 7

25. **Réviser les lignes directrices pour la préparation en cas de pandémie.** L'OMS devrait réviser ses lignes directrices pour la préparation en cas de pandémie afin de simplifier la structure des phases (l'une des solutions consisterait à ne prévoir que trois phases : situation initiale, phase d'alerte, pandémie) ; en privilégiant une approche fondée sur les risques pour pouvoir réagir avec plus de souplesse à différents scénarios ; en s'appuyant sur une participation multisectorielle ; en s'inspirant des enseignements tirés au niveau des pays et aux niveaux régional et mondial et en incluant d'autres éléments d'orientation sur l'évaluation des risques.

Recommandation 8

26. **Concevoir et utiliser des instruments de mesure permettant d'évaluer la gravité.** L'OMS devrait concevoir et utiliser des instruments de mesure permettant d'évaluer la gravité de chaque épidémie de grippe. En appliquant, en évaluant et en affinant des instruments permettant de mesurer chaque année la gravité de l'épidémie, l'OMS et les États Membres pourraient être mieux préparés à évaluer la gravité d'une prochaine pandémie. L'évaluation de la gravité ne suppose pas de modifier la définition d'une pandémie en y ajoutant d'autres critères que celui de l'extension. Mais, même si elle n'entre pas dans la définition du phénomène, la gravité mesurée et anticipée est un élément clé pour la prise des décisions en cas de pandémie.

27. Le Comité reconnaît qu'il est particulièrement difficile d'estimer la gravité d'une flambée épidémique lors de sa phase initiale, que la gravité varie généralement selon l'endroit et dans le temps et qu'elle revêt de multiples formes (mortalité, hospitalisations et morbidité, chacun de ces paramètres variant selon l'âge et d'autres facteurs tels que l'état sanitaire préexistant et l'accès aux soins, la charge pesant sur le système de santé et les facteurs socio-économiques). Les termes descriptifs employés pour caractériser la gravité d'une épidémie, tels que peu prononcée, modérée et grave, devraient être définis quantitativement dans les futures lignes directrices de l'OMS afin que différents observateurs puissent les utiliser de façon systématique en différents endroits. Le Comité préconise d'envisager des instruments de mesure adaptables permettant de passer aussi rapidement que possible d'un décompte initial des cas et du nombre d'hospitalisations et de décès à un calcul des taux pour l'ensemble de la population. La gravité devrait être évaluée aussi précocement que possible lors d'une pandémie et réévaluée ensuite en permanence à mesure que la pandémie évolue et que de nouvelles données deviennent disponibles. On peut évaluer la gravité à l'aide d'un panier d'indicateurs portant sur un ensemble de données minimum convenues à l'avance (par exemple taux d'hospitalisation, chiffres de mortalité, identification des populations vulnérables et évaluation de l'impact sur les systèmes de santé). Les estimations de la gravité devraient être accompagnées d'une mention du degré de confiance ou de la marge d'incertitude avec lesquelles elles ont été établies.

Recommandation 9

28. **Rationaliser la gestion des documents d'orientation.** L'OMS a besoin d'une stratégie et d'un système de gestion des documents pour que l'élaboration, le contrôle, la traduction et la diffusion de lignes directrices et autres documents techniques puissent se faire en temps utile et de manière cohérente lors d'une urgence de santé publique. Les lignes directrices provisoires devraient être révisées au fur et à mesure que parviennent de nouvelles données. Dans la mesure du possible, si les lignes directrices ont des incidences politiques potentielles, l'OMS devrait s'efforcer au maximum de

consulter les États Membres et de les informer à l'avance de la publication prochaine de nouvelles prescriptions. L'OMS devrait s'employer à assurer une cohérence des lignes directrices au travers des différents niveaux de l'Organisation tout en reconnaissant que les conditions existant dans différentes régions et différents pays peuvent être variables.

Recommandation 10

29. **Élaboration et application d'une politique de communication stratégique à l'échelle de toute l'Organisation.** L'OMS devrait élaborer une politique de communication s'appliquant à l'ensemble de l'Organisation et une approche stratégique pour améliorer aussi bien les communications courantes que les communications d'urgence. Une approche stratégique suppose d'adapter le contenu, la forme et le style de la communication à tel ou tel type de média, en intervenant au moment opportun et avec la fréquence voulue pour toucher le public visé et servir l'objectif recherché. Elle devrait être prête à assurer une communication active et de longue haleine quand les circonstances l'exigent, à reconnaître les erreurs et à répondre vigoureusement et de manière professionnelle aux critiques injustifiées. Les procédures de publication sur le Web devraient être clarifiées afin qu'il soit possible de retracer l'historique des changements apportés sur les pages Web et de les archiver. L'OMS devrait investir pour asseoir sa présence dans les médias/réseaux sociaux et pouvoir ainsi communiquer rapidement avec un public plus large et plus diversifié.

Recommandation 11

30. **Encourager la conclusion d'accords préalables pour la distribution et la livraison des vaccins.** De concert avec les efforts entrepris en ce sens par les États Membres, et en s'appuyant sur les systèmes de distribution de vaccins existants, l'OMS devrait conclure des accords préalables avec les organismes et autorités appropriés des États Membres, les fabricants de vaccins et les autres parties concernées pour faciliter l'approbation de vaccins antipandémiques et leur livraison aux pays qui ont peu de ressources, afin de rendre l'approvisionnement plus équitable et de faciliter la planification anticipée de l'administration des vaccins.

Conclusion 3 – Résumé

31. *Le monde est mal préparé pour faire face à une grave pandémie de grippe ou à toute autre urgence de santé publique mondiale prolongée et constituant une menace. Outre le déploiement des principales capacités de santé publique requises par le RSI, la préparation à l'échelle mondiale peut être améliorée par la recherche et en s'appuyant sur une approche multisectorielle, sur le renforcement des systèmes de prestation de soins de santé, sur le développement économique dans les pays à revenu faible et intermédiaire et sur l'amélioration de l'état de santé général.*

32. Malgré le progrès que représente le RSI et malgré les contributions que l'OMS est parvenue à obtenir de la communauté internationale, le fait est que des dizaines de millions de personnes risqueraient de mourir si une pandémie grave survenait à l'échelle mondiale. Le fossé fondamental qui existe entre les besoins et les capacités au niveau mondial doit être comblé.

33. Au-delà des mesures spécifiques recommandées plus haut pour achever de mettre en œuvre les dispositions du RSI et améliorer les fonctions de l'OMS, l'engagement préalable des États Membres à agir individuellement et collectivement aux côtés de l'OMS peut permettre de mieux se préparer à la prochaine urgence de santé publique.

34. Le Comité d'examen fait les recommandations suivantes :

Recommandation 12

35. **Constituer, au niveau mondial, une réserve plus importante de personnels de santé publique.** Les États Membres, de concert avec l'OMS, devraient constituer une réserve mondiale plus importante d'experts et de professionnels de la santé publique, qui seraient mobilisés quand une urgence de santé publique mondiale nécessite une action soutenue et déployés dans les pays qui solliciteraient une aide. La taille et la composition et les règles de mobilisation et de déploiement d'une telle entité – le corps d'Intervention sanitaire d'urgence au niveau mondial – devraient être définies d'un commun accord par des consultations entre les États Membres et l'OMS. Le nombre d'experts déployés et leurs compétences particulières dépendront des caractéristiques de l'urgence à laquelle ces personnels seront appelés à faire face. Ces personnels permettraient de renforcer notablement l'actuel Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie en étoffant ses effectifs et en augmentant ses ressources et sa capacité, afin de mieux appuyer une riposte prolongée aux urgences de santé publique.

36. Actuellement, la capacité de l'OMS à préparer et mener une action prolongée en cas d'urgence de santé publique, quelle qu'elle soit, est sérieusement limitée par des déficits chroniques de financement, qui sont aggravés par les restrictions à l'utilisation des fonds imposées par les États Membres, les partenaires et d'autres donateurs. Conscient du fait que certaines de ces restrictions sont motivées par des considérations d'efficacité et de responsabilité comptable, le Comité conclut qu'il serait prudent, pour pouvoir organiser immédiatement une riposte efficace au niveau mondial, de créer en dehors de l'OMS un fonds de réserve que l'Organisation pourrait utiliser en cas d'urgence de santé publique.

Recommandation 13

37. **Créer un fonds de réserve pour les urgences de santé publique.** Les États Membres devraient constituer un fonds pour les urgences de santé publique doté d'un minimum de US \$100 millions, qui serait mis en dépôt dans un lieu et sous une forme facilement accessible par l'OMS. Destiné à financer la montée en puissance rapide des capacités, et non l'achat de matériel, ce fonds serait utilisé partiellement ou intégralement en cas d'urgence de santé publique après approbation d'un plan de dépenses et de responsabilité comptable soumis par l'OMS. Les conditions précises d'utilisation du fonds devraient être négociées entre les États Membres en concertation avec l'OMS.

38. Le Comité d'examen salue les efforts faits par les États Membres pour parvenir à un accord sur l'échange des virus et la distribution des vaccins. Selon lui, l'entente sera possible si toutes les parties prenantes peuvent en attendre des avantages et des contributions à la fois équilibrés et justement répartis. Un accord partiel ou exigeant une contribution sans avantage en retour, ou vice versa, ne sera ni acceptable ni viable. Le Comité d'examen estime également que les obligations et les avantages qui ne se rattachent pas à un cadre juridique ont peu de chances de durer.

Recommandation 14

39. **Parvenir à un accord sur l'échange des virus et l'accès aux vaccins et autres avantages.** Le Comité d'examen encourage vivement les États Membres et l'OMS à mener à bien les négociations engagées dans le cadre du groupe de travail d'États Membres à composition non limitée sur la préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres

avantages. L'aboutissement de ces négociations conduira à une meilleure accessibilité des vaccins et autres avantages et à une plus grande équité lors de la prochaine pandémie, et permettront que les virus grippaux continuent à être échangés en temps voulu.

40. Le Comité d'examen propose que les éléments suivants soient pris en considération pour parvenir à un accord acceptable.

41. Mesures visant à accroître la capacité mondiale de production de vaccins antigrippaux :

- L'OMS devrait continuer à collaborer avec les laboratoires de santé publique pour mettre les souches semences du vaccin à la disposition de tous les fabricants de vaccins.
- Dans la mesure où cela concorde avec les priorités nationales, l'évaluation des risques et les ressources, le Comité d'examen encourage vivement les pays à vacciner la population tous les ans contre la grippe saisonnière. Cette mesure peut permettre de réduire la charge de la maladie, apporter une expérience supplémentaire en matière de production et de distribution au niveau local, et contribuer à accroître la capacité mondiale de production de vaccins. Plus généralement, l'expérience acquise dans le cadre de programmes généraux d'action menés durant la période de la grippe saisonnière (dans des domaines comme la surveillance, la communication, la formation professionnelle et l'éducation du public, les mesures de protection de la santé et l'utilisation des médicaments) fournit une préparation utile en prévision d'une future pandémie majeure.
- Le Comité encourage vivement les pays à renforcer leur capacité de recevoir, entreposer, distribuer et administrer les vaccins. Les innovations technologiques qui limitent le recours à la chaîne du froid et qui simplifient l'administration des vaccins rendront ces processus plus efficaces.
- Le Comité encourage les États Membres, les organisations internationales et l'industrie à faciliter le transfert de technologies pour la production de vaccins et d'adjuvants dans des parties du monde comme l'Afrique qui n'en ont pas actuellement la capacité, à travers des programmes existants comme le Plan d'action mondial pour accroître l'approvisionnement en vaccins contre la grippe pandémique (GAP).

42. Mesures visant à élargir l'accès au vaccin contre la grippe pandémique, à le rendre plus abordable financièrement et à étendre sa distribution :

- Tous les fabricants de vaccins devraient s'engager à prélever 10 % des vaccins antigrippe pandémique de chaque série de production pour constituer une réserve mondiale qui sera redistribuée. L'OMS serait chargée d'attribuer les réserves de vaccins en prenant l'avis d'un comité consultatif.
- Des accords préalables entre l'industrie, l'OMS et les pays permettraient d'élargir l'accès aux vaccins et aux antiviraux. Ces accords devraient être négociés quel que soit le sous-type de virus, pour une durée déterminée (par exemple de trois à cinq ans), et régulièrement réexaminés et renouvelés.
- Les autres mesures pouvant promouvoir un accès plus large et plus équitable au vaccin sont notamment l'application de prix différenciés, l'aide économique directe aux pays qui ont peu de ressources et les dons supplémentaires de vaccins faits par des pays acheteurs ou des fabricants.

- Les pays qui reçoivent des dons de vaccins devraient adopter les mêmes pratiques que les acheteurs de vaccins et exonérer les fabricants de certaines responsabilités légales et les couvrir en cas de poursuites.

43. Mesures visant à dépister et à identifier rapidement les virus grippaux susceptibles de donner lieu à une pandémie :

- Chaque État Membre devrait s'engager à communiquer rapidement aux laboratoires collaborateurs de l'OMS, conformément aux principes de l'échange des virus grippaux et de l'accès aux vaccins et autres avantages, tout échantillon biologique ou isolement viral pouvant être lié à l'apparition d'un nouveau virus grippal ou d'un virus grippal émergent dans les populations humaines. Les virus isolés chez des animaux devraient être rapidement acheminés par l'intermédiaire du système de santé vétérinaire approprié. Les échanges de spécimens et d'isollements viraux devraient s'accompagner de dispositions visant à assurer le partage des retombées positives, y compris l'accès aux vaccins.

44. À l'échelle mondiale, la capacité à prévenir et à juguler une pandémie grave est limitée par de nombreux facteurs : des techniques de fabrication du vaccin qui, pour la plupart, n'ont guère évolué depuis 60 ans ; la nécessité de faire correspondre le vaccin à des souches virales particulières ; l'impossibilité de prévoir quels virus grippaux présenteront un danger pour la santé humaine ; l'incertitude quant à l'efficacité de nombreuses interventions pharmaceutiques et mesures de santé publique ; l'absence de tests diagnostiques hautement sensibles et spécifiques, rapides, d'un coût abordable et pouvant être effectués sur le terrain ; et l'insuffisance des infrastructures, des ressources et des capacités dans de nombreux pays. Il serait aussi nécessaire d'améliorer les connaissances et les stratégies pratiques pour mettre en place des mesures de santé publique et de protection personnelle, telles que le lavage des mains, le respect des règles d'hygiène en cas de toux ou d'éternuement, l'isolement et la réduction des contacts sociaux.

45. Certaines de ces contraintes pourront être surmontées à la longue grâce à des recherches menées aux niveaux national et international. En outre, les résultats de la recherche sur les mesures de protection personnelle et de santé publique peuvent s'appliquer à toute menace émergente pour la santé publique, en particulier lorsqu'il n'existe pas ou très peu de médicaments ou de vaccins. Dans la mesure où l'évaluation des mesures de santé publique doit généralement se faire en temps réel au beau milieu d'une flambée épidémique, il est crucial d'avoir conçu et préparé des protocoles de recherche et des plans à l'avance. Indépendamment des progrès de la recherche, la résilience mondiale dépend de facteurs environnementaux et de facteurs propres à l'hôte, de sorte que l'amélioration de l'état de santé de la population, la promotion du développement économique et le renforcement des systèmes de santé peuvent atténuer l'impact d'un futur virus pandémique.

Recommandation 15

46. **Mener un programme complet de recherche et d'évaluation sur la grippe.** Les États Membres, individuellement ou en coopération les uns avec les autres, et l'OMS devraient mener un programme complet de recherche et d'évaluation sur la grippe. Celui-ci devrait s'appuyer sur un examen approfondi des données factuelles recueillies dans tous les domaines lors de la pandémie de grippe H1N1 2009. Les principaux objectifs de la recherche sont notamment d'améliorer les techniques de surveillance et de renforcer les méthodes épidémiologiques et les moyens de laboratoire pour pouvoir mieux repérer et caractériser les nouveaux virus et suivre leur évolution ; de dégager les

facteurs propres au virus et à l'hôte qui déterminent la transmissibilité et la virulence ; de mettre au point des tests diagnostiques rapides, fiables et d'un coût abordable utilisables sur le lieu où sont prodigués les soins ; de faire des modélisations prévisionnelles plus exactes dans de meilleurs délais ; de mettre au point des vaccins à plus large spectre hautement efficaces et à effet plus durable ; d'accélérer la production de vaccins et d'augmenter le débit ; de concevoir des antiviraux et des antimicrobiens plus efficaces pour traiter les complications bactériennes ; d'évaluer l'efficacité des médicaments, des vaccins, du matériel de protection individuelle et d'hygiène personnelle et des interventions sociales ; d'évaluer l'efficacité et les coûts des mesures aux frontières et d'améliorer la communication au sujet des risques. Beaucoup de ces recherches et évaluations peuvent et devraient être menées en l'absence d'une pandémie. Toutefois, certaines études ne peuvent être effectuées qu'à l'occasion d'un événement mondial comme une pandémie. Il est essentiel que des protocoles soient préétablis en vue de telles études et que des sources de financement soient trouvées à l'avance afin que les recherches puissent commencer sans retard.

47. Le Comité d'examen adresse respectueusement ces 15 recommandations à l'Organisation mondiale de la Santé, à l'Assemblée mondiale de la Santé et à ses États Membres et à la communauté mondiale au sens large. Le Tableau 4.1 indique qui devrait être principalement chargé de les mettre en œuvre (l'OMS ou les États Membres) et dans quel délai (dans l'année qui suit, dans les deux ans ou à plus longue échéance). Le Comité est d'avis que l'ensemble de ces 15 recommandations mériteraient d'être mises en œuvre sans retard.

Tableau 4.1 Responsabilité principale et calendrier pour la mise en œuvre des recommandations

	À court terme (dans l'année qui suit)	À moyen terme (dans les 2 ans)	À long terme (2 ans et plus)
OMS	Améliorer le site d'information de l'OMS sur les événements (Recommandation 2) Renforcer la capacité interne de l'OMS d'assurer une riposte soutenue (Recommandation 5) Améliorer les pratiques de nomination d'un comité d'urgence (Recommandation 6)	Revoir les lignes directrices sur la préparation en cas de pandémie (Recommandation 7) Élaborer et appliquer des mesures pour estimer la gravité (Recommandation 8)	Renforcer la prise de décision sur des bases factuelles concernant le commerce international et les voyages internationaux (Recommandation 3)
	Rationaliser la gestion des documents d'orientation (Recommandation 9) Élaborer et mettre en œuvre une politique de communication stratégique à l'échelle de toute l'Organisation (Recommandation 10)		
Pays	Parvenir à un accord sur les échanges de virus et l'accès aux vaccins et autres avantages (Recommandation 14)	Doter de l'autorité et des ressources nécessaires tous les points focaux nationaux RSI (Recommandation 4)	Accélérer la mise en place des principales capacités requises par le RSI (Recommandation 1)

	À court terme (dans l'année qui suit)	À moyen terme (dans les 2 ans)	À long terme (2 ans et plus)
Responsabilité conjointe		Encourager la conclusion d'accords anticipés pour la distribution et la délivrance de vaccins (Recommandation 11) Constituer une réserve plus importante de personnels de santé publique à l'échelle mondiale (Recommandation 12) Créer un fonds de réserve pour les urgences de santé publique (Recommandation 13)	Poursuivre un programme complet de recherche et d'évaluation sur la grippe (Recommandation 15)

48. Malgré tout ce qui a été fait lors de la pandémie, les conséquences ont surtout été déterminées par le virus lui-même. En cas de pandémie de grippe virulente, ou lors de toute autre urgence de santé publique mondiale prolongée constituant une menace, le monde reste exposé à un risque de perturbations massives et de morbidité et de mortalité élevées. Le Comité d'examen espère que ces recommandations aideront l'OMS et ses États Membres à mieux se préparer pour éviter, atténuer et affronter les futures menaces pour la santé.

Références bibliographiques

1. Domínguez-Cherit G et al. Critically ill patients with 2009 influenza A (H1N1) in Mexico. *The Journal of the American Medical Association*, 2009, 302:1880–1887.doi:10.1001/jama.2009.1536 PMID:19822626.
2. Kumar A et al. Canadian Critical Care Trials Group H1N1 Collaborative. Critically ill patients with 2009 influenza A (H1N1) infection in Canada. *The Journal of the American Medical Association*, 2009, 302:1872–1879.doi:10.1001/jama.2009.1496 PMID:19822627.
3. President's Council of Advisors on Science and Technology. Report to the President on US preparations for the 2009–H1N1 influenza. 2009 Aug 7.
4. Shrestha SS et al. Estimating the burden of 2009 pandemic influenza A (H1N1) in the United States (April 2009–April 2010). *Clinical Infectious Diseases*, 2011, 52 Suppl 1; S75–S82.doi:10.1093/cid/ciq012 PMID:21342903.

Appendice I

MANDAT DU COMITÉ D'EXAMEN DU RSI ET MÉTHODE DE TRAVAIL

1. L'évaluation de la riposte mondiale à la pandémie de grippe H1N1 sera effectuée par le Comité d'examen du Règlement sanitaire international, un comité d'experts réunissant un large éventail de compétences scientifiques et une vaste expérience pratique en matière de santé publique. Les membres de ce Comité comptent parmi les meilleurs experts mondiaux dans leurs domaines de spécialisation respectifs.
2. Le Règlement sanitaire international (RSI) est un instrument juridique international contraignant pour les 194 États Parties répartis à travers le globe, y compris tous les États Membres de l'OMS. L'objet principal de ce Règlement est d'aider la communauté internationale à prévenir les risques graves pour la santé publique susceptibles de se propager au-delà des frontières et de menacer les populations du monde et à organiser la riposte.
3. En janvier 2010, le Conseil exécutif de l'OMS a demandé au Directeur général de formuler une proposition sur la manière d'évaluer la riposte internationale à la pandémie, puis a approuvé sa suggestion de convoquer le Comité d'examen du RSI et de le charger de faire le point à la fois sur la riposte à la pandémie et sur le fonctionnement du RSI.
4. La pandémie de grippe H1N1 est la première urgence de santé publique survenue depuis l'entrée en vigueur du RSI révisé. Le RSI a joué un rôle central dans la riposte mondiale à la pandémie de sorte que l'examen du Règlement et l'évaluation de la prise en charge de la pandémie de grippe au niveau mondial sont étroitement liés.
5. Le RSI facilite une action internationale coordonnée en demandant aux pays de notifier à l'OMS certaines flambées épidémiques de maladies et certains événements de santé publique, de sorte que la notification au niveau mondial d'événements de santé publique importants se fasse de manière transparente et en temps utile.
6. Le RSI a été appliqué pour la première fois (c'est-à-dire qu'« il est entré en vigueur ») à l'échelle mondiale en 2007 et l'Assemblée de la Santé a décidé qu'un premier examen de son fonctionnement aurait lieu d'ici la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2010.

Objectifs

7. Cet examen a trois objectifs principaux :
 - évaluer le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) ;
 - évaluer la riposte mondiale actuelle à la pandémie H1N1 (y compris le rôle de l'OMS) ; et
 - tirer les enseignements qui pourraient être importants pour renforcer la préparation et la riposte à de futures pandémies et urgences de santé publique.

Le Comité

8. Le Comité se compose d'environ 27 membres choisis parmi les personnes inscrites sur la liste d'experts du RSI ou faisant partie d'autres tableaux d'experts de l'OMS. Il réunit un large éventail de compétences, d'expériences pratiques et de connaissances et comprend des experts de pays développés et de pays en développement.

9. Les membres de ce Comité comptent parmi les meilleurs experts mondiaux dans leurs domaines de spécialisation respectifs. Ils ne sont pas membres du personnel de l'OMS et ne sont pas rémunérés par l'OMS pour leur contribution au processus d'examen. Les noms des membres du Comité ont été rendus publics avant sa première réunion.

10. À la première réunion, le Professeur Harvey V. Fineberg a été élu Président, le Professeur Babatunde Osotimehin Vice-Président et le Dr Silvia Bino Rapporteur.

11. Le Comité d'examen du RSI est considéré comme un comité d'experts de l'OMS ; son fonctionnement et sa structure sont donc régis par le Règlement applicable aux tableaux et comités d'experts de l'OMS, ainsi que par les dispositions du RSI.

Conduite des travaux

12. Le Comité détermine ses méthodes et son calendrier de travail.

13. La première réunion s'est tenue du 12 au 14 avril 2010 au Siège de l'OMS à Genève.

14. Les observateurs invités à la première réunion se composaient de représentants de tous les États Parties au RSI (194 pays), d'organisations des Nations Unies et d'organisations intergouvernementales compétentes, et d'organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS.

15. Le Comité fait part de ses vues et conclusions au Directeur général. À la lumière des conseils du Comité, le Directeur général présentera à l'Assemblée mondiale de la Santé un rapport intérimaire en mai 2010, puis un rapport définitif en mai 2011.

Participation des pays (États Parties au RSI)

16. Les pays pourront faire de brèves déclarations devant le Comité à la première réunion, et peuvent aussi présenter leurs observations au Comité d'examen sur les principales questions et préoccupations et sur les enseignements tirés de la riposte à la pandémie et du fonctionnement du RSI.

Méthode de travail

17. Le Comité d'examen a effectué une grande partie de son travail dans le cadre de réunions plénières tenues au Siège de l'OMS à Genève. Par souci de transparence, ces réunions étaient ouvertes aux médias. Le Comité a entendu les témoignages de différentes personnes représentant les États Parties, les points focaux nationaux RSI, les organisations intergouvernementales, les organisations non gouvernementales, les organismes du système des Nations Unies, l'industrie, les professionnels de la santé, les experts, les membres des médias, les présidents des comités pertinents et le Secrétariat de l'OMS.

18. Le Comité plénier et ses groupes de travail se sont aussi réunis pour des sessions de délibération à Genève qui n'étaient ouvertes qu'aux seuls membres du Comité et de son personnel d'appui immédiat. D'autres consultations ont eu lieu entre les membres du personnel d'appui, le Président et les membres des groupes de travail du Comité par téléconférence ou par communication électronique.

19. Bien qu'il ait travaillé de manière indépendante, le Comité d'examen a fréquemment demandé des informations au Secrétariat de l'OMS et réclamé des éclaircissements sur certaines questions qui se sont posées tant dans la phase de collecte de l'information qu'au cours de la rédaction du rapport. Le personnel de l'OMS a fourni des réponses écrites à beaucoup de questions posées par le Comité et a eu des entretiens informels avec ses membres. L'OMS a laissé les membres du Comité accéder librement aux documents internes et, moyennant la signature d'un engagement de non-divulgence, ceux-ci ont également pu avoir accès à des documents juridiques confidentiels.

20. Le Secrétariat de l'OMS a rédigé à l'intention des membres du Comité une série de notes d'information fournissant des renseignements de base sur certaines questions telles que le RSI, la préparation en cas de pandémie, les phases de la pandémie, la gravité de la pandémie, le vaccin antipandémique, les médicaments antiviraux, la surveillance virologique, la surveillance des maladies, la participation des laboratoires à la riposte, les mesures de santé publique et le groupe de travail d'États Membres à composition non limitée sur la préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages. Le Comité a eu accès à une série d'études consacrées à l'évaluation du fonctionnement de l'annexe 2 du RSI (c'est-à-dire l'instrument de décision pour l'évaluation et la notification par les États Parties d'événements de santé publique) ainsi qu'à des rapports de situation sur la mise en œuvre du RSI. À la demande du Comité, le Secrétariat de l'OMS a conçu une matrice des principales fonctions de santé publique du RSI et recensé toute une série d'événements non liés à une pandémie notifiés à l'OMS depuis l'entrée en vigueur du RSI. Le Comité a sélectionné 18 de ces événements et demandé au Secrétariat de préparer un résumé pour chacun d'entre eux afin de faciliter son évaluation des fonctions de santé publique du RSI.

21. Le Comité s'est efforcé de réunir des informations sur le rôle de l'OMS et sa gestion de la pandémie et d'évaluer l'efficacité du RSI. Cela a nécessité une enquête approfondie sur les événements survenus et les décisions prises au cours de la pandémie, un examen des critiques dirigées contre l'Organisation et une évaluation de ses réalisations. L'objectif a été dès le départ de rechercher les meilleurs moyens de protéger la population mondiale lors d'une prochaine urgence de santé publique. Dans ses délibérations, le Comité s'est constamment efforcé d'être exhaustif, systématique, ouvert et objectif. Le rapport final contient un descriptif complet des éléments fournis au Comité tant lors des entretiens que dans les documents, et de son évaluation et de son interprétation de ces éléments.

Appendice II

AFFILIATIONS ET BIOGRAPHIES DES MEMBRES DU COMITÉ D'EXAMEN**Dr Preben Aavitsland, Directeur adjoint/Épidémiologiste d'État, Division de la Lutte contre les Maladies infectieuses, Institut norvégien de Santé publique, Oslo (Norvège)**

1. Preben Aavitsland (docteur en médecine) est Épidémiologiste de l'État de Norvège et Directeur adjoint de la Division de la Lutte contre les Maladies infectieuses à l'Institut norvégien de Santé publique, qui est le point focal national RSI de la Norvège. Il siège également au Forum consultatif du Centre européen de Prévention et de Contrôle des Maladies et dirige le réseau EpiNorth, réseau de lutte contre les maladies transmissibles en Europe du Nord. Il est consultant à la Clinique de la contraception d'Oslo, clinique à but non lucratif dirigée par une organisation non gouvernementale.

2. Le Dr Aavitsland faisait partie de la délégation norvégienne auprès du Groupe de travail intergouvernemental qui a négocié la révision du Règlement sanitaire international en 2004 et 2005. Il a été l'un des principaux conseillers des autorités sanitaires nationales pour la préparation en cas de pandémie et la riposte à la pandémie, et il a exercé à différentes reprises les fonctions de président ou de secrétaire du Groupe Incident pandémique de l'Institut. En 2008, il a présidé une consultation technique de l'OMS sur l'évaluation du fonctionnement de l'annexe 2 du RSI et les recommandations à faire à son sujet.

3. Entre 1997 et 2009, le Dr Aavitsland était journaliste spécialisé dans les questions de médecine à la *Revue de l'Association médicale norvégienne*. Il a signé 70 articles originaux dans des revues à comité de lecture, principalement consacrés à l'épidémiologie de l'infection à VIH, aux infections nosocomiales et aux flambées de maladies infectieuses. Il encadre plusieurs étudiants en doctorat à l'Université d'Oslo, où il a lui-même obtenu son diplôme de médecin.

Professeur Tjandra Y. Aditama, Directeur général de la Lutte contre la maladie et de la salubrité de l'environnement, Ministère de la Santé, Jakarta (Indonésie)

4. Tjandra Y. Aditama (docteur en médecine) est Directeur général de la Lutte contre la maladie et de la salubrité de l'environnement au Ministère de la Santé indonésien.

5. Il est responsable du point focal national RSI de l'Indonésie et a participé à l'action menée par l'Indonésie face aux événements liés au H5N1 et à la pandémie de grippe H1N1 2009. Il a également été conseiller temporaire auprès du Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est pour les maladies non transmissibles en février 2011.

6. Le Dr Aditama a été Professeur de pneumologie et de médecine respiratoire à la Faculté de Médecine de l'Université d'Indonésie et Professeur adjoint au Centre pour l'Environnement et la Santé de la Population à l'Université Griffith, en Australie. Il est l'auteur de plus de 100 publications.

7. Il a travaillé dans le secteur de la santé à des postes d'administration publique et en tant que chercheur en milieu universitaire. Après avoir terminé ses études de médecine, il a dirigé des centres de santé dans plusieurs municipalités. Il a suivi sa formation spécialisée en pneumologie et santé respiratoire (consultant en infection) à l'Université d'Indonésie. Il a été Vice-Directeur, puis Directeur de l'Hôpital Persahabatan à Jakarta au début des années 1990.

Dr Silvia Bino, Professeur associé en maladies infectieuses, Chef du Département de la Lutte contre les Maladies infectieuses, Institut de Santé publique, Tirana (Albanie)

8. Silva Bino (docteur en médecine, Ph.D) est Chef du Département de la Lutte contre les Maladies infectieuses et Professeur associé en maladies infectieuses à la Faculté de Médecine de l'Université de Tirana, en Albanie. Elle a été Directeur de l'Institut national de Santé publique entre 2000 et 2006, et elle a consacré sa carrière aux nouvelles stratégies de lutte contre les maladies infectieuses et de renforcement des systèmes de surveillance dans les pays qui ont peu de ressources.

9. Le Dr Bino a coordonné les activités de surveillance, de diagnostic et de riposte lors de la pandémie de grippe A (H1N1) 2009 en Albanie. Elle fait également partie du groupe national pour l'application du RSI et a participé à l'application du RSI dans le sud-est de l'Europe.

10. Le Dr Bino a été Coordonnateur régional du réseau chargé de renforcer la surveillance des maladies transmissibles et la lutte contre ces maladies dans le sud-est de l'Europe, lequel a contribué au renforcement des systèmes d'alerte précoce, à l'élaboration de politiques, à la préparation et à la riposte, à la formation en épidémiologie appliquée et à la collaboration d'experts et d'institutions à l'application du RSI.

11. Depuis 2000, elle coordonne le programme de vaccination et elle a aidé à mettre en place un système d'alerte précoce par syndrome en Albanie.

12. Elle est l'auteur de différents articles sur les maladies infectieuses publiés dans des revues professionnelles et scientifiques, et elle a participé à la rédaction de plusieurs lignes directrices, ouvrages et rapports sur les maladies infectieuses, la grippe et la veille sanitaire.

13. Elle a été consultant auprès de l'OMS et d'autres institutions des Nations Unies et, jusqu'en avril 2009, membre du Groupe stratégique consultatif d'experts de la vaccination.

14. Elle a obtenu son diplôme de médecin et son doctorat à l'Université de Tirana et a suivi une formation universitaire supérieure dans les domaines des maladies infectieuses, de la microbiologie, de l'épidémiologie et de la santé publique en Suisse, en Belgique, au Royaume-Uni et aux États-Unis.

Dr Eduardo Hage Carmo, Épidémiologiste, Projet de l'Institut gouvernemental sud-américain de la Santé (ISAGS) de l'Union des Nations sud-américaines (UNASUR), Institut de Santé collective de l'Universidade Federal da Bahia, et consultant auprès du Secrétariat de la Veille sanitaire du Ministère de la Santé (Brésil)

15. Eduardo Hage Carmo (docteur en médecine, Ph.D) est Épidémiologiste à l'Institut gouvernemental sud-américain de la Santé (ISAGS) de l'Union des Nations sud-américaines (UNASUR), à Rio de Janeiro, et à l'Institut de Santé collective de l'Universidade Federal da Bahia, à Bahia (Brésil). Il est aussi consultant auprès du Secrétariat de la Veille sanitaire du Ministère de la Santé brésilien, à Brasilia, et il a été Directeur de la Surveillance épidémiologique au Ministère de la Santé brésilien, à Brasilia, de mars 2007 à février 2011.

16. En tant que Directeur de la Surveillance épidémiologique au Ministère de la Santé brésilien, il a été chargé d'organiser la préparation en cas de pandémie et la riposte à la pandémie de grippe A (H1N1) 2009 et il est intervenu dans la prise de décisions des pouvoirs publics à ce sujet. Tous ses travaux scientifiques ont été financés par des institutions publiques. Ses fonctions de directeur ont aussi été axées sur la surveillance épidémiologique, les maladies transmissibles, la préparation et la

riposte aux urgences de santé publique, l'évaluation de la santé publique, la technologie sanitaire, les mesures de prévention et de lutte contre la maladie, la santé internationale et l'application du RSI aux niveaux régional et national. À compter de 2002, il a collaboré avec l'OPS et l'OMS aux processus de révision du RSI, à son application et au suivi de son application, et notamment à la mise au point d'outils, de modalités et de méthodes de formation. Depuis 2003, il participe à des réunions consultatives organisées par l'OMS sur la préparation et la riposte à la grippe et contribue à l'élaboration de plans régionaux et nationaux.

17. Depuis 1986, sa carrière universitaire est axée sur la santé publique, l'épidémiologie, la surveillance épidémiologique, les maladies transmissibles et le Règlement sanitaire international. Le Dr Carmo a signé et cosigné des chapitres d'ouvrages sur la transition épidémiologique et la surveillance des maladies transmissibles, ainsi que 27 articles, et il a reçu les Prix J. Snow et Fred L. Soper.

18. Il a obtenu son diplôme de médecin, sa maîtrise et son doctorat en santé publique à l'Universidade Federal da Bahia, au Brésil.

Dr Martin Cetron, Directeur, Division of Global Migration and Quarantine, National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Géorgie (États-Unis d'Amérique)

19. Martin Cetron (docteur en médecine) est Directeur de la Division des Migrations mondiales et des Quarantaines (DGMQ) aux Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis. Il occupe par ailleurs des postes universitaires à la Emory School of Medicine et à la Rollins School of Public Health. Il a travaillé à la Division des Maladies parasitaires et des Maladies respiratoires bactériennes des CDC avant d'intégrer la DGMQ en 1997.

20. Le Dr Cetron a été au premier plan des activités des CDC en matière de préparation et de riposte aux urgences de santé publique. Il a joué un rôle dirigeant dans l'action des CDC face à l'attaque bioterroriste au charbon en 2001, à l'épidémie mondiale de SRAS et à la flambée d'orthopoxvirose simienne aux États-Unis en 2003, à l'ouragan Katrina/Rita en 2005 et à la pandémie de grippe A (H1N1). Il fait partie de l'équipe dirigeante des CDC dans le domaine de la préparation et de la riposte en cas de pandémie de grippe. Lors de la pandémie de grippe H1N1 2009, il a dirigé les activités des CDC pour ce qui est des mesures appliquées aux frontières internationales et les stratégies de réduction des risques de transmission dans la communauté.

21. Il était membre de la délégation des États-Unis qui a participé aux négociations sur la révision du Règlement sanitaire international. Le Dr Cetron a exercé les fonctions de consultant auprès de l'OMS sur le RSI et la préparation et la riposte en cas de pandémie de grippe.

22. Ses principaux domaines de recherche sont la santé au niveau international et les migrations à l'échelle mondiale, avec un intérêt plus particulier pour les infections émergentes, les maladies tropicales et les maladies évitables par la vaccination dans les populations mobiles. Il est le coauteur de plus de 100 publications.

23. Il est diplômé du Dartmouth College et de la Tufts Medical School. Il a suivi une formation en médecine interne à l'Université de Virginie, une formation dans le domaine des maladies infectieuses à l'Université de Washington et au Service de veille épidémiologique des CDC.

Dr Omar El Menzhi, Directeur, Direction de l'Épidémiologie et de la Lutte contre la Maladie, Ministère de la Santé, Rabat (Maroc)

24. Omar El Menzhi (docteur en médecine) est Directeur de la Direction de l'Épidémiologie et de la Lutte contre la Maladie au Ministère de la Santé marocain. Pendant 25 ans, il a dirigé des services de santé dans différentes régions du Maroc, puis, de 2007 à 2009, il a exercé les fonctions de directeur de la santé de la région du Grand Casablanca. Il a consacré la plus grande partie de sa carrière professionnelle aux politiques de santé et à la gestion des services de santé, et plus particulièrement à l'exécution et à l'évaluation des programmes de santé.

25. Le Dr El Menzhi est responsable du point focal national RSI du Maroc et a participé de près à l'action de son pays face à la pandémie de grippe H1N1 2009. Il a contribué à l'élaboration de documents stratégiques sur différents sujets allant de la stratégie nationale de formation continue à la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles.

26. Il a obtenu son diplôme de médecin à l'Université Mohammed V de Rabat ; une maîtrise de santé publique à l'Université libre de Bruxelles ; un certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement dans le domaine de la santé ; et un diplôme d'études supérieures sur le paludisme à l'Université de Bordeaux (France).

Dr Yuri Fedorov, Directeur adjoint, Centre fédéral de Lutte contre la Peste, Service fédéral de surveillance de la protection des droits du consommateur et du bien-être humain, Moscou (Fédération de Russie)

27. Yuri M. Fedorov (DSc, Ph.D) est Directeur adjoint du Centre fédéral de Lutte contre la Peste au Département de Surveillance épidémiologique et de Protection sanitaire du territoire de la Fédération de Russie, au Service fédéral de surveillance de la protection des droits du consommateur et du bien-être humain. Il est Professeur d'épidémiologie à l'Université médicale de Moscou (études universitaires supérieures).

28. Il a 30 ans d'expérience de la planification, de la supervision et de la mise en œuvre de programmes nationaux de lutte contre les maladies transmissibles au niveau national et de la formation du personnel au niveau régional.

29. Il a participé à l'élaboration et à l'application du RSI (2005).

Professeur Harvey V. Fineberg, Président, The Institute of Medicine, Washington DC (États-Unis d'Amérique)

30. Harvey V. Fineberg (docteur en médecine, Ph.D) est Président de l'Institut de Médecine des États-Unis. Il a été Doyen de l'Université de Harvard de 1997 à 2001, après avoir été pendant 13 ans Doyen de la Harvard School of Public Health. Il a consacré la plus grande partie de sa carrière universitaire aux politiques de santé et à la prise de décisions en matière médicale. Ses recherches ont porté sur le processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques, l'évaluation des technologies médicales, l'évaluation et l'utilisation des vaccins, et la diffusion des innovations médicales.

31. Le Dr Fineberg a contribué à la fondation de la Société de prise de décisions en matière médicale, qu'il a présidée, et il a exercé les fonctions de consultant auprès de l'Organisation mondiale de la Santé. À l'Institut de Médecine, il a assuré la présidence ou a été membre de différents comités s'occupant de questions de politique de santé, comme le sida ou les nouvelles technologies médicales.

32. Il a été conseiller non officiel auprès du Gouvernement des États-Unis (y compris les CDC et le Department of Health and Human Services) sur le H1N1 pendant la pandémie.

33. Le Dr Fineberg est coauteur des ouvrages *Clinical Decision Analysis, Innovators in Physician Education* et *The Epidemic that Never Was*, analyse du programme fédéral controversé de vaccination contre la grippe porcine en 1976. Il a également cosigné plusieurs livres sur des questions aussi diverses que la prévention du sida, la sécurité vaccinale et l'appréhension des risques dans la société, et écrit de nombreux articles publiés dans des revues professionnelles. Le Dr Fineberg a reçu plusieurs titres honoraires et s'est vu décerner le Prix Joseph W. Mountin par les CDC des États-Unis. Il a obtenu sa licence, son diplôme de médecin et son doctorat à l'Université de Harvard.

M. Andrew Forsyth, Chef d'équipe, Public Health Legislation and Policy, Office of the Director of Public Health, Ministry of Health, Wellington (Nouvelle-Zélande)

34. Andrew Forsyth, titulaire d'une licence (B.A.) (Hons) et d'un diplôme de santé publique, est Chef d'équipe, Législation et politique de santé publique au Ministère de la Santé néozélandais. Dans le cadre de ses fonctions, il contribue au fonctionnement du point focal national RSI de la Nouvelle-Zélande. En 2009, M. Forsyth a participé aux fonctions nationales de planification et de surveillance assurées dans le cadre de la riposte de la Nouvelle-Zélande à la pandémie de grippe.

35. Il a plus de 20 ans d'expérience dans les domaines des personnels de santé et de la politique de salubrité de l'environnement. Dernièrement, il a dirigé l'élaboration de la législation sur l'eau de boisson, le programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus et une grande révision de la principale loi néo-zélandaise de santé publique, le Health Act de 1956. Il a participé aux consultations préliminaires et aux négociations intergouvernementales ultérieures en 2004 et 2005 dont est issu le Règlement sanitaire international révisé. Il a exercé les fonctions de consultant auprès de l'OMS et a dispensé une formation sur l'application du RSI (2005) dans le Pacifique.

36. Il a obtenu sa licence (Hons) à l'Université de Victoria, à Wellington, et son diplôme de santé publique à l'Université d'Otago, à l'École de Médecine de Wellington.

Dr Claudia González, Partenaire-Directeur, EPI-Sur Consultores, et Professeur, Centre d'Épidémiologie et de Politique de Santé publique, Universidad del Desarrollo, Santiago (Chili)

37. Claudia González (MPH) est consultant à EPI-Sur Consultores, cabinet international de consultants qui conseille des organisations internationales, des gouvernements et des organisations non gouvernementales dans le domaine de la santé. Elle a conseillé l'OPS sur les maladies infectieuses (dont la grippe), des universités chiliennes et le Gouvernement chilien. Depuis janvier 2011, le Dr González occupe également un poste d'enseignante au Centre d'Épidémiologie et de Politique de Santé publique à l'Universidad del Desarrollo, à Santiago (Chili).

38. De 2005 à juillet 2010, elle a été Coordinatrice Épidémiologie au Ministère de la Santé chilien, se consacrant principalement à la surveillance épidémiologique et à l'élaboration d'études pour la prise de décisions sur les politiques publiques. Elle travaillait auparavant à l'unité de recherche du Département d'Épidémiologie, où elle a contribué à mettre au point le modèle national de surveillance épidémiologique, à fixer les objectifs de santé nationaux pour la décennie 2000-2010, et à concevoir des enquêtes en population pour mesurer la qualité de vie et la prévalence de maladies et de facteurs de risque dans différentes populations.

39. À partir de 2002, elle a participé de près à l'élaboration du Plan national de lutte antipandémique ; en 2009, elle était responsable du secrétariat exécutif du Comité de Maîtrise des Flambées épidémiques et des Urgences de Santé, organe qui a été chargé d'organiser la riposte à la pandémie de grippe H1N1 2009 au Chili. Elle a également dirigé le point focal national RSI et a été chargée de l'application du RSI au Chili.

40. Elle est l'auteur de plusieurs articles parus dans des revues scientifiques nationales et internationales et elle a participé à la rédaction d'une série de lignes directrices et d'ouvrages consacrés aux études épidémiologiques sur le cancer, le VIH/sida et les maladies transmissibles, parmi lesquelles la grippe pandémique A (H1N1).

41. Elle a participé à un certain nombre de réunions et de forums internationaux organisés par l'OMS/OPS sur la grippe et le RSI (2005).

Dr Mohammad Mehdi Gouya, Directeur général, Centre de Lutte contre la Maladie, Ministère de la Santé et de l'Enseignement médical, Téhéran (Iran (République islamique d'))

42. Mohammad Mehdi Gouya (docteur en médecine) est Directeur général du Centre de Lutte contre la Maladie (CDC) au Ministère de la Santé et de l'Enseignement médical, en République islamique d'Iran, et Conseiller principal auprès de l'Adjoint à la Santé du Ministère de la Santé et de l'Enseignement médical. Depuis 1990, il est Professeur assistant à l'École de Médecine de l'Université des Sciences médicales d'Iran, où ses travaux de recherche portent essentiellement sur des questions de santé publique. Le Dr Gouya dirige le point focal national RSI et a été chargé d'élaborer le plan de préparation en cas de pandémie dans son pays. Il est également Président du Comité technique national de la Grippe ainsi que membre du Conseil suprême de la Santé au Cabinet.

43. Il est conseiller régional de l'OMS pour le sida (Groupe consultatif régional sida/VIH/MST, ARAG) et membre du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA. Il a également été conseiller temporaire de l'OMS concernant le Cadre régional d'EMRO pour la promotion de la santé, la prévention des traumatismes et la tuberculose.

44. Il a par ailleurs exercé les fonctions de directeur de projet national pour les projets suivants : Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, projet VIH/sida mené en collaboration avec le CDC ; et secrétariat des comités nationaux sur le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme, les zoonoses, la vaccination et les maladies non transmissibles. Il a été membre de la Commission permanente du Secrétariat du Haut Conseil national pour la Sécurité sanitaire des Aliments.

45. Il a obtenu son diplôme de médecin à l'Université Jondishapour, à Ahvaz, en République islamique d'Iran, et s'est spécialisé dans les maladies infectieuses et les maladies tropicales à l'Université des Sciences médicales de Téhéran, où il a également obtenu une maîtrise de santé publique.

Dr Amr Mohamed Kandeel, Chef du Secteur Prévention et maladies endémiques, Premier Sous-Secrétaire, Ministère de la Santé et de la Population (Égypte)

46. Amr Mohamed Kandeel (docteur en médecine, Ph.D) est le Premier Sous-Secrétaire du Secteur Prévention et maladies endémiques au Ministère de la Santé et de la Population égyptien. Il a obtenu son diplôme d'études supérieures à la Faculté de Médecine de l'Université Ain Shams, en Égypte, en 1990. Il est titulaire d'un diplôme de santé publique, d'une maîtrise d'épidémiologie, d'un diplôme de

lutte anti-infectieuse et d'un doctorat de santé publique. Après avoir exercé pendant 17 ans les fonctions d'épidémiologiste, de directeur du Département de Lutte anti-infectieuse et de directeur de la Direction générale du Département des Maladies transmissibles au Ministère de la Santé et de la Population, il a occupé les postes de sous-secrétaire du Ministère chargé de la Prévention, au Secteur Prévention, entre 2008 et juin 2010, et de Chef de Cabinet au Bureau du Ministre, entre juin 2010 et mars 2011.

47. Le Dr Kandeel dirige le point focal national RSI de l'Égypte, et il a participé à la planification, à la préparation en cas de pandémie et à la riposte à la pandémie H1N1. Il a participé à de nombreuses consultations de l'OMS sur le H1N1, le H5N1 et le RSI.

48. La carrière du Dr Kandeel est essentiellement consacrée à la santé publique et à l'épidémiologie dans le secteur de la prévention au Ministère de la Santé et de la Population. Il a par ailleurs participé à la planification, à l'évaluation et au suivi des programmes de lutte anti-infectieuse, dans les établissements de santé, à l'élaboration des lignes directrices égyptiennes pour la lutte anti-infectieuse et à la planification, à l'évaluation et au suivi des campagnes nationales d'éradication de la poliomyélite, du tétanos néonatal et de la rougeole.

49. Il supervise le déploiement des vaccins en Égypte. Il a également supervisé l'unité surveillance du PEV et a participé à toutes les enquêtes sur les flambées entre 2004 et juin 2010 en Égypte.

50. Dans le domaine des maladies transmissibles, le Dr Kandeel a pris part à l'élaboration d'un bulletin annuel sur les maladies transmissibles en Égypte, à la planification et au perfectionnement des stratégies nationales de lutte contre les maladies transmissibles, à la mise en place d'un système d'évaluation et de suivi de la lutte contre les maladies transmissibles dans les centres de soins de santé primaires et à un projet dans ce domaine. Il a publié 14 articles dans des revues internationales sur différents sujets de santé publique.

Dr Arlene King, Médecin Hygiéniste en chef, Ministère de la Santé et des Soins de longue Durée, Toronto, Ontario (Canada)

51. Arlene King (docteur en médecine, MHSc, FRCPC) est Médecin Hygiéniste en chef au Ministère de la Santé et des Soins de longue Durée de l'Ontario, au Canada. Elle est reconnue au niveau international comme expert de la vaccination, des maladies infectieuses et de la préparation en cas de pandémie. Elle est aussi Professeur adjoint à l'École de Santé publique Dalla Lana, à l'Université de Toronto. Avant d'intégrer le Ministère, le Dr King était Directeur général du Centre de l'Immunisation et des Maladies respiratoires infectieuses (y compris la grippe et la grippe pandémique) à l'Agence de la Santé publique du Canada (PHAC). Elle a occupé d'autres postes à Santé Canada/PHAC, dont celui de Directeur général de la Préparation en cas de pandémie.

52. De 2006 à 2009, le Dr King a été chargée de contrôler la planification préalable à une pandémie dans le secteur de la santé canadien. Quand la pandémie de grippe A (H1N1) 2009 est survenue, elle a dirigé les opérations techniques pour le compte de la PHAC. De juin 2009 à août 2010, elle a dirigé la riposte à la pandémie dans l'Ontario en qualité de Médecin Hygiéniste en chef de la province.

53. Elle a aussi occupé différents postes au Centre de Lutte contre la Maladie de Colombie-Britannique et a exercé les fonctions de médecin hygiéniste à Vancouver et Burnaby, en Colombie-Britannique, et de médecin de famille dans le nord de l'Alberta, au Canada.

54. Elle a été conseiller auprès de la Banque mondiale et de l'Agence canadienne de Développement international pour les maladies infectieuses émergentes. Elle a siégé au Conseil d'administration de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (2004-2006). Elle a été consultant auprès de l'OMS pour la poliomyélite, le SRAS et la grippe, et elle est membre du Groupe consultatif technique de l'OPS sur la vaccination et de la Commission OMS/AFRO de la Certification de l'Éradication de la Poliomyélite. Jusqu'en 2009, elle a été le chef de file du Canada lors des négociations intergouvernementales sur les échantillons de virus et le partage des avantages.

55. Le Dr King a obtenu son diplôme de médecin à l'Université McMaster et un certificat en médecine familiale à l'Université de Calgary. Elle a obtenu une maîtrise en sciences de la santé à l'Université de Colombie-Britannique et elle est membre du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada en médecine communautaire.

Professeur Abdulsalami Nasidi, Ex-Directeur, Santé publique, Ministère fédéral de la Santé, Abuja (Nigéria)

56. Abdulsalami Nasidi (docteur en médecine, Ph.D) a plus de 32 ans d'expérience de la médecine clinique, de la santé publique, de la virologie et de la mise au point de vaccins et de produits biologiques. Ex-Directeur de la Santé publique et Directeur des Missions spéciales au Ministère fédéral de la Santé nigérian, il est aujourd'hui retraité de la fonction publique. Il est actuellement Président du Groupe d'étude EchiTab (Nigéria/Royaume-Uni) et Président/Directeur exécutif de l'organisation Reach Care Foundation (Nigéria). Il est aussi Conseiller technique spécial auprès du Ministre de la Santé.

57. Il a dirigé le Laboratoire fédéral de Production de Vaccins à Yaba pendant sept ans et y a introduit une nouvelle méthode de production du vaccin anti-amaril, qui a été utilisée avec succès pour maîtriser la flambée de fièvre jaune survenue en 1986/1987 dans l'État de Benue. En 2008, il a été nommé Président du Groupe présidentiel spécial pour l'éradication de la poliomyélite et la vaccination systématique, dont les mesures ont permis de réduire le nombre de poliovirus sauvages en circulation au Nigéria début 2009 et de progresser vers l'éradication de la maladie et la vaccination systématique.

58. Nommé Épidémiologiste en chef du Nigéria en 1991, il a contribué à mettre en place un système de surveillance et de déclaration des maladies et un bulletin épidémiologique mensuel. À ce poste, il a été chargé des activités en rapport avec le RSI dans le pays. Le Dr Nasidi a également été responsable du point focal national RSI.

59. Il faisait partie des 16 personnes qui ont créé le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, à Bruxelles, en Belgique. Il a instauré le dispositif de coordination de pays du Nigéria, qu'il a présidé pendant six ans. Il est également l'instigateur du Centre national de Lutte contre la Maladie (NCDC) au Nigéria.

60. Il a dirigé l'action du groupe spécial du secteur de la santé nigérian face à la pandémie de grippe H1N1 et a participé à la conception de la riposte nationale à la pandémie. Lors de la flambée de grippe H1N1, il a activement contribué à la création, à Abuja, d'un laboratoire nigérian capable d'identifier les virus de la grippe, qui est ensuite devenu le laboratoire de référence OMS pour le pays.

61. Le Dr Nasidi est Vice-Président/Directeur général de l'organisation non gouvernementale récemment créée « Reach Care Foundation », qui collabore actuellement avec l'Institut de Virologie de Baltimore, aux États-Unis, et avec le Ministère fédéral de la Santé nigérian.

62. Le Dr Nasidi a siégé à plusieurs comités de l’OMS et il a participé dernièrement en tant que membre de la délégation nigériane et Vice-Président à la réunion intergouvernementale sur la préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages. Il a également participé au groupe de travail technique connexe pendant trois ans et a assumé les fonctions de président de ce groupe.

63. Il est l’auteur de plus de 50 publications scientifiques et s’est vu décerner une distinction honorifique par son pays, Officier de l’Ordre du Niger (OON).

64. Le Dr Nasidi a obtenu son diplôme de médecin à l’École de Médecine de l’Université d’État de Kalinin, à Tver, en Fédération de Russie, et son doctorat à l’Institut Ivanovsky de Virologie, à l’Académie des Sciences médicales, à Moscou (Fédération de Russie).

Professeur Paul Odehouri-Koudou, Directeur, Institut national d’Hygiène publique, Abidjan (Côte d’Ivoire)

65. Paul Odehouri-Koudou (docteur en médecine) est Directeur de l’Institut national d’Hygiène publique de la Côte d’Ivoire et Professeur au Département des Maladies infectieuses et tropicales à l’Université de Cocody-Abidjan. Il a été Directeur de la Santé communautaire et Directeur exécutif du Projet de collaboration entre médecine moderne et médecine traditionnelle de 2000 à 2001.

66. Il a pris part à l’application du RSI (2005) dans son pays et a organisé en 2007 un atelier sur l’application du RSI en Côte d’Ivoire. Il est responsable du point focal national RSI de son pays et il a joué un rôle important dans la riposte nationale à la pandémie de grippe H1N1. Il est aussi membre du Comité national d’experts indépendants de la vaccination et des Vaccins.

67. Le Professeur Odehouri-Koudou a siégé en qualité de membre expert au Comité consultatif africain OMS-AFRO pour la Recherche-Développement de 2001 à 2002 et en 2004.

68. Il est l’auteur de nombreux articles sur les maladies transmissibles, et plus particulièrement sur le sida, parus dans des revues internationales importantes. Il a été fait Officier et Commandeur de l’Ordre du Mérite de l’Éducation nationale de Côte d’Ivoire, et Chevalier de l’Ordre national de Côte d’Ivoire.

69. Le Professeur Odehouri-Koudou a obtenu son diplôme de médecin (docteur d’État en médecine) à la Faculté de Médecine de Cocody-Abidjan.

Dr Nobuhiko Okabe, Directeur du Centre de Surveillance des Maladies infectieuses, Institut national des Maladies infectieuses, Tokyo (Japon)

70. Nobuhiko Okabe (docteur en médecine, Ph.D) est Directeur du Centre de Surveillance des Maladies infectieuses à l’Institut national des Maladies infectieuses, au Japon. Ses domaines de compétence sont la lutte contre les maladies infectieuses, les maladies infectieuses de l’enfant et la vaccination.

71. Le Dr Okabe travaille actuellement au point focal national RSI du Japon et il a été consultant ou conseiller temporaire aux premiers stades du processus de révision du RSI. Il est actuellement Président du Comité du Ministère de la Santé, du Travail et de la Protection sociale qui conseille celui-ci sur la révision du Plan national de préparation en cas de pandémie. Avant la pandémie de grippe H1N1 2009, il a été l’un des Présidents du Comité consultatif sur le plan de préparation en cas de

pandémie du Japon et a pris part à l'établissement de lignes directrices connexes. Pendant la pandémie, il participé à la riposte et a été membre de Comité consultatif sur la pandémie de grippe H1N1 au Cabinet du Ministère de la Santé, du Travail et de la Protection sociale. Au début des années 1990, il a exercé les fonctions de conseiller régional pour la lutte contre les maladies transmissibles au Bureau régional OMS du Pacifique occidental, à Manille (Philippines).

72. Le Dr Okabe a obtenu son diplôme de médecin et son doctorat en médecine à l'Université Jikei, à Tokyo (Japon).

Professeur Mahmudur Rahman, Directeur de l'Institut d'Épidémiologie, de Lutte contre la Maladie et de Recherche (IEDCR) et Centre national de la Grippe, Ministère de la Santé et de la Protection de la Famille, Dhaka (Bangladesh)

73. Mahmudur Rahman (docteur en médecine, MPH, Ph.D) est Directeur de l'Institut d'Épidémiologie, de Lutte contre la Maladie et de Recherche et Centre national de la Grippe, au Ministère de la Santé et de la Protection de la Famille du Bangladesh.

74. Le Professeur Rahman a été le principal artisan de la création du Centre national de la grippe (de sécurité biologique de niveau 3), des laboratoires pour le virus Nipah et de la veille sanitaire par Internet au Bangladesh. Il a dirigé la riposte à la pandémie de grippe H1N1 2009 au Bangladesh. Depuis 2005, il prend part à la préparation en cas de pandémie, aux exercices et aux fonctions liés au RSI.

75. Il a été Professeur associé, puis Professeur et Chef du Département d'Épidémiologie de l'Institut national de Médecine préventive et sociale. Il a consacré la plus grande partie de sa carrière universitaire à l'épidémiologie et à la santé publique. Ses travaux de recherche ont porté sur la surveillance des maladies, sur l'épidémiologie des maladies transmissibles et non transmissibles et sur des questions de politique de santé publique.

76. Il est membre du Comité d'experts pour l'Éradication de la Poliomyélite et du Comité consultatif scientifique sur la Leishmaniose viscérale du Programme spécial OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales.

77. Le Professeur Rahman a été Secrétaire de rédaction de la revue *Journal of Preventive and Social Medicine* et il a coordonné la publication du manuel « *Text Book of Community Medicine and Public Health* ». Il est l'auteur de 72 publications et études publiées dans des revues nationales et internationales.

78. Il a obtenu son diplôme de médecin au Chittagong Medical College, au Bangladesh, ses diplômes d'études universitaires en gestion des soins de santé primaires à l'Université Mahidol, en Thaïlande, et son doctorat en épidémiologie à l'Université de Cambridge, au Royaume-Uni.

Dr Palliri Ravindran, Directeur, Emergency Medical Relief, Directorate General of Health Services, Ministry of Health, New Delhi (Inde)

79. Palliri Ravindran (docteur en médecine, MBA) est Directeur des Soins médicaux d'urgence à la Direction générale des Services de Santé, au Ministère de la Santé indien ; il était auparavant Sous-Directeur général.

80. Ses domaines de compétence sont la planification, la prévention, les mesures d'atténuation, la préparation et les stratégies de riposte en cas de crise sanitaire, y compris les urgences de santé publique au niveau national. Il a coordonné l'action de son pays face à la flambée de SRAS, à la grippe aviaire et à la pandémie de grippe 2009. Il a travaillé pour les services de santé publics et a exercé la médecine clinique pendant 15 ans avant d'entrer dans l'administration en 1997.

81. Le Dr Ravindran a participé à des réunions au Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est (SEARO) en qualité d'expert et de conseiller temporaire et y a travaillé pour une courte période en 2007. Il a obtenu une bourse de l'OMS pour étudier l'évaluation des risques et la promotion de la santé à l'Université Mahidol, en Thaïlande.

82. Il a reçu une bourse (Australian Leadership Award) du Nossal Institute for Global Health, à l'Université de Melbourne, en Australie.

83. Il a obtenu son diplôme de médecin et a fait des études universitaires supérieures en santé publique à l'Université de Delhi ; il a également obtenu un MBA en gestion des catastrophes à l'Université Guru Gobind Singh Indraprastha à Delhi.

Professeur José Ignacio Santos, Professeur et Chef de l'Unité des Maladies infectieuses, Département de Médecine expérimentale, Faculté de Médecine, Université nationale autonome du Mexique, Mexico (Mexique)

84. José Ignacio Santos (docteur en médecine) est Professeur et Chef de l'Unité des Maladies infectieuses du Département de Médecine expérimentale, à l'Université nationale autonome du Mexique, à Mexico.

85. Avant d'accepter ce poste, il était Directeur général de l'Hospital Infantil de México Federico Gómez, l'un des instituts nationaux de la santé du Mexique. De 1997 à 2004, le Dr Santos a dirigé le programme national de santé du nourrisson et de l'adolescent et le programme national de vaccination ; il était auparavant membre du Comité consultatif du Mexique sur les Pratiques vaccinales, chargé de liaison avec les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis.

86. Le Dr Santos travaille aussi pour d'autres organismes internationaux du secteur de la santé, notamment le Conseil d'administration du Centre international de Recherche sur les Maladies diarrhéiques à Dhaka (Bangladesh), le groupe de travail sur la rougeole du Groupe consultatif stratégique d'experts de l'OMS, le Comité des Conseillers de la Pediatric Dengue Vaccine Initiative, le Groupe consultatif technique de l'OPS sur les vaccins et la vaccination, et le Comité de contrôle des données et de la sécurité du projet OMS de vaccination antirougeoleuse par aérosol.

87. Le Dr Santos a été Président des Sociétés mexicaine et panaméricaine de Lutte contre les Maladies infectieuses et membre de l'Infectious Disease Society of America. Il est membre du groupe consultatif de Pediatric Global Research Priorities, qui dépend de l'Académie américaine de Pédiatrie.

88. Le Dr Santos a fait ses études de médecine et de pédiatrie à l'Université de Stanford et ses études d'immunologie clinique et sur les maladies infectieuses à l'Université d'Utah.

Mme Palanitina Tupuimatagi Toelupe, Directeur général de la Santé et Administrateur en chef au Ministère de la Santé (Samoa)

89. Palanitina Tupuimatagi Toelupe (NZRN, MHPed, BEd, GradDipHEd, AdvDip Business Management) est Directeur général de la Santé et Administrateur en chef au Ministère de la Santé samoan.

90. Mme Toelupe a lancé plusieurs programmes de protection de la santé publique et de promotion de la santé au Samoa et elle a entrepris ces dernières années des réformes sanitaires dans son pays grâce auxquelles, en 2006, le Service de santé national est devenu le plus gros prestataire public de services de santé, séparé du Ministère de la Santé, aujourd'hui autorité de surveillance et de réglementation du secteur de la santé. Elle a également contribué à la promotion et à l'application dans son pays des conventions de l'OMS et des Nations Unies en rapport avec la santé comme la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et la Convention relative aux droits de l'enfant.

91. En qualité de Directeur général de la Santé, elle dirige l'action entreprise au niveau national pour renforcer le système de santé par la promotion de la santé et les soins de santé primaires. Elle a également orchestré dans son pays la préparation en cas de pandémie et la riposte à la pandémie de grippe H1N1 et elle préside le Groupe spécial Santé pour la préparation et l'intervention en cas de catastrophe. Elle participe de près à la promotion et à l'application du RSI, car son bureau sert de point focal national RSI. En tant que Directeur général, elle est aussi membre suppléant du Conseil exécutif de l'OMS et elle était à la tête des délégations du Samoa aux cent vingt-quatrième, cent vingt-sixième et cent vingt-huitième sessions du Conseil.

92. Elle a exercé les fonctions de chef pour la Promotion de la femme au Ministère de la Femme, de la Communauté et du Développement social de 1998 à 2005, après avoir été pendant 18 ans responsable de l'éducation pour la santé et spécialiste de la promotion de la santé au Ministère de la Santé. Au cours des dix dernières années, elle s'est consacrée à la gouvernance institutionnelle, à l'encadrement technique et professionnel, à l'élaboration des politiques et aux réformes de la réglementation sanitaire.

93. Elle a fait ses études et obtenu ses diplômes de troisième cycle dans des universités de Nouvelle-Zélande, d'Australie et à l'Université nationale du Samoa, en liaison avec l'Université internationale des États-Unis.

Professeur Patricia Ann Troop, Indépendante, Former Chief Executive, Health Protection Agency, Londres (Royaume-Uni)

94. Patricia Ann Troop (CBE, DSc, FRCP, FFPH) a été fondateur et Directeur général de l'Agence de Protection de la Santé (Health Protection Agency, HPA), au Royaume-Uni, nouvel organisme qui regroupe des institutions nationales et des équipes locales pour assurer des services intégrés contre les infections, les risques chimiques, radiologiques et autres risques environnementaux, et la préparation aux situations d'urgence. Depuis qu'elle a quitté la HPA en 2008, le Professeur Troop a été président ou membre de commissions nationales, a contribué aux travaux du Centre européen de Prévention et de Contrôle des Maladies et de l'OMS, et elle est administrateur externe (non-Executive Director) du Cambridge University Hospitals Foundation Trust. Elle est professeur invité à deux universités et continue à écrire et enseigner.

95. La HPA était le point focal national RSI du Royaume-Uni et a effectué l'essentiel du travail se rapportant au RSI avec l'OMS. En ce qui concerne la pandémie de grippe H1N1 2009, la HPA s'est occupée de la surveillance, de certains services de laboratoire, de l'évaluation épidémiologique, de la modélisation et d'une grande partie de la planification opérationnelle.

96. Ayant débuté sa carrière comme clinicien, elle a travaillé 30 ans dans la santé publique et la gestion des services de santé. Elle a travaillé aux niveaux local, régional et national dans toute la sphère de la santé publique. Elle a notamment mis en place le programme de nutrition « 5 par jour » et remanié plusieurs grands services, par exemple les soins intensifs de pédiatrie dans toute l'Angleterre. Nommée Médecin-chef adjoint pour l'Angleterre en 1999, elle s'est occupée de la protection de la santé, de l'intervention en cas de catastrophe et de la santé internationale, elle a supervisé de nombreux organismes nationaux et elle a présidé des comités nationaux. Aux deux postes qu'elle a occupés au niveau national, le Professeur Troop a dirigé l'action dans les situations d'urgence.

97. Elle a écrit ou coécrit de nombreux rapports publiés et articles. Elle a été faite Commandeur de l'Ordre de l'Empire britannique (CBE) pour ses contributions à la santé publique et s'est vu décerner un doctorat en sciences par deux universités (University of East Anglia et Cranfield University) et le titre de Outstanding Alumnus par l'Université de Manchester.

Dr Kumnuan Ungchusak, Expert principal en médecine préventive, Bureau d'Épidémiologie, Département de la Lutte contre la Maladie, Ministère de la Santé publique, Bangkok (Thaïlande)

98. Kumnuan Ungchusak (docteur en médecine, MPH) est l'expert principal en médecine préventive du Département de la Lutte contre la Maladie, au Ministère de la Santé publique thaïlandais, et Conseiller auprès du Département pour le Règlement sanitaire international. Il est membre du Comité national sur la Grippe aviaire et la Grippe pandémique, et il supervise les activités du Ministère en matière de surveillance, d'investigation et d'évaluation des risques et la communication en rapport avec ces activités.

99. Depuis sa formation initiale, il a exercé les fonctions d'épidémiologiste de terrain et encadré la surveillance des maladies transmissibles et les investigations sur les flambées dans le pays. Il a été Directeur du Programme thaïlandais de formation à l'épidémiologie de terrain, puis Directeur du Bureau d'Épidémiologie de 2001 à 2008, où il a supervisé le réseau de surveillance et d'investigation du pays.

100. De 2007 à 2008, il a fait partie du point focal national RSI. Il a également joué un rôle important dans la création des équipes de surveillance et d'intervention rapide, qui fonctionnent maintenant dans tous les districts et provinces de la Thaïlande.

101. Ses récents travaux portent sur la grippe aviaire, la grippe pandémique et toute urgence de santé publique de portée internationale, surtout dans la région du Mékong. Il a été conseiller temporaire de l'OMS sur la surveillance des maladies, la formation à l'épidémiologie de terrain et la modélisation des maladies. Le Dr Ungchusak a aussi été pendant une courte période consultant auprès des Bureaux régionaux OMS de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental en ce qui concerne la Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique.

102. Il a obtenu son diplôme de médecin à l'École de Médecine de Siriraj, en Thaïlande, et sa maîtrise de santé publique à l'Université Mahidol. Il a suivi un programme de formation à l'épidémiologie de terrain (FETP) de deux ans assuré par le Ministère de la Santé thaïlandais, et il a été certifié par le Conseil de Médecine préventive du Conseil médical thaïlandais.

Professeur Kuku Voyi, Professeur et Chef de Département, School of Health Systems and Public Health, University of Pretoria, Pretoria (Afrique du Sud)

103. Kuku Voyi (Ph.D) est Professeur et Chef du Département Salubrité de l'Environnement et Médecine du Travail de l'École des Systèmes de Santé et de la Santé publique à l'Université de Pretoria, en Afrique du Sud. Ses domaines de compétence sont notamment l'évaluation de l'exposition, la surveillance et les risques pour la santé humaine, l'écoépidémiologie et l'épidémiologie professionnelle. Ses recherches portent sur l'étiologie des maladies, l'environnement et la santé, l'écoépidémiologie et les systèmes de santé.

104. Le Professeur Voyi coordonne le cours sur les urgences sanitaires dans de grands groupes de population (HELP South Africa). Elle est expert technique responsable de la contribution de son Université au cours OMS sur l'application du Règlement sanitaire international en ce qui concerne la surveillance et l'évaluation des risques, et elle est membre de Comité consultatif africain OMS/AFRO pour la Recherche-Développement en Santé. En qualité d'expert, elle a conseillé différentes entités nationales. Elle est également membre de la Commission internationale de la Santé au Travail, et arbitre scientifique de la revue *Health South Africa*.

105. Elle a aussi été conseiller technique de l'OMS, notamment pour l'analyse institutionnelle préalable à la Déclaration ministérielle d'Alger (OMS/AFRO) 2008, et membre du Groupe consultatif sur la formation aux situations d'urgences pour la Région africaine 2009. Le Professeur Voyi a récemment conseillé le Bureau régional OMS de l'Afrique dans les domaines de la recherche-développement en santé, des maladies tropicales négligées et de la formation aux urgences sanitaires en Afrique.

106. Le Professeur Voyi a été Président de l'École de Systèmes de Santé et de Santé publique de 2004 à 2010 et elle est Président sortant du Conseil sud-africain de la Recherche médicale.

107. Elle a fait ses études universitaires supérieures à l'Université du Cap.

Professeur Yu Wang, Directeur général, Centre chinois de Lutte contre la Maladie et de Prévention, Beijing (Chine)

108. Yu Wang (docteur en médecine, Ph.D) est Directeur général du Centre chinois de Lutte contre la Maladie et de Prévention (CDC de la Chine) au Ministère de la Santé chinois.

109. En qualité de Directeur général du CDC de la Chine, le Professeur Wang a mis sur pied le système de gestion de la sécurité biologique des laboratoires et a amélioré la surveillance des maladies infectieuses et les systèmes de notification en Chine. Il a dirigé les opérations de préparation aux situations d'urgence et la riposte à la grippe H5N1 chez l'homme, à la maladie mains-pieds-bouche, à la pandémie de grippe A (H1N1) 2009 et à d'autres menaces pour la santé.

110. Avant d'occuper son poste actuel, le Professeur Wang a été Directeur de l'Institut d'Hépatologie à l'Hôpital populaire de l'Université médicale de Beijing, puis Vice-Président de cette même Université, chargé des activités de recherche et de développement des sciences appliquées. En 2000, il a été nommé Directeur général adjoint de Centre national chinois de Développement de la Biotechnologie, au Ministère des Sciences et de la Technologie, puis Directeur général adjoint du Département de l'Agriculture et du Développement social, au même Ministère. Aux postes qu'il a occupés au Ministère, il a été chargé du financement et de l'administration de la recherche-

développement des biotechnologies. Il a contribué à l'élaboration de lignes directrices nationales sur l'éthique de la recherche sur les cellules souches d'embryons humains.

111. Il est Vice-Président de l'Association chinoise de Médecine préventive et membre du Conseil exécutif de l'Association internationale des Instituts nationaux de Santé publique.

112. Il a obtenu son diplôme de médecin à l'Université médicale de Beijing et son doctorat à l'École de Médecine Jichi, au Japon. Son domaine de recherche était la virologie moléculaire et l'immunologie de l'hépatite virale.

Dr Sam Zaramba, Consultant principal, Ex-Directeur général des Services de Santé, Ministère de la Santé, Kampala (Ouganda)

113. Sam Zaramba (docteur en médecine) est Consultant principal et Ex-Directeur général des Services de Santé de l'Ouganda. Avant d'occuper ce poste, il était Directeur chargé des services cliniques et des services de santé communautaire au Ministère de la Santé ougandais.

114. Le Dr Zaramba a une vaste expérience de la prestation des services de santé dans les pays en développement et dans l'ensemble du monde. Il a exercé la médecine clinique pendant plus de 10 ans à l'Hôpital national de recours Mulago en tant que chirurgien spécialiste ORL. Il a ensuite choisi de se consacrer à la gestion des services de santé, avec les difficultés que cela suppose dans un pays qui a peu de ressources. Il s'intéresse plus particulièrement aux maladies infectieuses tropicales, notamment aux maladies tropicales négligées qui sévissent en Ouganda et dans la région.

115. Il a plaidé pour la lutte intégrée contre les maladies et la lutte antivectorielle intégrée aux niveaux national et mondial, et pour la campagne « Journées-plus pour la santé de l'enfant » en Ouganda. Il est également à l'origine de plusieurs projets de santé publique connexes en Ouganda, concernant notamment la vaccination systématique, l'amélioration de la nutrition, l'éducation pour la santé et l'hygiène, la distribution et le traitement des moustiquaires imprégnées d'insecticide. Il a contribué à l'élaboration de la politique de santé décennale et des plans stratégiques qui régissent la prestation des services de santé en Ouganda.

116. Il a présidé le Comité pour le Programme régional 2007/2008 de l'OMS/AFRO ainsi que le Conseil exécutif de l'OMS à Genève lors de ses cent vingt-cinquième et cent vingt-sixième sessions. Il est membre du Groupe consultatif stratégique et technique sur les maladies tropicales négligées (STAG-NTD). Le Dr Zaramba s'est vu demander de faire partie du Conseil de l'OMS pour la Sécurité des Patients et d'être conseiller temporaire en relation avec l'Alliance mondiale pour les personnels de Santé, en février 2011. Enfin, il a été sollicité récemment pour assumer les fonctions de directeur exécutif d'une organisation non gouvernementale qui s'occupe des maladies tropicales négligées ainsi que de la santé et du développement communautaires.

117. Le Dr Zaramba a cosigné des articles sur les maladies tropicales négligées avec des collègues de la Division de la Lutte antivectorielle du Ministère de la Santé. Il a obtenu ses diplômes d'études universitaires de premier et deuxième cycle à l'École de Médecine de Makerere. Il a suivi une formation en gestion des services de santé à l'Université de Birmingham, au Royaume-Uni, à l'Université de Boston et à l'Université de Harvard, aux États-Unis.

- * Le Directeur général souhaite remercier les membres suivants qui ont démissionné avant l'achèvement des travaux : le Dr Anthony Evans, le Professeur John Mackenzie, le Dr Ziad Memish et le Dr Babatunde Osotimehin.

DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

Professeur José Ignacio Santos

118. En 2009-2010, le Dr Santos a présenté quatre exposés lors de réunions au Viet Nam, aux Philippines, en Australie et en Chine, financées par l'industrie pharmaceutique (principalement GlaxoSmithKline), pour lesquels il a reçu au total des honoraires d'un montant inférieur à US \$10 000, et ses frais ont été pris en charge. Trois de ces exposés portaient sur l'introduction de vaccins en Amérique latine, le quatrième couvrait l'expérience du Mexique face à la pandémie de grippe H1N1.

Professeur Kuku Voyi

119. Le Professeur Voyi, Professeur à l'Université de Pretoria, a supervisé la contribution de cette Université au volet surveillance, alerte précoce et riposte du Cours international OMS sur l'application du Règlement sanitaire international, dispensé en 2010-2011. En 2009, l'Université et l'OMS ont conclu un accord pour exécution de travaux (APW) d'un montant inférieur à \$15 000 concernant cette contribution au cours ; une partie de ce montant a couvert moins de 20 % du salaire du Dr Voyi pendant six mois.

120. *Les intérêts indiqués ci-dessus ne donnent pas lieu à un conflit d'intérêts justifiant d'exclure partiellement ou totalement du Comité d'urgence les experts concernés. Toutefois, conformément à la politique de l'OMS, le Comité a été avisé de ces intérêts afin que les autres membres en aient connaissance.*

121. *De nombreux membres du Comité d'examen ont, au niveau gouvernemental, une vaste expérience et des compétences étendues – et ont été consultants auprès de l'OMS – dans les domaines sur lesquels porte l'examen du Comité, lesquelles ont été jugées particulièrement utiles et importantes compte tenu des difficultés que présente le travail du Comité.*

Appendice III

SYNTHÈSE DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005) (1)**Fonction 1 : Capacités de surveillance et d'action**

1. Les principales capacités de surveillance, d'évaluation et d'action doivent être mises en place au niveau local, au niveau intermédiaire (par exemple au niveau de la province ou de l'État, selon la structure constitutionnelle du pays) et au niveau national. Certaines capacités, parmi lesquelles la surveillance, l'action et la notification, doivent aussi être opérationnelles aux points d'entrée tels que les ports, les aéroports et les postes-frontières désignés. Les principales capacités sont décrites ci-après (2).

Principale capacité N° 1 : Législation nationale, politiques et financement

2. Le Règlement sanitaire international (2005) (RSI (2005)) établit des obligations et des droits pour les États Parties. Depuis son entrée en vigueur en 2007, les États Parties doivent se conformer aux dispositions du RSI et leur donner effet. Ils doivent pour cela être dotés d'un cadre juridique satisfaisant qui permette et facilite la mise en œuvre de l'ensemble de leurs obligations et de leurs droits. Dans certains États Parties, l'application du RSI exigera peut-être qu'ils adoptent des textes d'application ou d'habilitation pour une partie ou pour la totalité de leurs obligations et de leurs droits. En outre, les États devront peut-être adopter une nouvelle législation ou modifier la législation existante pour développer les nouvelles capacités techniques acquises conformément à l'annexe 1 du RSI. Même lorsqu'une législation nouvelle ou révisée n'est pas expressément requise dans le cadre du système juridique du pays pour mettre en œuvre les dispositions du RSI (2005), les États décideront peut-être tout de même de réviser certaines lois, réglementations ou autres instruments pour faciliter la mise en œuvre et la rendre plus efficace, efficace et pertinente. Les textes d'application pourront servir à institutionnaliser et à renforcer le rôle du RSI (2005) et les opérations réalisées au titre du RSI dans l'État Partie. Ils peuvent également faciliter la coordination entre les différentes entités impliquées dans la mise en œuvre. On peut obtenir des informations détaillées sur l'application du RSI dans le cadre de la législation nationale. Les politiques qui définissent les structures et les responsabilités nationales (et qui facilitent par d'autres moyens la mise en œuvre ainsi que l'affectation de ressources financières appropriées) sont également essentielles.

Principale capacité N° 2 : Coordination et communications du point focal national RSI

3. La bonne application du RSI nécessite des approches multisectorielles et multidisciplinaires dans le cadre de partenariats nationaux, de façon que les systèmes d'alerte et d'action soient efficaces. La coordination des ressources à l'échelle nationale, y compris la désignation d'un point focal national qui constitue le centre national pour les communications aux fins du RSI, est une condition essentielle à l'application du Règlement. Le point focal national devrait être à tout moment à même de communiquer avec les points de contact RSI à l'OMS et avec tous les secteurs concernés et autres parties prenantes dans le pays. Les États Parties doivent communiquer tous les ans à l'OMS les coordonnées actualisées de leur point focal national.

Principale capacité N° 3 : Surveillance

4. En vertu du RSI, les États Parties doivent détecter rapidement les risques pour la santé publique et les évaluer, les notifier et engager sans délai une action pour y faire face. Il leur faut donc disposer d'un système de surveillance sensible et flexible, comportant un dispositif d'alerte précoce. La structure du système de même que les rôles et responsabilités des personnes participant à la mise en œuvre de ce système doivent être clairs, et ils devraient être définis, de préférence, dans le cadre d'une politique et d'une législation en matière de santé publique. Il convient de bien établir les chaînes de responsabilité pour garantir des communications efficaces à l'intérieur du pays, avec l'OMS et, le cas échéant, avec d'autres pays.

Principale capacité N° 4 : Action

5. Des mécanismes de décision, de communication et de contrôle sont nécessaires pour faciliter la coordination et la gestion des opérations en cas de flambée épidémique ou autre événement de santé publique. Des équipes d'intervention rapide multidisciplinaires et multisectorielles devraient être établies, qui seraient disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Elles devraient être capables de faire face rapidement à des événements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée nationale ou internationale. La prise en charge appropriée des patients, la lutte anti-infectieuse et la décontamination sont autant de composantes essentielles de cette capacité qui doivent être prises en considération.

Principale capacité N° 5 : Préparation

6. La préparation consiste à élaborer des plans d'intervention pour les urgences de santé publique aux niveaux national, intermédiaire et communautaire/primaire en cas de risques biologiques, chimiques, radiologiques ou nucléaires pertinents. Les autres composantes de la préparation sont notamment la cartographie des risques potentiels et des sites présentant un danger, l'identification des ressources disponibles, la constitution de stocks nationaux appropriés de ressources et l'aptitude à appuyer les opérations au niveau intermédiaire et au niveau communautaire/primaire.

Principale capacité N° 6 : Communication sur les risques

7. La communication sur les risques devrait être un processus à plusieurs niveaux et à plusieurs facettes, visant à aider les parties prenantes à définir les risques, les identifier, évaluer les vulnérabilités et renforcer la résilience des communautés, favorisant ainsi l'aptitude à faire face aux urgences de santé publique lorsqu'elles se produisent. Une partie essentielle de la communication du risque est la diffusion au public d'informations sur les risques pour la santé et les événements de santé, tels que les flambées épidémiques.

8. Pour que la communication sur les risques causés par un événement particulier soit efficace, elle doit prendre en compte les aspects sociaux, religieux, culturels, politiques et économiques associés à cet événement, ainsi que le point de vue de la population touchée. Ce type de communication favorise la mise en place de mesures appropriées de prévention et de lutte dans le cadre d'interventions visant, au niveau local, les individus, les familles et les communautés. La diffusion des informations par des voies appropriées est également essentielle.

9. Il y a lieu d'identifier les partenaires et parties prenantes de la communication dans le pays, et d'instituer des mécanismes fonctionnels de coordination et communication. En outre, il est important de mettre en place des mesures et procédures de communication pour la diffusion d'informations dans

les meilleurs délais, avec une transparence dans la prise de décisions qui est essentielle pour instaurer la confiance entre les autorités, les populations et les partenaires. Il convient d'élaborer des plans de communication d'urgence, de les tester et de les actualiser, au besoin.

Principale capacité N° 7 : Ressources humaines

10. Le renforcement des qualifications et des compétences du personnel de santé publique est essentiel si l'on veut assurer une surveillance durable de la santé publique et mener une action à tous les niveaux du système de santé, et garantir la bonne application du RSI.

Principale capacité N° 8 : Activités de laboratoire

11. Les services de laboratoire font partie de chaque phase d'alerte et d'action, notamment la détection, l'enquête et l'intervention, l'analyse en laboratoire de prélèvements étant réalisée soit dans le pays, soit par des centres collaborateurs. Les États Parties doivent instituer des mécanismes permettant d'assurer une identification en laboratoire fiable et rapide des agents infectieux et autres risques susceptibles d'être à l'origine d'urgences de santé publique de portée nationale ou internationale, y compris l'expédition d'échantillons aux laboratoires compétents lorsque cela est nécessaire.

Fonction 2 : Opérations de détection et d'alerte

12. Les États Parties au RSI sont tenus de notifier à l'OMS, par l'intermédiaire de leur point focal national RSI, tous les événements de santé publique potentiellement graves. Ils doivent évaluer les événements survenant sur leur territoire et détectés par les systèmes de surveillance nationaux selon des critères prédéfinis, exposés à l'annexe 2 du RSI. L'instrument de décision de l'annexe 2 permet aux autorités nationales de déterminer en fonction des risques s'il convient de notifier un événement à l'OMS au motif qu'il *peut* constituer une urgence de santé publique de portée internationale. Les événements doivent être notifiés quand ils répondent à au moins deux des quatre critères suivants : 1) répercussions graves sur la santé publique ; 2) événement inhabituel ou inattendu ; 3) risque important de propagation internationale ; 4) risque important de restrictions aux voyages internationaux et au commerce international. Tous les cas de variole, de poliomyélite due à un poliovirus de type sauvage, de grippe humaine causée par un nouveau sous-type et de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) sont des événements à notifier. Les points focaux nationaux sont chargés de la notification.

13. Dans le but d'inciter à notifier les événements sans retard, le RSI précise les délais dans lesquels il faut procéder à l'évaluation des risques et à toute notification ultérieure, respectivement 48 heures et 24 heures.

14. En plus de notifier à l'OMS les événements susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale, les États Parties doivent signaler à l'OMS les événements inattendus ou inhabituels survenant en dehors de leur territoire. En outre, les événements qu'il a été envisagé de notifier (c'est-à-dire ceux qui ne répondent pas aux critères de notification ou sur lesquels on ne dispose pas de suffisamment d'informations pour appliquer l'instrument de décision) peuvent aussi faire l'objet de consultations avec l'OMS (article 8). Le point focal national avise, consulte et informe le point de contact RSI situé dans chacun des six bureaux régionaux de l'OMS au sujet des événements de santé publique inhabituels (3, 4). Les États Parties doivent aussi collaborer entre eux pour détecter et évaluer les événements et y faire face. La collaboration comprend l'aide technique, logistique et financière pour un événement en particulier ou le renforcement des capacités (article 44).

Fonction 3 : Opérations de détection et d’alerte incombant à l’OMS

15. Aux termes du RSI, l’OMS est tenue de rapidement détecter, vérifier et évaluer les risques pour la santé publique pouvant avoir une portée internationale. Ces activités sont menées au Siège à Genève ainsi que dans les bureaux régionaux et les bureaux de pays.

Fonction 4 : Action internationale de santé publique

16. Une action internationale de santé publique exige une coordination et une coopération continues entre l’OMS, les États Parties, les organisations intergouvernementales et d’autres organismes internationaux dans les domaines de la communication d’informations, de la formulation de conseils, de la logistique et de la mise à disposition de compétences techniques. Le RSI constitue un cadre de mesures normalisées que les États Parties devraient appliquer de façon systématique à leurs frontières pour protéger la santé publique. Il définit également les mesures qu’il est possible de prendre aux frontières face à un risque spécifique pour la santé publique. À la demande d’un État Partie, l’OMS peut fournir des conseils et une assistance techniques pour faire face à un événement et aider les pays à évaluer l’efficacité des mesures appliquées.

Fonction 5 : Procédures en cas d’urgence de santé publique de portée internationale

17. Le RSI indique comment procéder pour déterminer si un événement grave constitue une urgence de santé publique de portée internationale, qu’il définit comme « un événement extraordinaire dont il est déterminé [...] qu’il constitue un risque pour la santé publique dans d’autres États en raison du risque de propagation internationale de maladies et qu’il peut requérir une action internationale coordonnée ». Le Directeur général de l’OMS détermine s’il existe une urgence de santé publique de portée internationale, mais seulement après avoir consulté le Comité d’urgence.

18. Le Comité d’urgence conseille aussi le Directeur général sur la question d’émettre, de modifier, de proroger ou d’annuler des « recommandations temporaires », définies comme un « avis non contraignant émis par l’OMS [...] aux fins d’une application limitée dans le temps et en fonction du risque, pour faire face à une urgence de santé publique de portée internationale, de manière à prévenir ou à réduire la propagation internationale des maladies en créant le minimum d’entraves au trafic international ». Les recommandations temporaires sont de fait des recommandations d’urgence pour faire face à des événements de santé publique importants. Elles servent de référence au niveau mondial pour les mesures à prendre et sont destinées à éviter le plus possible que les pays n’appliquent des mesures divergentes, non coordonnées et injustifiables face à une nouvelle menace pour la santé publique.

Fonction 6 : Éviter d’entraver inutilement le trafic et le commerce internationaux

19. Le RSI enjoint les États Parties de ne pas appliquer de mesures sanitaires allant au-delà de celles qu’il prévoit ou de celles que l’OMS préconise dans ses recommandations. Sont notamment découragées les mesures qui entravent à l’excès le trafic international alors que d’autres mesures raisonnables permettent d’assurer le niveau approprié de protection de la santé. Le RSI insiste sur

l'importance d'une bonne communication entre les États Parties et l'OMS pour éviter des entraves inutiles au trafic et au commerce. Une entrave importante y est définie comme le « refus de laisser entrer ou partir les voyageurs internationaux, les bagages, les cargaisons, les conteneurs, les moyens de transport, les marchandises et objets assimilés, ou [le] report de plus de 24 heures de leur entrée ou de leur départ ». L'article 43 du RSI (2005) autorise les États Parties à appliquer des mesures sanitaires supplémentaires pour faire face à des risques particuliers pour la santé publique ou à des urgences de santé publique de portée internationale. Ces mesures peuvent même prévaloir sur certaines dispositions du RSI. Un État Partie qui applique des mesures supplémentaires créant une entrave importante au trafic international de voyageurs, de moyens de transport ou de marchandises doit en informer l'OMS et lui indiquer les raisons de santé publique qui les justifient. L'OMS doit alors communiquer ces informations à d'autres États Parties et peut demander à l'État Partie concerné de réexaminer l'opportunité d'appliquer les mesures en question.

Fonction 7 : Application du RSI et droits de l'homme

20. Mettre en œuvre le RSI (2005) « en respectant pleinement la dignité des personnes, les droits de l'homme et les libertés fondamentales » est l'un des principes fondamentaux énoncés à l'article 3. Ce principe est illustré dans tout le texte du RSI. Ainsi, l'article 23 dispose que le consentement éclairé de l'intéressé est indispensable (sauf en cas de risque imminent pour la santé publique) pour les examens médicaux, vaccinations, mesures sanitaires ou prophylactiques. L'article 42 stipule en outre que les mesures sanitaires prises en vertu du RSI sont « appliquées de manière transparente et non discriminatoire ». L'article 45 indique précisément comment traiter les données à caractère personnel pour respecter la confidentialité.

Fonction 8 : Points d'entrée et documents de voyage

21. Les dispositions prises par les États Parties aux points d'entrée sont destinées à prévenir et limiter la propagation des risques pour la santé publique causés par le trafic international, y compris les voyageurs, les moyens de transport et les marchandises (5). Le RSI définit un point d'entrée comme « un point de passage pour l'entrée ou la sortie internationales des voyageurs, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux ainsi que des organismes et secteurs leur apportant des services à l'entrée ou à la sortie ». En vertu du RSI, les États Parties sont tenus de désigner leurs ports et aéroports internationaux et, lorsque cela est justifié eu égard à la santé publique, certains postes-frontières comme points d'entrée. Comme pour les autres principales capacités, les États ont un délai pour évaluer (juin 2009), puis mettre en place (15 juin 2012) certaines des principales capacités aux points d'entrée désignés. Il s'agit de capacités qui doivent être opérationnelles à tout moment et d'autres qu'il faut pouvoir mobiliser en cas d'urgence (6). Le RSI contient aussi des dispositions détaillées visant à réduire la propagation internationale des maladies par des mesures systématiques telles que la conduite d'inspections et l'établissement de documents sanitaires (certificats de contrôle sanitaire de navire, certificats de vaccination ou autres mesures de prophylaxie et déclarations de santé).

Références bibliographiques

1. *Règlement sanitaire international (2005)*, deuxième édition. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
2. Organisation mondiale de la Santé. IHR Core Capacity Monitoring Framework: checklist and indicators for monitoring progress in the development of IHR core capacities in States Parties. February 2011. http://www.who.int/ihr/IHR_Monitoring_Framework_Checklist_and_Indicators.pdf.
3. Organisation mondiale de la Santé. IHR brief I: Introduction to the IHR (2005). 1 January 2007. <http://www.who.int/ihr/ihrbrief1en.pdf>.
4. Organisation mondiale de la Santé. IHR brief II: Notification and other reporting requirements under the IHR (2005). 1 January 2007.
5. Organisation mondiale de la Santé. IHR brief III: Points of entry under the IHR (2005). 1 January 2007. http://www.who.int/ihr/ihr_brief_no_3_en.pdf.
6. Organisation mondiale de la Santé. RSI (2005) : Outil d'évaluation des principales capacités requises des ports, aéroports et postes-frontières désignés. Oct 2009. http://www.who.int/ihr/ports_airports/poe_core_capacity_assessment_tool_french.pdf.

Appendice IV

ÉQUIPES TECHNIQUES H1N1 ET MANDAT**1. Suivi et évaluation de la pandémie (GIP, GAR, IHR)**

1. Observer et évaluer, aux niveaux régional et mondial, la progression, la transmission et l'impact de l'infection humaine pour fournir aux pays, au public et aux partenaires les meilleures informations d'après lesquelles agir

- Informations fiables sur la propagation de la maladie et son impact communiquées régulièrement et dans les meilleurs délais
 - Fournir des normes de notification des données et des mécanismes d'agrégation des données
 - Renforcer et utiliser les réseaux de surveillance existants
 - Générer des données épidémiologiques composites et descriptives
 - Compiler, analyser et synthétiser les chiffres nationaux et régionaux sur les cas de grippe H1N1 pour établir des produits d'information mondiaux
- Repérage, vérification et caractérisation rapides des événements dans les pays nouvellement touchés
 - Utiliser le système OMS d'alerte et d'action, y compris en faisant appel aux points focaux nationaux RSI et aux bureaux de pays et bureaux régionaux de l'OMS
- Évaluation continue de la pandémie
 - Générer des données cliniques, épidémiologiques et virologiques sur les tendances, y compris sur la résistance aux antiviraux
 - Faciliter l'établissement de prévisions et la modélisation pour aider à évaluer les risques
 - Surveiller les mesures de lutte nationales eu égard aux dispositions du Règlement sanitaire international (2005)

2. Soutien à la prise en charge des patients (GIP, GAR)

2. Soutenir les initiatives prises aux niveaux national, régional et international en matière d'évaluation, de riposte et d'atténuation des conséquences de la pandémie en générant un savoir fondé sur des données scientifiques qui est rapidement diffusé afin que les interventions soient d'une efficacité optimale

- Outils et lignes directrices reposant sur des bases factuelles pour une bonne prise en charge des patients, soins hospitaliers, soins communautaires et soins à domicile compris
 - Créer et mobiliser des réseaux d'experts pour regrouper et évaluer les connaissances sur la maladie et sur l'efficacité des interventions
 - Veiller à ce que les outils et les normes existants représentent les meilleures connaissances que l'on ait, y compris dans les domaines suivants :
- examens de laboratoire et virologie
- produits de diagnostic et sécurité biologique
- prise en charge clinique
- lutte anti-infectieuse
 - Veiller à réunir rapidement dans les pays touchés des informations sur les leçons tirées de l'expérience et sur les meilleures pratiques, et à les diffuser rapidement
- Outils et normes diffusés et adaptés pour être utilisés dans les pays et dans les communautés
- Conseils techniques sur l'utilisation des antiviraux et d'autres produits pharmaceutiques
 - Rédiger et publier des recommandations aidant à faire un usage opportun, sans danger, efficace des antiviraux
 - Rédiger des lignes directrices concernant la surveillance de la résistance et des réactions indésirables graves
 - Donner des conseils aux pays en développement sur la politique à suivre pour surveiller les effets indésirables et la pharmacorésistance
 - Fournir un appui technique et des conseils aux pays sur les questions de réglementation, la gestion de la chaîne logistique et la préparation d'autres formes galéniques, le cas échéant

3. Capacités en matière de laboratoires et action des laboratoires (GIP, IHR, GAR)

3. Coordination des services de laboratoire aux niveaux national, régional et mondial pour le diagnostic, la surveillance de la grippe et l'action, fourniture de données virologiques et appui aux interventions pharmaceutiques et autres :

- Action et surveillance virologique efficaces des laboratoires du GISN
- Protocoles et réactifs de diagnostic valables

- Mise au point et production du vaccin antipandémique en tenant compte des dernières évolutions du virus
- Contrôle en temps réel de la sensibilité des virus émergents aux antiviraux
- Appui au renforcement des capacités en matière de laboratoires pour la riposte à la pandémie à court terme et le renforcement des capacités à long terme

4. Mesures au niveau de la société et de l'individu (GIP, GAR, HPR)

4. Soutenir les initiatives prises aux niveaux national, régional et international en matière d'évaluation, de riposte et d'atténuation des conséquences de la pandémie en générant un savoir fondé sur des données scientifiques qui est rapidement diffusé afin que les interventions soient d'une efficacité optimale

- Outils et lignes directrices reposant sur des bases factuelles pour prévenir l'infection par des mesures efficaces au niveau de la société et de l'individu
 - Créer et mobiliser des réseaux d'experts pour regrouper et évaluer les connaissances sur la maladie et sur l'efficacité des interventions
 - Veiller à ce que les outils et les normes existants représentent les meilleures connaissances que l'on ait, y compris dans les domaines suivants :
 - Interventions au niveau de la société/à domicile/non pharmaceutiques et
 - Santé des travailleurs
 - Veiller à réunir rapidement dans les pays touchés des informations sur les leçons tirées de l'expérience et sur les meilleures pratiques, et à les diffuser rapidement
 - Outils et normes diffusés et adaptés pour être utilisés dans les pays et dans les communautés

5. Planification de la mise au point des vaccins et de leur déploiement (IVB/IVR, GIP, GAR)

5. Faciliter et accélérer la mise à disposition de vaccins de qualité et l'accès des pays à ces vaccins
- Production et mise à disposition accélérées de vaccins de qualité
 - Déterminer la capacité initiale de production au niveau mondial
 - Accélérer la production grâce à l'action des centres collaborateurs
 - Faciliter l'acquisition et le transfert de technologie

- Garantir la qualité des vaccins achetés par les institutions des Nations Unies
- Faciliter l’harmonisation des normes réglementaires entre autorités nationales et avec les organismes supranationaux
- Conseils techniques pour l’introduction et l’utilisation des vaccins
 - Formuler des recommandations générales sur les stratégies de vaccination optimales
 - Rédiger des lignes directrices et des outils connexes pour faciliter le déploiement rapide des vaccins en temps voulu
 - Fournir un appui technique et des conseils généraux aux pays sur les questions de réglementation que posent les procédures d’approbation accélérée des vaccins par les autorités nationales
 - Rédiger des lignes directrices sur la surveillance postcommercialisation, l’innocuité et l’efficacité des vaccins
 - Fournir un appui technique aux pays pour le déploiement des vaccins

6. Opérations (GAR, GIP, HAC, IVB/IVR)

6. Fournir des conseils accessibles et une assistance technique directe (à l’appui des bureaux régionaux et en proche collaboration avec eux) pour le renforcement des capacités, et un appui opérationnel aux pays et aux communautés pour que le secteur de la santé soit bien préparé et pour atténuer les effets de la pandémie sur la santé, en particulier dans les régions les plus vulnérables du monde

- Fournir des conseils stratégiques et techniques adaptés qui puissent être appliqués aux niveaux national et communautaire
 - Aider à élaborer des plans et des stratégies nationaux, régionaux et locaux, ou à perfectionner ceux qui existent déjà, pour prévenir les pandémies, y faire face et en atténuer les effets, y compris par des conseils sur les mesures à appliquer aux frontières et aux points d’entrée
 - Aider à planifier, à élever au rang de priorité et à coordonner l’action nationale
 - Mettre au point des matériels de formation et adapter la documentation technique au contexte, en ce qui concerne notamment les mécanismes de détection rapide, d’alerte et d’enquête, l’accès aux produits de diagnostic, la lutte anti-infectieuse, la prise en charge des cas et les interventions communautaires
 - Mettre au point des matériels et adapter la documentation technique au contexte régional, sous-régional et national, selon le cas

-
- Mettre au point des cadres et des outils pour le triage, la planification de la capacité de montée en puissance, les directives cliniques, etc. en cas de pandémie
 - Fournir une assistance technique directe et un appui opérationnel aux pays visés
 - Mettre au point des matériels pour des missions spécifiques, y compris des mécanismes de formation et de rapport de mission
 - Utiliser la plate-forme opérationnelle intégrée pour organiser et soutenir le déploiement d'équipes d'experts multidisciplinaires
 - Consulter la documentation technique et scientifique par le canal des réseaux mondiaux et régionaux, y compris le Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN)
 - Soutenir les campagnes d'éducation pour la santé qui permettent à la communauté d'être mieux préparée et de mieux faire face à une pandémie
 - Accroître la capacité des pays à bien communiquer sur les risques
 - Actionner et financer le système d'expédition des échantillons de virus grippaux pour permettre un diagnostic rapide et fiable
 - Soutenir la formation et les ateliers organisés en urgence pour se tenir prêt, pouvoir atténuer les effets d'une pandémie et intervenir au niveau communautaire
 - Organiser des cours de formation et des ateliers aux niveaux régional et sous-régional en insistant sur les moyens d'exercer une influence maximale
 - Prévoir des dispositions institutionnelles pour améliorer en permanence l'état de préparation des services de santé, y compris des cours de formation, des exercices de simulation et l'expérimentation des plans d'urgence
 - Développer les moyens de communication sur les risques dans l'ensemble du système de santé, y compris au sein de la communauté

Développer/accroître les moyens d'évaluation dont disposent les pays aux points d'entrée, aux frontières et aux postes-frontières

- Coordonner la distribution des stocks d'antiviraux disponibles au plan international
 - Distribuer les stocks actuels aux pays visés
- Faciliter l'accès aux fournitures et au matériel indispensables dans les pays visés
 - Fournir un appui technique et des conseils généraux aux pays en vue de faciliter l'accès aux vaccins, aux antiviraux et à d'autres médicaments essentiels, et leur distribution

- Coordonner les activités avec les États Membres de l'OMS à l'intérieur du cadre défini par le Règlement sanitaire international, par l'intermédiaire des bureaux régionaux et des bureaux de pays ainsi que des points focaux nationaux RSI

7. Documents et publications techniques (GIP, GAR)

- Suivi de toute la documentation technique sur la pandémie de grippe A (H1N1), depuis sa conception jusqu'à l'autorisation de sa publication sur Internet, en veillant au respect des règles institutionnelles de l'OMS relatives aux publications
 - Faciliter l'approbation de tous les documents par la direction au stade initial de la planification
 - Faciliter les contributions de différentes disciplines et départements à ces documents et leur examen par eux tout au long du processus d'élaboration
 - Assurer le contrôle rédactionnel, vérifier la présentation et faire des recommandations au groupe chargé de la riposte à la pandémie et au Sous-Directeur général
 - Faciliter l'approbation de la version définitive des documents par la direction
 - Tenir une base de données de tous les documents prévus, en cours d'élaboration et publiés
 - Coordonner les publications techniques avec les activités se rapportant aux médias et à la communication

8. Médias et communication (GAR, GIP, DGO)

- Diriger la communication extérieure, dans les médias et par Internet, sur l'action menée et seconder les États Membres dans leur communication sur la pandémie
- Planifier en amont la communication de l'OMS avec le public
- Veiller à établir des notes d'information, des foires aux questions, des points de discussion et d'autres matériels pour aider le personnel technique et les agents de communication désignés à bien communiquer
- Organiser des points presse
- Organiser la réponse aux questions des médias en faisant intervenir le personnel technique désigné et l'équipe de communication sur le H1N1 lors de points presse fixés d'un commun accord pour répondre de façon coordonnée
- Suivre la façon dont les médias couvrent la pandémie H1N1 et dont le sujet est traité dans d'autres forums de communication

- Tenir à jour et développer les sections information du public sur le site Internet consacré au H1N1 ; utiliser de nouvelles technologies électroniques appropriées pour toucher un plus large public
- Assurer la coordination avec les publications techniques
- Assurer la coordination, fournir des orientations et un appui, en même temps que les bureaux régionaux et les bureaux de pays, pour renforcer les capacités des États Membres en matière de communication sur les pandémies (dans le cadre des opérations)

9. Connaissances scientifiques et manque de données (GIP, GAR, IVR, RPC)

- Vérifier l'efficacité de l'action menée, repérer les points sur lesquels on manque d'informations et tirer les leçons de l'expérience, et voir comment ils s'appliquent au programme de recherche en santé publique
- Faciliter l'adoption et la coordination d'un programme de recherche en santé publique selon cinq axes :
 - réduire le risque de réassortiment du virus pandémique avec des virus animaux ;
 - limiter la propagation de la grippe épidémique et pandémique ;
 - réduire le plus possible l'impact de la grippe saisonnière et de la grippe pandémique ;
 - optimiser le traitement des patients atteints de la grippe saisonnière et de la grippe pandémique ; et
 - promouvoir l'application d'outils de santé publique modernes

10. Mobilisation de ressources (ADGO/DGO)

- Orienter les équipes techniques H1N1 au sujet des approches, des stratégies et des possibilités de mobilisation de ressources
- Plaider auprès des donateurs potentiels
- Établir des demandes à l'intention des donateurs
- Assurer le suivi des rapports présentés aux donateurs

11. Administration : dotation en personnel, financement, appui au programme interne (ADGO)

- Faciliter et orienter l'affectation du budget
- Suivre la mise en œuvre du financement
- Assurer la coordination avec d'autres entités responsables du plan de travail H1N1 (DGO, Groupe Administration, HAC)
- Coordonner le déploiement des ressources humaines à l'échelle mondiale
- Gérer les allocations de crédits et les dépenses
- Pourvoir à l'appui infrastructurel
- Mettre au point des procédures administratives pour la mise en œuvre au Siège et au niveau régional, selon les besoins
- Coordonner l'administration avec le Centre mondial de services et les bureaux régionaux
- Fournir un appui opérationnel pour l'action de l'OMS face au H1N1

12. Coordination de l'action contre la pandémie (ADGO/Groupe de coordination pour la pandémie/Responsable de la coordination pour la pandémie)

- Diriger et coordonner le travail des équipes techniques au Siège
- Assurer une bonne coordination dans l'ensemble de l'OMS
- Communiquer avec les bureaux régionaux, les bureaux de pays et les partenaires
- Appuyer la mobilisation et l'allocation des ressources
- Aider au fonctionnement de la plate-forme commune
- Seconder le Sous-Directeur général dans ses fonctions de membre du Groupe de haut niveau sur les politiques
- Veiller à ce que l'action de l'OMS soit conforme aux décisions prises et aux orientations données par le Groupe de haut niveau sur les politiques

13. Questions de politique : direction au niveau mondial, partenariats, équité et accès (ADGO/DGO)

8. Assurer la direction de l'action sanitaire au niveau mondial et stimuler/encourager une bonne collaboration régionale et mondiale dans tous les secteurs

- Assurer la coordination de l'action mondiale, y compris des partenariats et des alliances
- Donner des conseils aux autres organisations, programmes et fonds des Nations Unies (y compris en assurant la liaison avec la Coordination du système des Nations Unies pour la grippe) et aux organisations intergouvernementales spécialisées (l'Organisation internationale pour les Migrations, par exemple) pour faire en sorte que le système des Nations Unies agisse avec efficacité face aux conséquences sanitaires de la pandémie
- Veiller à ce que tous les secteurs aient les informations nécessaires pour réduire le plus possible les perturbations sociales et économiques
- En collaboration avec les partenaires de financement, y compris la Banque mondiale, les banques régionales de développement, le Fonds monétaire international, les fondations privées, d'autres institutions financières internationales et le secteur privé, soutenir les initiatives que prennent les États Membres pour atténuer l'impact de la pandémie et mettre en place des capacités de santé publique pérennes
- Assurer la coordination et collaborer avec le Comité permanent interorganisations

9. Faciliter et accélérer la mise à la disposition des pays d'antiviraux, de vaccins, d'autres produits efficaces et de moyens de financement

- Plaider pour une production suffisante d'antiviraux et leur juste distribution
 - Déterminer la capacité initiale de production d'antiviraux
 - Plaider pour la négociation de prix et de contrats d'achat en faveur des pays en développement

Équipes techniques et principaux départements, et liste détaillée de leurs responsabilités et de leurs activités. GIP : Programme mondial de lutte contre la grippe ; GAR : Alerte et action au niveau mondial ; IHR : Règlement sanitaire international ; IVB/IVR : Vaccination, vaccins et produits biologiques/Initiative pour la recherche sur les vaccins ; HPR : Unité Promotion de la santé ; HAC : Interventions sanitaires en cas de crise ; DGO : Bureau du Directeur général ; ADGO : Bureau du Sous-Directeur général ; RPC : Politique et coopération en matière de recherche.

Appendice V

RIPOSTE À LA PANDÉMIE : FONCTIONS ESSENTIELLES

Questions de politique : direction au niveau mondial, partenariats, équité et accès

Assurer la direction de l'action sanitaire au niveau mondial pour favoriser la collaboration régionale et mondiale, faciliter et accélérer l'accès des pays aux ressources.

Coordination de la riposte à la pandémie

Diriger et coordonner les équipes techniques au Siège de l'OMS et communiquer avec les bureaux régionaux et les partenaires.

Mobilisation de ressources

Plaidoyer et mobilisation de ressources auprès des donateurs potentiels.

Connaissances scientifiques et manque de données

Repérer et combler les lacunes dans le domaine scientifique.

Médias et communication

Fournir un appui aux États Membres dans le domaine de la communication dans les médias et sur Internet et pour la formation.

Documents et publications techniques

Planifier, suivre et contrôler toute la documentation technique.

Administration

Dotation en personnel, financement, appui au programme interne pour les activités se rapportant à la pandémie H1N1.

Planification de la mise au point des vaccins

Faciliter et surveiller la mise au point des vaccins, la réglementation et la politique.

Planification du déploiement des vaccins

Faciliter et accélérer l'accès des pays à des vaccins de qualité.

Groupe spécial sur les antiviraux

Faciliter et accélérer l'accès des pays à des antiviraux de qualité.

Opérations

Fournir des conseils et une assistance technique aux bureaux régionaux et aux bureaux de pays pour le renforcement des capacités et l'appui opérationnel.

Capacités en matière de laboratoires et action des laboratoires

Coordination des laboratoires de la grippe aux niveaux national, régional et mondial pour le diagnostic, la surveillance, la riposte et les vaccins.

Suivi et évaluation

Observer et évaluer, aux niveaux régional et mondial, la progression, la transmission et l'impact de la maladie.

Soutien à la prise en charge des patients

Soutenir les activités menées aux niveaux national, régional et mondial pour prendre en charge les patients.

Mesures au niveau de la société et de l'individu

Soutenir les initiatives nationales, régionales et internationales d'évaluation, de riposte et d'atténuation des conséquences de la pandémie moyennant des mesures au niveau de la société et de l'individu.

Source : WHO Headquarters Pandemic (H1N1) 2009 Organizations and Resources. Brochure de l'Organisation mondiale de la Santé.

Appendice VI

DOCUMENTS INTERNES DE L'OMS CONSULTÉS PAR LE COMITÉ D'EXAMEN

1. Le Secrétariat de l'OMS a rédigé à l'intention des membres du Comité d'examen une série de notes d'information fournissant des renseignements de base sur certaines questions telles que le RSI, la préparation en cas de pandémie, les phases de la pandémie, la gravité de la pandémie, le vaccin antipandémique, les médicaments antiviraux, la surveillance virologique, la surveillance des maladies, la participation des laboratoires à la riposte, les mesures de santé publique et le groupe de travail à composition non limitée des États Membres sur la préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages. Le Comité a eu accès à une série d'études consacrées à l'évaluation du fonctionnement de l'annexe 2 du RSI (c'est-à-dire l'instrument de décision pour l'évaluation et la notification par les États Parties des événements de santé publique) ainsi qu'à des rapports de situation sur la mise en œuvre du RSI. À la demande du Comité, le Secrétariat de l'OMS a conçu une matrice des principales fonctions de santé publique essentielles du RSI et a recensé toute une série d'événements non liés à une pandémie notifiés à l'OMS depuis l'entrée en vigueur du RSI. Le Comité a sélectionné plusieurs de ces événements et demandé au Secrétariat de préparer un résumé pour chacun d'entre eux afin de faciliter son évaluation des fonctions de santé publique du RSI.
2. L'OMS a laissé le Comité accéder librement aux documents internes, au nombre desquels les procès-verbaux des réunions du Comité d'urgence, du Groupe de haut niveau sur les politiques, du Groupe d'évaluation de la pandémie et du Groupe de travail consultatif ad hoc sur les politiques en matière de vaccins contre la grippe A (H1N1). Les autres documents consultés étaient les procès-verbaux de téléconférences auxquelles ont participé les bureaux régionaux de l'OMS, les centres collaborateurs de l'OMS et les laboratoires essentiels de réglementation, la Fédération internationale de l'Industrie du Médicament et d'autres fabricants de vaccins, l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO), l'Organisation mondiale de la Santé animale (OIE) et l'OFFLU (le Réseau mondial OIE-FAO d'experts de la grippe animale).
3. Les membres du Comité ont signé un engagement de non-divulgateion afin d'examiner des documents juridiques confidentiels comme les accords sur les vaccins.
4. Les contributions écrites des États Membres et la retranscription in extenso des témoignages oraux recueillis par le Comité ont également été mis à sa disposition.

Appendice VII

**ÉVALUATION DE LA GRAVITÉ DE LA PANDÉMIE PAR L'OMS :
PRINCIPAUX ÉVÉNEMENTS AU COURS DE 2009**

28 avril : Sur la base de données quantitatives et qualitatives préliminaires en provenance du Mexique, des États-Unis d'Amérique et du Canada concernant les effets de la grippe A (H1N1) 2009 sur la santé, il a été conclu à l'issue d'une évaluation interne à l'OMS que les données cliniques, épidémiologiques et de surveillance étaient insuffisantes pour déterminer la gravité de l'événement à l'échelle mondiale. L'OMS a continué à recueillir des données auprès des pays touchés.

29 avril : Les pays touchés ont fourni des données lors d'une téléconférence scientifique organisée spécialement par l'OMS (1). Aucun outil standard de notification n'ayant été utilisé, les données n'étaient pas directement comparables entre pays. Le Mexique a déclaré 26 cas confirmés (sept décès), 1551 cas suspects (84 décès) et de nombreux cas graves. Les États-Unis ont déclaré 64 cas confirmés (un décès) dans 14 États ; les cas initiaux étaient des syndromes de type grippal bénins, mais certains des cas signalés plus récemment étaient graves. Les 13 cas confirmés au Canada présentaient un syndrome d'allure grippal bénin.

29 avril : Le Medical Research Council Centre for Outbreak Analysis and Modelling at Imperial College, à Londres (Royaume-Uni), a établi un rapport confidentiel à l'intention de l'OMS où figuraient les premières constatations : « létalité de l'ordre de celle observée lors des pandémies du XX^e siècle, l'hypothèse la plus vraisemblable (d'après les données du Mexique) étant un chiffre comparable (ou peut-être légèrement supérieur) à celui de 1957 ». La conclusion du rapport était que « la saisonnalité et d'autres facteurs empêchent actuellement de prévoir l'évolution de la pandémie au cours des prochaines semaines. On peut néanmoins s'attendre à ce que la transmission communautaire se poursuive et s'amplifie. ».

30 avril : Début des travaux sur une série de tableaux de collecte de données pour évaluer la gravité de la maladie et établir les profils de pays.

1^{er} mai : L'OMS a établi un projet de tableaux pour évaluer la gravité de la maladie sur la base des informations reçues, tableaux qui ont été envoyés aux points focaux nationaux RSI pour vérification.

5 mai : Les pays ont fourni des données cliniques et épidémiologiques actualisées ainsi que des données qualitatives simples sur la gravité à l'aide d'une grille que l'OMS avait mise au point lors d'une consultation technique organisée par elle sur la gravité de la maladie (2). L'objectif était d'obtenir une indication générale de la gravité. Les participants ont estimé que la gravité dans leur pays était moyenne ou modérée. Il a été conclu qu'il était encore impossible de répondre à de nombreuses questions, que la situation allait certainement évoluer avec le temps et que, même si la maladie avait été principalement bénigne jusque-là, le nombre de cas graves et mortels augmenterait probablement à mesure que le virus se propagerait.

11 mai : L'OMS a publié sur le Web une note d'information sur l'évaluation de la gravité d'une pandémie de grippe pour faire des observations sur la gravité des conséquences de la pandémie d'après les données et les informations préliminaires (3).

11 mai : La revue *Science* a publié en ligne un article comprenant une analyse des conséquences de la gravité de la pandémie (4).

29 mai : Publication des considérations à prendre en compte pour évaluer la gravité d'une pandémie de grippe (5), qui définissent dans ses grandes lignes le cadre de l'OMS pour évaluer la gravité et présentent une synthèse des données utiles.

1^{er} juin : Les participants à une consultation de l'OMS organisée en six téléconférences régionales estiment d'un commun accord que la maladie ne présente pas les caractéristiques de la grippe saisonnière mais qu'elle n'est pas aussi grave que la pandémie de 1918. Le nombre de cas de syndrome d'allure grippal est important mais l'impact sur les systèmes de santé est modéré.

11 juin : Le Directeur général de l'OMS déclare publiquement : « Même si la pandémie semble être de gravité modérée dans les pays relativement riches, la prudence veut que l'on s'attende à un tableau plus sombre lorsque le virus se propagera à des régions où les ressources sont limitées, où les soins de santé laissent à désirer et où la prévalence des problèmes médicaux sous-jacents est élevée. » (6).

11 juin : Publication sur le site Web de l'OMS d'une note questions-réponses sur la phase 6 qui comprend une analyse de la gravité (7).

20 novembre : Publication des estimations du taux de reproduction du virus (8).

22 décembre : Publication d'une note d'information comparant la mortalité due à la pandémie et à la grippe saisonnière (9).

Référence bibliographiques

1. Organisation mondiale de la Santé. WHO ad hoc scientific teleconference on the current influenza A (H1N1) situation. 29 avril 2009.
http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/TCReport2009_05_04.pdf.
2. Organisation mondiale de la Santé. WHO technical consultation on the severity of disease caused by the new influenza A (H1N1) virus infections. 6 mai 2009.
http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/Report_20_05MayTeleconferencex.pdf.
3. Organisation mondiale de la Santé. Évaluation de la gravité d'une pandémie de grippe. 11 mai 2009.
http://www.who.int/csr/disease/swineflu/assess/disease_swineflu_assess_20090511/fr/index.html.
4. Fraser C et al. Pandemic potential of a strain of influenza A (H1N1): early findings. *Science*. 2009; 324(5934): pp. 1557–61.
5. Considérations à prendre en compte pour évaluer la gravité d'une pandémie de grippe. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*. 2009 ; 84(22): pp. 197-202.
6. Organisation mondiale de la Santé. Déclaration du Directeur général, Dr Margaret Chan. Grippe A (H1N1) : le niveau d'alerte pandémique passe en phase 6. 11 juin 2009.
http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/fr/index.html.
7. Organisation mondiale de la Santé. Questions fréquemment posées. Qu'est-ce que la phase 6 ? 11 juin 2009.
http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/levels_pandemic_alert/fr/index.html.

8. Dynamique de transmission et effets du virus de la grippe pandémique A (H1N1) 2009. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*. 2009 ; 84(46) : pp.481-4.
9. Organisation mondiale de la Santé. Comparaison de la mortalité due à la grippe pandémique et à la grippe saisonnière : grippe pandémique H1N1 2009 : actualités en bref N° 20. 22 décembre 2009. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20091222/fr/index.html.

Appendice VIII

ABRÉVIATIONS

ACI Airports Council International

ADG Sous-Directeur général

ADGO Bureau du Sous-Directeur général

AFRO Bureau régional de l’Afrique

AIEA Agence internationale de l’Énergie atomique

AMRO Bureau régional des Amériques

APA Advance Purchase Agreement

BSL Biosafety Level

CDC Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d’Amérique

CNG Centre national de la grippe

COE Council of Europe

DCVMN Réseau de fabricants de vaccins des pays en développement

DDG Directeur général adjoint

DG Directeur général

DGO Bureau du Directeur général

DON Disease Outbreak News

ECDC European Centres for Disease Prevention and Control

EIS Event Information Site

EMA European Medicines Agency

EMRO Bureau régional de la Méditerranée orientale

EMS Event Management System

ERL Essential Regulatory Laboratories

EURO Bureau régional de l'Europe

FAO Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture

FIIM Fédération internationale de l'Industrie du Médicament

GAP Plan d'action mondial pour accroître l'approvisionnement en vaccins contre la grippe pandémique

GAR Alerte et action au niveau mondial

GIP Programme mondial de lutte contre la grippe

GISN Réseau mondial de surveillance de la grippe

GHSAG Global Health Security Action Group

GLEWS Système mondial d'alerte rapide et d'intervention pour les maladies animales, y compris les zoonoses

GOARN Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie

GPHIN Global Public Health Intelligence Network

GRADE Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

HAC Interventions sanitaires en cas de crise

HSE Sécurité sanitaire et environnement

IATA Association du Transport aérien international

ICT4PHEM Information and Communication Technologies Tools for Public Health Emergency Management

ILI Influenza-like illness (syndrome de type grippal)

IVB Vaccination, vaccins et produits biologiques

OACI Organisation de l'Aviation civile internationale

OIE Organisation mondiale de la Santé animale

OMS Organisation mondiale de la Santé

OPS Organisation panaméricaine de la Santé

PEG Groupe d'évaluation de la pandémie

PHEIC Urgence de santé publique de portée internationale

PFN Point focal national

PPR Pandemic Preparedness and Response

ProMED Program for Monitoring Emerging Diseases

RD Directeur régional

RSI Règlement sanitaire international (2005)

RT-PCR Polymérisation en chaîne en temps réel à la transcriptase inverse

SAGE Groupe stratégique consultatif d'experts de la vaccination

SEARO Bureau régional de l'Asie du Sud-Est

SHOC Centre stratégique d'opérations sanitaires

SPG Groupe de haut niveau sur les politiques

SRAS Syndrome respiratoire aigu sévère

UNHRD Entrepôt régional d'interventions humanitaires des Nations Unies

UNICEF Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

UNIP Urgent Needs Identification and Prioritization

UNSIC United Nations System Influenza Coordination

WHA Assemblée mondiale de la Santé

WPR Région du Pacifique occidental

WPRO Bureau régional du Pacifique occidental

= = =