



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



134^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., EUA, 21-25 juin 2004

Point 4.6 de l'ordre du jour provisoire

CE134/14 (Fr.)

25 mai 2004

ORIGINAL : ANGLAIS

RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL : PERSPECTIVE DE LA RÉGION DES AMÉRIQUES

Le Règlement sanitaire international fait l'objet d'une révision conformément à une résolution adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1995 (WHA48.7) pour répondre à la menace posée par l'émergence et la résurgence des maladies infectieuses et le risque accru de leur propagation internationale causée en particulier par la croissance du transport aérien et des échanges commerciaux. Les expériences qui ont suivi l'émergence et la dissémination internationale rapide du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003 ont donné une expression concrète à ces menaces et à ces risques et ont incité le Règlement actuel à orienter adéquatement les partenaires internationaux de la santé publique vers des actions spécifiques à entreprendre.

Les consultations d'experts et les groupes de travail tenus depuis 1995 ont dégagé un consensus sur la direction du processus de révision du Règlement. Ils ont proposé des critères de notification et des actions possibles de réponse pour affronter les « urgences en santé publique de préoccupation internationale » et la désignation d'un centre national comme point focal pour le Règlement. En 2001, le 43^e Conseil directeur de l'OPS a adopté la résolution CD43.R13 à l'appui de la révision du Règlement sanitaire international, priant instamment les États Membres de participer activement au processus de révision sur le plan national et à travers des systèmes d'intégration régionale. L'OPS a saisi avec succès les opportunités offertes par le Marché commun du Sud (MERCOSUR) et les pays de la communauté andine pour obtenir des commentaires sur les changements proposés.

En 2004, un processus étendu de consultation a été organisé pour arriver à un consensus sur la première version réglementaire révisée du Règlement distribuée aux États Membres en janvier 2004. Des réunions de consultation au niveau sous-régional auront lieu entre avril et juin 2004. L'OMS consolidera le feed-back de toutes les Régions et un groupe de travail intergouvernemental se réunira à Genève en novembre 2004 pour préparer la version finale du Règlement sanitaire international qui seront soumises à la cinquante-huitième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2005. Ce processus cherche à assurer que toutes les préoccupations essentielles des États Membres concernant les implications de santé publique du Règlement révisé sont prises en compte de sorte qu'ils peuvent s'acquitter de leurs obligations.

Le présent rapport d'avancement est soumis au Comité exécutif à titre d'information

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
État de la question.....	3
Le Règlement sanitaire international révisé.....	4
Défis.....	7
Évolution de la coopération technique régionale.....	8
Activités futures.....	11
Mesures à prendre par le Comité exécutif	12

Le Règlement sanitaire international révisé : Perspectives pour la Région des Amériques

État de la question

1. L'objectif du Règlement sanitaire international est de garantir une sécurité maximale contre la propagation des maladies infectieuses au niveau international avec un minimum d'ingérence dans les échanges mondiaux. Son origine remonte au XIX^e siècle lors de la propagation de l'épidémie du choléra en Europe entre 1830 et 1847.
2. Le 14 novembre 1924, lors de VII^e Conférence panaméricaine de la santé tenue à La Havane, Cuba, les gouvernements des 21 républiques américaines signaient et ratifiaient le Code sanitaire panaméricain (Code). Les objectifs du Code comprenaient : la prévention de la propagation internationale des maladies infectieuses, la promotion des mesures coopératives entre les gouvernements, l'incitation à l'échange d'informations pour l'amélioration de la santé publique et la lutte contre les maladies, et l'uniformisation des mesures à prendre aux points d'entrée. Ce Code a été amendé par le Protocole additionnel au Code sanitaire panaméricain (1952) afin d'éliminer plusieurs articles.
3. Les statuts de l'OMS sont entrés en vigueur en 1948 et, trois ans plus tard, l'OMS adoptait les règles sanitaires internationales, dénommées Règlement sanitaire international en 1969. Ce Règlement a été modifié en 1973 afin d'y adjoindre des clauses relatives au choléra et en 1981 pour en éliminer celles relatives à la variole. À l'origine, le IHR visait la lutte contre six maladies infectieuses : le choléra, la peste, la fièvre jaune, la variole, les borrélioses et le typhus. Aujourd'hui, seuls le choléra, la peste et la fièvre jaune sont des maladies à déclaration obligatoire.
4. L'Assemblée mondiale de la santé (AMS) a demandé la révision du Règlement en 1995 (Résolution WHA.7) afin d'affronter la menace de l'émergence et de la résurgence de maladies infectieuses et le danger que représente leur propagation internationale comme conséquence, notamment, de l'accroissement des échanges et des déplacements aériens. Les situations causées par l'apparition et la dissémination rapide du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003 sont l'expression concrète de ces menaces et de ces dangers qui requièrent du Règlement actuel qu'il oriente adéquatement l'OMS et ses partenaires internationaux vers des mesures particulières à prendre.
5. Depuis 1995, un certain nombre de consultations et de groupes de travail se sont tenus en vue de mettre en place un consensus quant à l'opportunité d'une révision du Règlement. En 2001, la Résolution WHA54.14 établissait la stratégie de l'OMS en matière de « sécurité sanitaire mondiale : urgence et action épidémiologiques » et soulignait l'importance pour tous les États Membres de travailler de concert avec l'OMS

et les autres partenaires techniques à la révision du Règlement. Ensemble, ils devaient définir les critères de notification et les éventuelles mesures pour faire face aux « urgences sanitaires publiques de portée internationale », ainsi que désigner un point focal national pour le Règlement. Cette même année, la 43^e Réunion du Conseil directeur de l'OPS adoptait la Résolution CD43.R13 qui apportait son soutien à la révision du Règlement et demandait aux États Membres de participer activement au processus de révision tant au niveau national que par le biais des systèmes d'intégration régionale.

6. Un vaste processus de consultation est organisé afin d'aboutir à un consensus sur le Règlement révisé. Celui-ci, élaboré à la suite de nombreuses consultations techniques, a été envoyé aux États Membres en janvier 2004 afin de donner à ces derniers le temps suffisant d'en réviser le texte avant les réunions de consultation sous-régionale qui se tiendraient entre avril et juin 2004. L'OMS compilera les informations de toutes les Régions et un groupe de travail intergouvernemental se réunira à Genève en novembre 2004 afin de rédiger la version finale du Règlement sanitaire international révisé qui sera soumise à la 58^e Assemblée mondiale de la santé en mai 2005.

Le Règlement sanitaire international révisé

7. Le cadre de référence du Règlement révisé est fondé sur l'acceptation que la meilleure façon de prévenir la propagation internationale de maladies consiste à les détecter et à les enrayer au niveau local. Les épidémies représentent régulièrement un défi pour les services de santé nationaux, perturbent les programmes normaux de lutte et détournent l'attention et des fonds. Une coordination internationale est nécessaire du fait que de nombreux pays peuvent avoir besoin d'assistance technique pour leurs activités d'enraiment de maladies lors d'événements graves.

8. Aujourd'hui, dans un monde de maladies nouvelles ou récurrentes, toute liste devient désuète aussitôt après sa publication. D'autre part, un cas ne constitue pas toujours un danger ou un risque de propagation internationale. La maladie doit s'accompagner de certaines circonstances : le lieu, l'époque, l'ampleur de la déclaration, la proximité d'une frontière ou d'un aéroport international, la vitesse de propagation et le mode de transmission, etc. C'est pourquoi le choléra ne serait plus une maladie à déclaration obligatoire tant qu'une récurrence n'acquiert une dimension internationale, par exemple, si elle se produisait dans une région où la maladie n'est pas endémique ou si une nouvelle souche résistante aux antimicrobiens et particulièrement agressive apparaissait, ou si d'autres États Membres jugeaient nécessaire d'imposer des restrictions commerciales ou de voyages.

9. Le concept fondamental du Règlement révisé – qui, d'ailleurs, entraînera des changements considérables dans la façon dont les pays interagissent avec l'OMS aux niveaux mondial, régional et national – consiste en ce que tout événement pouvant

constituer une urgence sanitaire publique de portée internationale soit notifié à l'OMS. Certains critères ont été définis pour décrire de tels événements et pour coopérer avec les États Membres à la décision de notifier. L'instrument de prise de décision est composé de quatre critères : gravité de l'impact sur la santé publique, nature inhabituelle ou inattendue de la maladie, possibilité de propagation internationale et donc de restrictions commerciales ou de voyages, et une série d'indicateurs sous la forme de questions destinées à définir chaque critère.

10. En cas d'événement à répercussions internationales possibles, les autorités nationales (avec l'aide des divers secteurs) seront tenues de déterminer la mesure dans laquelle l'événement remplit les conditions et si donc il doit être notifié à l'OMS.

11. Afin de s'assurer que les événements nationaux d'urgence sanitaire à portée internationale soient détectés le plus tôt possible, chaque pays disposera d'un système de surveillance capable de compiler de manière expéditive l'information relative à des événements inhabituels ou inattendus. En outre, le système doit permettre une analyse rapide qui facilite la prise de décisions au niveau local. Le Règlement révisé recommandera un ensemble de conditions minimales à remplir en matière de surveillance et de capacité d'action dans les États Membres.

12. De nombreux pays possèdent probablement déjà l'infrastructure de surveillance et de prise de décision des actions à mettre en place. D'autres auront besoin d'un délai pour remplir les conditions du Règlement, et tant de l'assistance technique que du financement supplémentaire peuvent s'avérer nécessaires.

13. Aujourd'hui, lorsque dans un pays survient un événement qui peut constituer une urgence sanitaire à portée internationale, une collaboration entre pays est indispensable pour assurer la sécurité sanitaire du monde entier. Les réseaux de surveillance et d'action doivent contribuer à la sécurité sanitaire mondiale par la mise en commun des ressources des institutions techniques en matière de gestion, de recherche et de communication épidémiologiques, cliniques et de laboratoire, et par une collaboration visant à éloigner rapidement les dangers.

14. Les principales modifications proposées dans le Règlement révisé portent sur quatre domaines clés : la notification de l'ampleur du danger ou des risques; le cadre juridique de l'urgence et de l'action épidémiologiques; la détermination d'un point focal national et la définition des conditions minimales en matière de surveillance et d'action; et la capacité sanitaire publique à mettre en œuvre les mesures recommandées aux points d'entrée. La notification de danger et de maladie est ample de manière à comprendre toutes les urgences de santé publique à portée internationale, et elle est en lien direct avec des mécanismes établis destinés à permettre une action rapide tant de la part des autorités nationales que de l'Organisation.

15. L'OMS pourra utiliser des informations autres que les notifications officielles pour aider à détecter et endiguer des urgences internationales. Les États Membres seront tenus de répondre aux demandes de l'Organisation en vue de vérifier l'exactitude de telles informations. Étant donné que le nouveau Règlement aura une couverture beaucoup plus large des événements et des urgences sanitaires, et vu que ces événements peuvent se présenter très soudainement, la communication avec l'OMS devra être maintenue 24 heures sur 24.

16. Les événements qui ne satisfont pas les critères de l'instrument de prise de décision peuvent aussi être communiqués à l'OMS par le biais d'un processus de consultation. Des points focaux nationaux doivent être désignés dont la responsabilité sera d'échanger des informations officielles avec l'OMS durant les événements d'urgence. Dans la plupart des cas, ces informations seront très rapidement communiquées aux hôpitaux, aux responsables de la santé, aux ports et aux aéroports de tout le pays. Une telle communication devra se faire de préférence par des moyens électroniques et un système de secours devra exister dans chaque État Membre de façon à ce que l'information arrive toujours à quelqu'un de disponible. Afin de garantir qu'un État membre puisse se protéger pendant l'état d'urgence, il est vital qu'il n'y ait qu'un seul point de contact.

17. Les conditions minimales de capacité de surveillance et d'action dans les pays et plus particulièrement aux points d'entrée (ports, aéroports et postes de frontière) proposées par le Règlement constituent une référence utile pour le renforcement des systèmes de santé nationaux et impliqueront un processus d'élaboration et d'évaluation de plans d'action nationaux soutenus par l'assistance technique.

18. Au niveau régional, OPS/OMS devra rapidement fournir aux États Membres une assistance technique en matière d'évaluation et de gestion des urgences. Les Réseaux de surveillance des maladies infectieuses émergentes ou réémergentes établis sont un atout pour une collaboration étroite avec les États Membres. OPS/OMS devra fournir cette assistance technique de manière proactive, de même que réagir et soutenir en cas d'épidémie, plus particulièrement dans les cas d'urgences multiples et simultanées. Parmi les activités déjà en place, on trouve : la formation à la surveillance, la recherche et les techniques de laboratoire, le développement des laboratoires, l'interaction accrue entre partenaires dans les services d'épidémiologie et de laboratoire, et la diffusion de l'information technique relative aux urgences épidémiologique et aux maladies épidémiques.

19. Les modifications proposées par le Règlement révisé exerceront une responsabilité accrue sur les bureaux nationaux et régionaux. Cet aspect mérite une attention particulière dans la planification du budget de sorte que l'Organisation puisse remplir ses responsabilités.

Défis

20. À l'ère de la communication électronique, c'est-à-dire d'Internet, les nouvelles d'événements internationaux deviennent publiques bien avant que les autorités de santé les plus efficaces n'aient eu le temps de réagir et de les notifier. De telles nouvelles, même non confirmées, peuvent conduire à des restrictions de voyages et d'échanges commerciaux de la part d'autres pays craignant la menace. Les informations issues de multiples sources officielles et non officielles au sujet des flambées épidémiques devront toujours être vérifiées par les autorités nationales afin de confirmer leur portée internationale.

21. Les réponses aux menaces des maladies émergentes et épidémiques ont souvent été lentes ou inefficaces. Certains pays n'ont pas pu renforcer leurs capacités nationales de surveillance et d'action du fait d'une mauvaise compréhension des besoins et du manque d'engagement, de fonds et de définition des priorités. Actuellement, la plupart des pays disposent d'un système de surveillance des maladies transmissibles, mais ces systèmes manquent souvent de l'élément déclencheur et ne donnent pas lieu à une action efficace en réponse aux données de surveillance recueillies.

22. Il faut une volonté politique ainsi qu'une expertise et une infrastructure techniques minimales pour entreprendre une alerte et une action épidémiologiques efficaces au niveau national. Cette capacité nationale doit se construire à partir de systèmes de surveillance des maladies transmissibles existants; elle doit aussi être dynamique et pouvoir s'adapter aux priorités changeantes, nationales et régionales; elle doit mettre en commun les ressources afin d'éviter le double emploi et, dans la mesure du possible, exploiter les synergies afin de mieux tirer parti des connaissances épidémiologiques et des capacités cliniques et de laboratoire du pays. Cette capacité nationale comprend également un personnel technique et de gestion compétent dont le travail est fondé sur des politiques et des procédures clairement établies et communes à tout le système. Les ressources financières doivent être suffisantes pour l'entretien permanent du système et rapidement disponibles en cas d'urgence.

23. L'une des difficultés majeures consiste en l'organisation des ressources internationales pour répondre à un événement qui menace de dépasser la capacité nationale et pour endiguer une maladie dont on sait peu de choses. La solution réside dans la coopération internationale afin de renforcer les partenariats et ainsi donner accès aux pays à des ressources logistiques, épidémiologiques et de laboratoire, ainsi qu'à un bon réseau de communications.

Évolution de l'assistance technique régionale

24. OPS/OMS a fourni une assistance technique destinée à l'établissement d'une capacité nationale et régionale à détecter, évaluer et gérer les flambées de maladies épidémiques. Le *Plan d'action régional de lutte contre les maladies infectieuses nouvelles, émergentes et récurrentes dans les Amériques* a été publié en 1995 et fournit un cadre dans lequel prennent place les actions.

25. En 1998, la première réunion régionale OPS/OMS pour la révision du Règlement comptait avec la participation de représentants de tous les États Membres. Depuis lors, l'OPS n'a cessé de travailler avec les États Membres afin d'obtenir leur avis sur les modifications proposées et les a tenus au courant des progrès réalisés. À la suite de la Résolution CD43.R13, l'OPS a poursuivi l'examen du Règlement au moyen de groupes de travail sur la santé constitués au sein des systèmes d'intégration régionale.

26. Un élément important de la lutte transfrontalière contre les épidémies a été l'échange d'information et les mécanismes de communication entre les diverses institutions nationales de santé publique à tous les niveaux des services de santé publique et des centres de soins.

27. Ces efforts, déployés en collaboration avec d'autres agences et gouvernements, ont débouché sur les résultats suivants :

- Des réseaux sous-régionaux de surveillance ont été mis en place dans les régions du Bassin de l'Amazone, du Cône Sud et de l'Amérique Centrale, et dernièrement dans les Caraïbes. Ces réseaux amènent des épidémiologistes, des cliniciens et des scientifiques de laboratoire à partager de l'information, à accroître les forces de chaque pays et à collaborer à des actions qui dépassent la capacité individuelle des pays.
- L'Argentine, la Bolivie et le Brésil ont entamé une vaste réorganisation de leurs systèmes de surveillance, qui met l'accent sur la capacité locale à détecter les épidémies de maladies infectieuses.
- L'OPS, par le biais de ses programmes d'assistance technique, a travaillé avec ses États Membres afin de renforcer les capacités d'épidémiologie et de laboratoire de ceux-ci en vue de la surveillance et de la lutte contre les maladies transmissibles; l'Organisation a aussi organisé des réseaux de laboratoires spécialisés dans certains pathogènes et dans les maladies émergentes et récurrentes. En effet, la capacité des laboratoires à confirmer l'étiologie infectieuse des flambées fait désormais partie intégrante des réseaux de surveillance mentionnés, ce qui souligne l'importance de centres d'excellence de référence.

- En ce qui concerne la résistance antimicrobienne, il existe maintenant un réseau fonctionnel pour l'identification de bactéries et pour les tests de contrôle de qualité de la sensibilité aux antimicrobiens des *Salmonella*, *Shigella*, *Vibrio cholerae*, *Haemophilus influenzae* et *Streptococcus pneumoniae*, ainsi que d'autres bactéries d'importance nosocomiale et communautaire.

28. L'un des groupes les plus actifs à avoir pris part à la révision du Règlement a été le Marché commun du Sud (MERCOSUR), qui comprend les pays du Cône Sud (Argentine, Brésil, Paraguay et Uruguay, avec la Bolivie et le Chili à titre d'observateurs). Ce groupe a donné à OPS/OMS une opinion éclairée sur les modifications proposées et a adopté des mesures concrètes à l'égard du Règlement, telles que les suivantes :

- Inclure le Règlement comme sujet prioritaire de son groupe de travail sur la surveillance.
- Demander le soutien unanime au processus de révision, particulièrement en ce qui a trait à la santé aux frontières et aux aspects commerciaux.
- Organiser quatre ateliers qui donnent lieu à des résolutions et des ententes signées par les Ministres de la santé.
- Réaliser des activités au niveau national comme la révision des normes sanitaires nationales aux points d'entrée et des certificats de santé pour les voyageurs; tester la surveillance des syndromes au niveau national; et tester la structure décisionnelle (arbre de décision) pour la notification d'événements sanitaires de portée internationale.

29. Le *Organismo Andino de Salud*, qui comprend les pays andins (Bolivie, Chili, Colombie, Équateur, Pérou et Venezuela), a inscrit la révision du Règlement à son ordre du jour de la santé. Grâce à un accord coopératif avec l'OPS/OMS, il a organisé deux ateliers sur le sujet afin d'informer les pays à propos de la révision du Règlement, d'entamer un processus national de consultation des parties intéressées et d'obtenir l'opinion de celles-ci sur les modifications proposées. Deux résolutions ministérielles sont issues de ces discussions : la première établissant des groupes de travail technique et la seconde priant les pays de réviser et de renforcer leur surveillance épidémiologique, particulièrement dans les zones frontalières.

30. En Amérique du Nord, les États-Unis ont mis sur pied un groupe de travail national pour examiner le Règlement révisé. Ce groupe de travail, très représentatif des institutions sanitaires du pays, est composé de représentants du Ministère de la santé et des services sociaux (HHS), des Centres de gestion et de prévention des maladies, la

FDA (Food and Drug Administration), le Ministère de l'agriculture, les Services d'immigration et de naturalisation, et les Douanes américaines. Le Ministère de la santé a été le principal artisan de la révision du Règlement, par le biais d'un flux constant d'informations à chaque étape du processus et de suggestions pertinentes. Récemment, un premier ensemble de commentaires relatifs à la première version révisée du Règlement a été présenté à OPS/OMS et est accessible dans la page Web WHO IHR. À partir du Réseau mondial de renseignements sur la santé publique et son expérience du SRAS, le Canada a également accordé davantage d'importance au Règlement. Le Canada s'est engagé à renforcer ses capacités en santé publique, notamment en mettant l'accent sur la gestion d'événements sanitaires de portée internationale.

31. L'expérience acquise à la suite de l'émergence et de la rapide propagation internationale du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) donne une idée claire de l'ampleur des défis auxquels peuvent être confrontés les États Membres et OPS/OMS pour mettre en œuvre le Règlement révisé. Cette terrible menace sanitaire a poussé les autorités nationales à solliciter l'aide de OPS/OMS. La situation comprenait un agent inconnu qui présentait des caractéristiques cliniques inhabituelles et un mode de transmission inconnu. Le proposant était en étroite relation avec les voyages internationaux et plusieurs grands centres urbains étaient touchés; il en est résulté des restrictions de voyages internationaux tant de tourisme que d'affaires. Des sources d'information non officielles ont été largement utilisées. Le siège de l'OMS et les Bureaux régionaux ont coordonné l'action mondiale en utilisant les réseaux de laboratoires, de cliniques et d'épidémiologie pour déterminer des directives techniques (infection, cliniques, laboratoires, lignes aériennes et bateaux), définir les cas et faire des recommandations de voyage; pour mettre à jour les informations fournies aux aéroports, aux autorités sanitaires et au grand public à propos des dangers réels; et pour répondre aux questions sur les restrictions relatives au risque de transmission par les marchandises.

32. Les États Membres ont participé activement aux réunions consultatives avec les délégations qui se composaient essentiellement d'officiels des ministères de la santé. Dans certains cas, des représentants des secteurs des transports, de l'agriculture, des affaires étrangères et de l'innocuité alimentaire étaient également présents. La moitié des États qui ont participé ont préparé les réunions en s'appuyant sur une consultation nationale intensive. Parmi les domaines principaux de préoccupation pour les États Membres qui ont été identifiés à l'occasion des réunions sous-régionales, on peut citer : l'incorporation dans les IHR de l'engagement requis des États Membres et de l'OMS en ce qui concerne les ressources et les dates limites pour établir les besoins de capacités essentielles pour la surveillance et la réponse, et pour les aéroports, les ports, et les points de passage désignés; la chaîne de communication entre le centre national-point focal (CN-PF) pour les IHR, l'administration de la santé, et l'OMS devrait être redéfinie pour assurer que le CN-PF obtient l'approbation de l'administration de la santé avant de se mettre en rapport avec l'OMS; l'instrument de décision pour l'évaluation et la

notification des événements qui peuvent représenter une urgence de santé publique de préoccupation internationale (USPPI) devrait être adapté de façon à assurer une sensibilité qui permet des actions ponctuelles de prévention et de contrôle tout en minimisant la surcharge des systèmes nationaux et mondiaux d'alerte et de réponse; et le droit par les autorités sanitaires de faire payer le vaccin et autres prophylaxies a été demandé. Les rapports résumés de chaque réunion sont accessibles sur la page Web de l'OPS.

Activités futures

33. Afin de garantir la participation des pays aux étapes finales du processus de révision du Règlement, des ressources seront assignées à la collaboration avec les pays pour préparer la mise en place du Règlement en renforçant l'assistance technique de OPS/OMS en matière de surveillance des maladies transmissibles, d'alerte et d'action. Deux objectifs principaux ont été fixés pour les deux prochaines années : consulter les États Membres sur le texte révisé du Règlement et renforcer la capacité de la Région des Amériques à détecter et à gérer des urgences épidémiques.

34. L'OPS ayant convoqué quatre réunions sous-régionales de consultation comme mentionné ci-dessus (paragraphe 32), procèdera à une synthèse des contributions régionales pour le Groupe de travail intergouvernemental qui se réunira à Genève en novembre 2004. L'OPS continuera à considérer les IHR comme un thème prioritaire de l'agenda de la santé des pays et des systèmes d'intégration sous-régionale.

35. Les activités destinées à améliorer la capacité d'alerte et d'action de la Région seront orientées vers le renforcement des mécanismes de surveillance sous-régionale des maladies émergentes ainsi que des mécanismes d'alerte et d'action au siège de l'OPS et dans les bureaux nationaux. Ces activités visent notamment à améliorer l'obtention rapide de renseignements épidémiques, la vérification et les communications sûres de l'information essentielle ou confidentielle en coordination avec le Réseau mondial d'alerte et d'action (OMS/GOARN); à accroître les communications et l'échange d'information sur les urgences de santé publique de portée internationale avec les ministères de la santé, en temps réel, grâce aux réseaux sous-régionaux de surveillance des maladies infectieuses émergentes et à la coordination régional de la recherche et de l'action en matière d'épidémies; et à soutenir les interventions nationales au moyen de dispositifs de secours, de soutien logistique et de protocoles normalisés.

36. Au niveau national, les pays seront incités à évaluer, selon des critères normalisés, les possibilités réelles de leurs services de santé publique (laboratoires, épidémiologie, hôpitaux et autres) à détecter et à gérer des urgences causées par des épidémies de maladies infectieuses. Une telle évaluation impliquera l'élaboration de plans d'action

pour le renforcement des capacités nationales (détection, analyse, confirmation et gestion des maladies).

37. Le renforcement du système national d'alerte et d'action impliquera pour sa part la mise en relation, le développement et l'intégration des activités épidémiologiques, des laboratoires et des activités de planification des états d'alerte, particulièrement dans les pays moins développés. L'issue attendue de ces activités sera la préparation de plans d'intervention afin de remédier aux lacunes et faiblesses repérées par l'évaluation.

Mesures à prendre par le Comité exécutif

38. Le Comité exécutif est appelé à formuler des commentaires, des observations et des recommandations quant au processus de révision du Règlement, à ses implications pour la Région des Amériques et aux activités programmées pour la mise en place future du Règlement.

- - -