

**RÉSUMÉ**

**RAPPORT SUR LA SANTÉ DANS LE MONDE 2007**

# **UN AVENIR PLUS SÛR**

**LA SÉCURITÉ SANITAIRE MONDIALE AU XXI<sup>E</sup> SIÈCLE**



Organisation  
mondiale de la Santé

## © Organisation mondiale de la Santé 2007

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (tél. : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent 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.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Des renseignements sur ce document peuvent être obtenus auprès du :

Rapport sur la santé dans le monde  
Organisation mondiale de la Santé  
1211 Genève 27, Suisse  
Adresse électronique : [whr@who.int](mailto:whr@who.int)

Adresse pour les commandes du résumé et du rapport dans sa version intégrale : [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)

Le présent rapport a été établi sous la direction du Directeur général, Margaret Chan. David Heymann, Sous-Directeur général, Maladies transmissibles, en a été le rédacteur en chef. Thomson Prentice et Lina Tucker Reinders de l'équipe du Rapport sur la santé dans le monde ont été les principaux rédacteurs.

Des remerciements sont dus à tous ceux, Sous-Directeurs généraux, Directeurs régionaux, membres des unités techniques de l'OMS et bien d'autres qui, par leurs conseils ou leur soutien, ont contribué d'une manière ou d'une autre à la rédaction du texte de ce rapport.

Des remerciements particuliers sont adressés pour leur contribution à Tomas Allen, Penelope Andrea, Bruce Aylward, Anand Balachandran, Sona Bari, Diarmid Campbell-Lendrum, Amina Chaieb, Claire Lise Chagnat, May Chu, Albert Concha-Eastman, Ottorino Cosivi, Alvaro Cruz, Kevin De Cock, Sophia Desillas, Pat Drury, Pierre Formenty, Keiji Fukuda, Fernando Gonzalez-Martin, Pascal Haefliger, Max Hardiman, Mary Kay Kindhauser, Colin Mathers, Angela Merianos, François-Xavier Meslin, Michael Nathan, Maria Neira, Paul Nunn, Kevin O'Reilly, Andrée Pinard-Clark, Guenaël Rodier, Oliver Rosenbauer, Cathy Roth, Mike Ryan, Jorgen Schlundt, George Schmid, Ian Smith, Claudia Stein et Leo Vita-Finzi.

La mise en forme rédactionnelle a été assurée par Diana Hopkins, aidée de Barbara Campanini. Les figures et tableaux et les autres illustrations ont été préparés par Gael Kernen, qui s'est aussi chargé de la version destinée au site Web et des autres médias électroniques. Vreni Schoenenberger a contribué aux recherches historiques. L'équipe du Rapport sur la santé dans le monde a bénéficié du soutien administratif de Saba Amdeselassie.

Photographies : Agence France-Presse/Paula Bronstein (p. 4) ; Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR)/Christopher Black (p. 13) ; FICR/Marko Kocic (p. 13) ; United Nations Integrated Regional Information Networks (IRIN) (p. 15) ; Jean-Pierre Revel (p. 13) ; United States National Library of Medicine (NLM) (p. 17) ; OMS/Olivier Asselin (p. 4) ; OMS/Christopher Black (pp. 4, 10, 12, 14, 16, 18, 19) ; OMS/Christopher Black, Chris de Bode, Umit Kartoglu, Marko Kocic et Jean Mohr (couverture) ; OMS/Chris de Bode (p. 13) ; OMS/Marko Kocic (pp.12, 13) ; OMS/Jean Mohr (p. 4).

Illustrations : Le médecin de la peste, artiste inconnu, Wellcome Library, Londres (p. 10) ; Distributeur de mort, George Pinwell, 1866 (p. 11) ; Edward Jenner pratiquant la première vaccination contre la variole en 1796, Gaston Melingue, 1879, Bibliothèque de l'Académie nationale de Médecine, Paris (p. 11).

Conception graphique : Reda Sadki  
Présentation graphique des pages du texte : Steve Ewart et Reda Sadki  
Figures : Christophe Grangier  
Coordination de l'impression : Raphaël Crettaz  
Imprimé en France

**RÉSUMÉ**

**RAPPORT SUR LA SANTÉ DANS LE MONDE 2007**

# **UN AVENIR PLUS SÛR**

**LA SÉCURITÉ SANITAIRE MONDIALE AU XXI<sup>E</sup> SIÈCLE**



**Organisation  
mondiale de la Santé**

**Le monde a radicalement changé depuis 1951, année où l’OMS a fait paraître sa première série de dispositions réglementaires juridiquement contraignantes qui avaient pour but d’éviter la propagation internationale des maladies.** La situation était alors relativement stable de ce point de vue. On ne se préoccupait que des six maladies « quaranténaires » : le choléra, la fièvre jaune, la fièvre récurrente, la peste, le typhus et la variole. Les pathologies nouvelles étaient rares et, pour beaucoup d’affections des plus connues, des médicaments miracles avaient révolutionné le traitement. Pour leurs déplacements internationaux, les gens prenaient le bateau et les nouvelles, le télégraphe.



# MESSAGE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Depuis cette époque, des changements profonds sont survenus dans l’occupation de la planète par l’espèce humaine. En ce qui concerne les maladies, la situation n’a plus rien de stable. L’accroissement démographique, le peuplement de territoires jusque-là inhabités, l’urbanisation rapide, l’agriculture intensive, la dégradation de l’environnement et l’utilisation malencontreuse des anti-infectieux ont bouleversé l’équilibre du monde microbien. Chaque année, une nouvelle maladie fait son apparition, ce qui ne s’était jamais vu dans l’histoire. Avec plus de 2 milliards de passagers transportés chaque année par les compagnies aériennes, les possibilités de dissémination internationale rapide des agents infectieux et de leurs vecteurs sont beaucoup plus importantes.

On est devenu beaucoup plus tributaire des produits chimiques, tout en se rendant compte des dangers qu’ils représentent pour la santé et pour l’environnement. L’industrialisation de la production et de la transformation des aliments, de même que la mondialisation de leur commercialisation et de leur distribution ont pour conséquence qu’un seul ingrédient avarié peut conduire au rappel d’une très grande quantité de produits dans une multitude de pays. Une autre tendance est particulièrement inquiétante, à savoir que les principaux anti-infectieux sont en train de perdre leur efficacité beaucoup plus vite que l’on ne parvient à en mettre au point de nouveaux.

L’ampleur de ces menaces est beaucoup plus grande dans un monde caractérisé par une forte mobilité, l’interdépendance économique et l’interconnexion électronique. Les moyens de défense classiques aux frontières ne peuvent plus protéger d’une invasion par une maladie ou un vecteur. Avec la diffusion des nouvelles en temps réel, la panique peut gagner les populations tout aussi facilement. L’activité économique et commerciale subit les contrecoups des désastres sanitaires bien au-delà des lieux où ils se produisent. La vulnérabilité est universelle.

Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2007* est consacré à l'action en faveur de la sécurité sanitaire mondiale, c'est-à-dire à la réduction de la vulnérabilité des populations aux graves menaces qui pèsent sur la santé. Cette année, la Journée mondiale de la Santé, qui a été célébrée en avril, a marqué le point de départ du débat sur la sécurité sanitaire mondiale organisé par l'OMS. Partout dans le monde, des universitaires, des étudiants, des professionnels de la santé, des responsables politiques et des représentants du monde des affaires dialoguent sur les moyens de protéger le monde contre les menaces que représentent une pandémie de grippe, les conséquences sanitaires des conflits armés, les catastrophes naturelles et le bioterrorisme.

Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2007* aborde tous ces points, entre autres dans le contexte des nouveaux moyens de défense collective et, tout particulièrement, du Règlement sanitaire international révisé (2005) ou RSI (2005). Ce Règlement est un instrument juridique international qui a pour objet d'assurer une sécurité maximale eu égard à la propagation internationale des maladies. Il vise également à réduire les répercussions internationales des urgences de santé publique.

Avec le RSI (2005), on étend la portée de la défense collective jusqu'ici axée sur quelques maladies « quaranténaires » seulement à tous les types d'urgence pouvant avoir des répercussions sanitaires internationales, notamment les flambées de pathologies émergentes, de maladies à tendance épidémique, de maladies d'origine alimentaire ou encore les événements de nature chimique ou radionucléaire, qu'ils soient accidentels ou provoqués délibérément.

S'écarter sensiblement de la politique suivie par le passé, le RSI (2005) renonce à privilégier la mise en place de barrières passives aux frontières ainsi que dans les aéroports et ports au profit d'une gestion préventive du risque. Cette stratégie vise à la détection précoce des événements et à leur maîtrise à la source – avant qu'ils ne constituent une menace de portée internationale.

Compte tenu de ce qu'aujourd'hui la vulnérabilité à ces menaces est universelle, l'amélioration de la sécurité sanitaire exige une solidarité mondiale. La sécurité sanitaire mondiale est une aspiration collective tout autant qu'une responsabilité mutuelle. Les tenants et aboutissants des urgences sanitaires sont désormais plus nombreux, entraînant la diversification des parties prenantes à l'agenda sécuritaire. Diplomatie, coopération, transparence et préparation sont les nouveaux maîtres mots. Les responsables politiques et les chefs de file du monde des affaires ont, tout autant que les secteurs de la santé, du commerce et du tourisme, intérêt à ce que le RSI (2005) soit mis en oeuvre avec succès.

J'ai le plaisir de présenter à nos partenaires le Rapport sur la santé dans le monde, 2007 et je me réjouis à la perspective des débats, des orientations et des initiatives qu'il va susciter.



**Dr Margaret Chan**  
Directeur général  
Organisation mondiale de la Santé



# RESUME



**Au moment où le monde est confronté à nombre de menaces nouvelles ou récurrentes, le Rapport sur la santé dans le monde de cette année s'est fixé un objectif ambitieux : montrer comment, par une action collective de santé publique au niveau international, il est possible de créer, pour l'humanité, les conditions d'un avenir plus sûr.**

C'est là l'objectif général de l'action sécuritaire en santé publique au niveau mondial. Aux fins du présent rapport, cette notion, plus brièvement désignée dans la suite du texte par l'expression « sécurité sanitaire mondiale » recouvre l'ensemble des activités, tant préventives que correctives, mises en oeuvre pour réduire au minimum la vulnérabilité à des événements sanitaires graves menaçant l'état de santé collectif des populations, quelles que soient les régions géographiques ou les frontières qui les séparent.

Comme on le verra dans la suite du rapport, ces événements peuvent, notamment si la sécurité sanitaire n'est pas assurée au niveau mondial, avoir des répercussions sur la stabilité économique ou politique, les échanges commerciaux, le tourisme, l'accès aux biens et aux services et même, s'ils surviennent périodiquement, compromettre la stabilité démographique. Ce concept de sécurité sanitaire mondiale englobe une multitude de questions aussi complexes qu'ardues qui vont de la scène internationale aux ménages individuels, en passant par les conséquences sanitaires de la misère, des guerres et autres conflits, du changement climatique, ou encore des catastrophes naturelles et de celles qui résultent de l'action humaine.

Ce sont autant de secteurs dans lesquels l'OMS poursuit son action et qui feront l'objet de publications à paraître. C'est ainsi par exemple que le Rapport sur la santé dans le monde, 2008 portera sur la sécurité sanitaire individuelle, et plus spécifiquement sur le rôle que les soins de santé primaires et l'action humanitaire ont à jouer pour que les conditions essentielles de la santé soient assurées.

Pour sa part, le présent rapport se concentre sur un certain nombre de problèmes particuliers qui menacent la santé collective des populations dans l'ensemble du monde : épidémies de maladies infectieuses, pandémies et autres événements sanitaires graves tels que les définit le Règlement sanitaire international révisé (2005) ou RSI (2005) entré en vigueur en juin de cette année.

Ce Règlement a pour but d'éviter que des maladies ne se propagent au-delà des frontières nationales. Il s'agit d'un instrument législatif capital au service de l'action sécuritaire en santé publique au niveau mondial, qui constitue, à l'échelon planétaire, le cadre nécessaire pour prévenir, rechercher ou évaluer les événements susceptibles de constituer une urgence de santé publique d'importance internationale et, au besoin, réagir à ces événements par une action concertée.

Satisfaire aux dispositions du RSI (2005) révisé est une entreprise qui demande du temps, de la conviction et une volonté de changement. Le présent Règlement est plus exigeant et d'une portée plus vaste que celui qu'il remplace ; il insiste beaucoup plus sur le fait qu'il incombe à tous les pays de mettre en place, d'ici 2012, des systèmes de détection et de maîtrise des risques pour la santé publique.

L'OMS a élaboré un plan stratégique pour aider les pays à remplir cette obligation et à surmonter les difficultés qu'ils pourraient rencontrer à cet égard.



## LES MENACES POUR LA SANTE PUBLIQUE MONDIALE AU XXI<sup>E</sup> SIECLE

La mobilité, l'interdépendance et l'interconnexion extrêmes du monde d'aujourd'hui créent une multitude de conditions favorables à la propagation rapide des maladies infectieuses et des menaces radionucléaires ou toxicologiques, d'où la nécessité d'un Règlement sanitaire international actualisé et élargi. L'extension géographique des maladies infectieuses progresse désormais à une allure plus soutenue que jamais. On estime qu'en 2006, 2,1 milliards de passagers ont voyagé par voie aérienne ; une flambée épidémique survenant en un point quelconque du globe n'est qu'à quelques heures de venir menacer n'importe quel autre lieu (voir Figure 1).

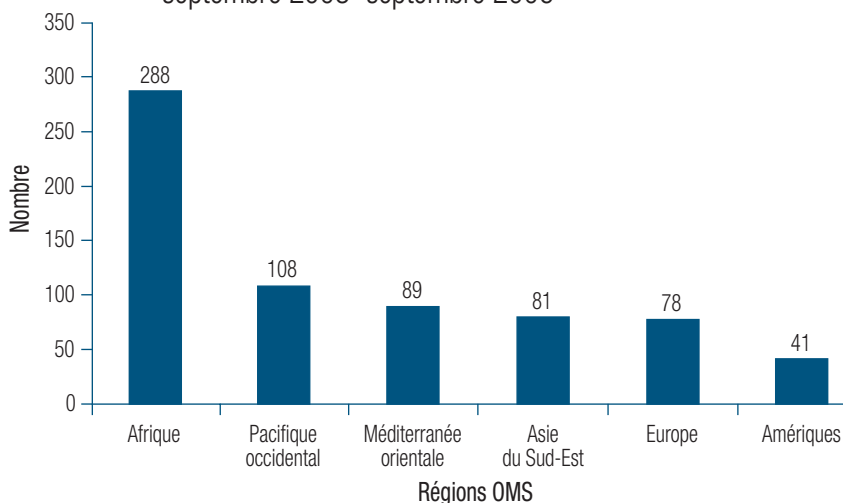
Outre qu'elles se propagent plus rapidement, les maladies infectieuses apparaissent plus promptement qu'elles ne l'ont jamais fait par le passé. Depuis les années 1970, on découvre de nouvelles maladies émergentes au rythme sans précédent d'au moins une par année. Il existe désormais près de 40 maladies qui étaient encore inconnues il y a une génération. Par ailleurs, l'OMS a confirmé plus de 1100 événements sanitaires de nature épidémique qui se sont produits dans le monde au cours des cinq années écoulées.

Les divers exemples et catégories énumérés ci-dessous mettent en lumière la diversité et l'ampleur des menaces pour la santé publique auxquelles la population est confrontée aujourd'hui.

### Maladies à tendance épidémique

Le choléra, la fièvre jaune et les infections épidémiques à méningocoques ont réapparu au cours du dernier quart du XX<sup>e</sup> siècle et exigent un nouvel effort en matière de surveillance, de prévention et de lutte. Les cas humains de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et de grippe aviaire sont devenus un motif majeur de préoccupation au niveau international, ils posent des problèmes nouveaux sur le plan scientifique, sont la cause de grandes souffrances pour les malades et provoquent des dégâts considérables dans le domaine économique. D'autres affections virales émergentes, telles que les fièvres hémorragiques à virus Ebola ou Marbourg ou encore l'infection à virus de Nipah, constituent une menace pour la sécurité sanitaire mondiale et doivent également être confinées à la source du fait de leur caractère aigu comme de la morbidité et de la mortalité qu'elles entraînent. Lors de flambées de ces maladies, une évaluation et

Figure 1 Événements vérifiés susceptibles d'avoir une ampleur internationale pour la santé publique, par Région OMS septembre 2003–septembre 2006





une intervention rapides, nécessitant souvent une assistance internationale, se sont révélées indispensables pour en limiter la propagation à l'échelon local. Il faudra à l'avenir impérativement renforcer les moyens disponibles pour évaluer ces menaces d'un genre nouveau.

Les progrès accomplis dans beaucoup d'aspects de la lutte contre les maladies infectieuses sont gravement compromis par la généralisation de la résistance aux anti-infectieux, la tuberculose ultra-résistante (UR) constituant désormais un grave sujet de préoccupation. Une pharmacorésistance se manifeste également dans le cas des affections nosocomiales, des infections respiratoires, des infections sexuellement transmissibles, des maladies diarrhéiques, de la méningite ou encore du paludisme, et elle commence à apparaître chez le VIH.

### Maladies d'origine alimentaire

La chaîne alimentaire connaît depuis une cinquantaine d'années une évolution aussi rapide que profonde avec une tendance à la complexification et à l'internationalisation. Si, dans l'ensemble, la sécurité sanitaire des aliments a fait des progrès spectaculaires, l'amélioration est inégale et des flambées de maladies d'origine alimentaires, dues à une contamination par des micro-organismes, des substances chimiques ou des toxines, sont courantes dans de nombreux pays. Si des denrées contaminées font l'objet d'échanges commerciaux entre plusieurs pays, le risque d'une propagation de ces flambées en sera accru. Par ailleurs, l'apparition de nouvelles maladies d'origine alimentaire suscite une grande inquiétude, comme cela a été le cas lorsqu'on a découvert que la maladie de Creutzfeldt-Jakob était liée à l'encéphalite spongiforme bovine (ESB).

### Flambées accidentelles ou intentionnelles

Le regain d'activité lié à la surveillance des maladies infectieuses et aux recherches en laboratoire que l'on observe ces dernières années accroît également le risque de flambées dues à la libération accidentelle d'agents infectieux. Une violation des règles de sécurité biologique est souvent à l'origine de ce type d'accident. Par ailleurs, la propagation malveillante d'agents pathogènes dangereux, naguère impensable, est désormais une réalité, comme on l'a vu en 2001 aux Etats-Unis d'Amérique lors de l'affaire du courrier volontairement contaminé par des bacilles charbonneux.

En outre, les événements sanitaires inquiétants qui se sont produits dans un passé récent à la suite d'accidents de nature chimique ou radionucléaire, ou encore de modifications soudaines de l'environnement ont causé une grande inquiétude dans de nombreuses régions du monde.

### Accidents de type chimique

- Afrique de l'Ouest, 2006 : la décharge de quelque 500 tonnes de déchets pétrochimiques sur au moins 15 sites aux alentours de la ville d'Abidjan, en Côte d'Ivoire, a provoqué la mort de huit personnes, vraisemblablement par suite d'une exposition à ces déchets, et conduit près de 90 000 habitants à consulter un médecin. Un certain nombre d'autres pays se sont également demandé s'ils n'encouraient pas un risque analogue du fait de décharges auxquelles il aurait pu être procédé ailleurs ou de la contamination chimique des cours d'eau transfrontaliers.
- Europe du Sud, 1981 : 203 personnes sont décédées après avoir consommé de l'huile de cuisine toxique, contaminée par de l'huile de colza industrielle. Au total, 15 000 personnes ont souffert de la consommation de cette huile frelatée et on n'a trouvé aucun traitement qui permette de faire régresser les effets indésirables du syndrome dit de « l'huile toxique »

### Accidents radionucléaires

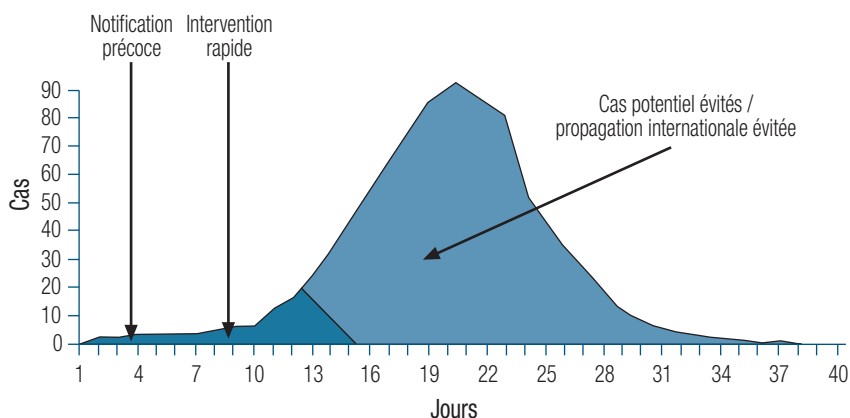
- Europe orientale, 1986 : la catastrophe de Tchernobyl est considérée comme l'accident le plus grave jamais survenu dans la production d'électricité d'origine nucléaire. L'explosion qui s'est produite à l'intérieur de la centrale a provoqué la contamination radioactive de la zone environnante, et un nuage générateur de retombées radioactives a dérivé au-dessus des régions occidentales de l'Union soviétique, de l'Europe orientale et occidentale, de certains pays nordiques, ainsi que sur l'est de l'Amérique du Nord. De vastes zones de l'Ukraine, de la République du Bélarus et de la Fédération de Russie ont été fortement contaminées, entraînant l'évacuation et la réinstallation de plus de 336 000 habitants.

### Catastrophes environnementales

- Europe, 2003 : la vague de chaleur caniculaire qui a frappé l'Europe cette année-là en causant le décès de 35 000 personnes était liée aux conditions météorologiques extrêmes qui régnaient pour la première fois à cette époque dans d'autres régions du monde.
- Afrique centrale, 1986 : plus de 1700 personnes sont mortes d'une intoxication par le dioxyde de carbone, à la suite d'un dégagement massif de ce gaz dans le lac Nyos, un lac de cratère. Ce genre d'événement nécessite une évaluation rapide afin de déterminer s'il constitue une menace de portée internationale.

Les quelques exemples qui précèdent seront examinés plus en détail dans le corps du rapport en même temps que les enseignements que l'on peut en tirer. Ce que le rapport souligne, c'est que l'action à mener au niveau international ne vise pas seulement ce qui est connu, mais aussi ce qui ne l'est pas – c'est-à-dire les maladies qui peuvent survenir par suite de changements environnementaux ou climatiques extrêmes ou encore d'une pollution ou d'accidents d'origine industrielle susceptibles de mettre en danger des millions de gens dans plusieurs pays.

Figure 2 Flambées épidémiques dans le monde, le problème: notification et interventions tardives



## UNE COLLABORATION AU NIVEAU MONDIAL FACE AUX MENACES QUI PESENT SUR LA SECURITE SANITAIRE

Ces menaces exigent qu'on agisse sans délai et l'OMS, de concert avec ses partenaires, a à cet égard beaucoup à offrir dans l'immédiat comme dans le long terme. C'est un domaine où de réels progrès peuvent être réalisés dans la protection des populations et cela, dès maintenant. Un passé récent nous montre également que certains des plus graves dangers qui menacent la survie de l'humanité sont susceptibles de se manifester sans prévenir. Ce serait faire preuve d'une naïveté et d'une passivité extrêmes que de penser qu'il ne surviendra pas un jour ou l'autre une autre maladie comme le sida, la fièvre hémorragique à virus Ebola ou le SRAS.

Pour rendre ce monde plus sûr et le préparer à faire face collectivement aux menaces qui pèsent sur la sécurité sanitaire générale, il est nécessaire de constituer des partenariats internationaux rassemblant tous les pays et toutes les parties prenantes dans l'ensemble des domaines concernés, de s'assurer le meilleur appui technique possible et de mobiliser les ressources indispensables à l'application effective du RSI (2005) dans les délais voulus. Cette action exige que soient mises à disposition les capacités principales requises pour la détection des maladies et la collaboration internationale face aux urgences de santé publique de portée internationale.

Si nombre de partenariats de ce genre sont d'ores et déjà établis, de graves lacunes subsistent, notamment au niveau des systèmes de santé de beaucoup de pays, ce qui a pour effet de réduire la cohérence de la collaboration internationale en santé publique. Afin de combler ces lacunes, l'OMS a mis en place en 1996 un réseau mondial efficace d'alerte et d'action en cas d'épidémie. Ce réseau repose essentiellement sur l'idée d'un partenariat international avec de nombreuses autres organisations et institutions techniques. Grâce à des mécanismes permettant le recueil systématique de renseignements d'ordre épidémiologique et la confirmation de l'existence des flambées, il a été possible d'évaluer le risque, de diffuser l'information et d'intervenir rapidement sur le terrain. Des moyens régionaux et mondiaux de stockage et de distribution rapide des vaccins, des médicaments ainsi que des équipements spéciaux de protection et d'investigation ont également été mis sur pied en vue de faire face aux problèmes sanitaires posés par les fièvres hémorragiques, la grippe, la méningite, la variole ou la fièvre jaune.

Aujourd'hui, la sécurité sanitaire de tous les pays dépend de la capacité de chacun d'eux d'agir efficacement et de contribuer à la sécurité de tous les autres. Notre monde évolue rapidement et désormais rien ne va plus vite que l'information ; aussi le partage des données sanitaires essentielles constitue-t-il l'une des voies les plus aisées pour assurer la sécurité sanitaire mondiale.

En raison de l'instantanéité de la communication électronique, il n'est plus possible de garder le secret sur une flambée de maladie, comme cela a souvent été le cas lorsque la précédente version du Règlement sanitaire international (1969) ou RSI (1969) était en vigueur. Craignant des dommages pour leur économie par suite de la désorganisation des échanges commerciaux, du trafic voyageurs et du tourisme, les gouvernements n'étaient guère disposés à notifier la présence de flambées. En réalité, les rumeurs font davantage de dégâts que les faits eux-mêmes. La confiance se gagne par la transparence et cette confiance est nécessaire à la coopération internationale pour la santé et le développement (voir Figure 2).

Les premières mesures à prendre pour mener l'action sécuritaire en santé publique au niveau mondial consistent donc à faire en sorte que tous les pays disposent des capacités principales requises pour la surveillance et l'action et à établir de nouveaux liens de coopération interpays de manière à réduire les risques pour la sécurité sanitaire dont il a été question plus haut. Au niveau des pays, cela implique un renforcement du système de santé et la mise en place de moyens pour prévenir et combattre les épidémies susceptibles de se propager par-delà les frontières, voire d'un continent à l'autre. Lorsque les pays ne sont pas en mesure d'assurer eux-mêmes la prévention et la lutte, il faut leur prêter assistance en mettant en place des réseaux spécialisés de surveillance et d'action rapides et en veillant à ce que ceux-ci s'assemblent en un filet de sécurité efficace. Mais par dessus tout, il est nécessaire que tous les pays se conforment aux dispositions du RSI (2005) et puissent en tirer profit.

## RESUME DES DIVERS CHAPITRES



### L'évolution de la sécurité sanitaire

Le chapitre 1 s'ouvre sur un historique de quelques-unes des premières mesures qui ont conduit à l'établissement du RSI (1969) – les événements marquants dans le domaine de la santé publique avec, en premier lieu, l'institution de la quarantaine, un terme qui remonte au XIV<sup>e</sup> siècle et qui désignait une mesure ayant pour but de se prémunir contre des maladies « d'origine étrangère » comme la peste, puis les diverses améliorations apportées en matière d'assainissement qui, au XIX<sup>e</sup> siècle, ont permis de juguler les épidémies de choléra ; enfin, l'avènement de la vaccination dont l'aboutissement a été, au XX<sup>e</sup> siècle, l'éradication de la variole et la prévention de beaucoup d'autres maladies infectieuses. Pour bien mesurer l'intérêt nouveau et les potentialités de la coopération sanitaire internationale, il est capital d'en comprendre le déroulement historique.

Les nombreuses conférences internationales sur la lutte contre les maladies organisées à la fin du XIX<sup>e</sup> et au début du XX<sup>e</sup> siècle ont abouti en 1948 à la création de l'OMS. En 1951, les Etats Membres de l'OMS ont adopté le Règlement sanitaire international, remplacé en 1969 par un nouveau texte. A partir de 1995, un processus intergouvernemental de révision du Règlement a permis de prendre en compte les nouveaux savoirs ainsi que l'expérience acquise dans le domaine épidémiologique, tout en réagissant à l'évolution du monde et aux menaces accrues qu'elle fait peser sur la sécurité sanitaire mondiale. On a convenu de la nécessité d'établir un code de conduite qui permettrait non seulement de prévenir et d'écarter ces menaces, mais qui constituerait également un moyen d'y faire face par le canal d'une action de santé publique, tout en évitant de perturber inutilement les échanges et les voyages internationaux. Le processus de révision s'est achevé en 2005 et le nouveau Règlement est désormais désigné sous le nom de RSI (2005).

Le chapitre 1 indique également de quelle manière l'OMS a, en 1996, jeté les bases d'un système mondial efficace d'alerte et d'action en cas d'épidémie et comment ce système s'est largement développé depuis lors. Ce système repose essentiellement sur l'idée d'un partenariat international regroupant un grand nombre d'autres organisations et institutions techniques. Ce partenariat, appelé réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie et dont l'acronyme anglais est GOARN, constitue le cadre opérationnel et coordonnateur qui permet d'accéder à divers savoirs et compétences et de faire en sorte que la communauté internationale reste vigilante face aux menaces de flambées épidémiques en se tenant prête à réagir. Le réseau, dont l'OMS assure la coordination, comporte plus de 140 partenaires techniques appartenant à plus de 60 pays.



Par ailleurs, l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a mis en place un vaste réseau de surveillance active unique en son genre qui est utilisé pour aider à la surveillance d'un grand nombre d'autres maladies évitables par la vaccination, comme la fièvre jaune, la méningite, la rougeole et le tétanos néonatal. Ce réseau prête régulièrement son concours à des activités de surveillance et à des interventions portant sur les autres types d'urgences sanitaires ou de flambées épidémiques décrits dans le rapport. En 2002, l'OMS a mis sur pied le système d'alerte et d'intervention en cas d'incident chimique qui fonctionne selon les mêmes principes que le GOARN. En 2006, ce système a été étendu aux situations d'urgence sanitaire touchant l'environnement – notamment celles qui résultent de la désorganisation de services d'hygiène de l'environnement tels que l'approvisionnement en eau et l'assainissement – ainsi qu'aux événements et situations d'urgence de nature radiologique.

A partir du XIV<sup>e</sup> siècle, les médecins européens qui se rendaient auprès des pestiférés se sont mis à porter un vêtement protecteur ainsi qu'un masque à bec contenant des herbes fortement aromatiques.



C'est un médecin anglais, Edward Jenner, qui a procédé à la première vaccination contre la variole en 1796 en inoculant le virus de la vaccine à un jeune garçon.

Selon la définition qu'en donne le Règlement révisé, une urgence s'entend d'un « événement extraordinaire » qui présente un risque de propagation internationale ou qui pourrait requérir une action internationale coordonnée. Les événements susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale sont évalués par les Etats Parties au moyen d'un instrument de décision et, si certaines conditions sont remplies, l'OMS doit en avoir notification. La notification est obligatoire devant un cas unique d'une maladie susceptible de menacer la sécurité sanitaire mondiale : grippe humaine due à un nouveau sous-type viral, poliomyélite due à un virus de type sauvage, SRAS ou variole.

La large définition qui est donnée de l'« urgence de santé publique de portée internationale » et de la « maladie » permet, en ce qui concerne les menaces d'ordre sanitaire, d'aller plus loin que les maladies infectieuses et d'inclure dans le RSI (2005) celles qui résultent de la libération accidentelle ou intentionnelle de germes pathogènes, ou encore de l'exposition à des substances chimiques ou radioactives. Le Règlement voit ainsi sa portée accrue dans le sens d'une protection étendue de la sécurité sanitaire mondiale.

Avec le RSI (2005), on passe d'un instrument portant presque exclusivement sur les mesures à prendre dans les aéroports et ports pour faire barrage aux cas importés, comme c'était le cas du RSI (1969), à des dispositions tendant essentiellement à organiser une intervention rapide à la source d'une flambée épidémique. Le texte énumère les « principales capacités requises » dont tous les pays doivent se doter pour détecter, évaluer, déclarer et notifier les événements qui tombent sous le coup du RSI (2005), et il vise à renforcer la collaboration à l'échelon mondial en améliorant les capacités des pays et en leur prouvant qu'ils ont tout intérêt à respecter les dispositions du Règlement. Il y a en effet trois facteurs décisifs qui incitent à respecter le Règlement : la limitation du risque de désorganisation consécutive à une épidémie, la possibilité de la contenir rapidement et le fait de conserver une bonne réputation aux yeux de la communauté internationale.

En s'écartant des précédentes conventions et réglementations internationales, le RSI (2005) accomplit une véritable révolution, en ce sens qu'il reconnaît explicitement qu'en ce qui concerne les épidémies, des sources d'information non liées aux pouvoirs publics pourront souvent prendre le pas sur les notifications officielles. Ce peut notamment être le cas si un pays se révèle peu disposé à dévoiler un événement qui se produit sur son territoire. Désormais, le RSI (2005) autorise l'OMS à s'adresser à d'autres sources d'information que les notifications officielles. Toutefois, l'OMS s'efforcera toujours d'obtenir la vérification officielle de ce genre d'information auprès du pays en cause avant d'entreprendre toute action fondée sur les données obtenues. Cette situation traduit une nouvelle réalité de ce monde de la communication instantanée, à savoir que, pour un Etat, dissimuler une flambée épidémique ne constitue plus une option valable.



Ce dessin, intitulé « Le distributeur de mort », a été exécuté par George Pinwell en 1866, à peu près à l'époque où John Snow étudiait la relation entre la contamination des approvisionnements en eau dans la ville de Londres et les flambées de choléra.



## Menaces sur la sécurité sanitaire

Le *chapitre 2* étudie une série de menaces qui pèsent sur la sécurité sanitaire mondiale, selon les définitions du RSI (2005), et sont consécutives à l'activité humaine, à l'interaction de l'homme avec son environnement ou encore à des événements de nature chimique ou radiologique, y compris les accidents industriels et les phénomènes naturels. Il commence par montrer, en illustrant son propos par des exemples, comment l'insuffisance des investissements consacrés à la santé publique motivée par la fausse impression de sécurité qu'a pu donner l'absence d'épidémies de maladies infectieuses a conduit à une baisse de la vigilance et à un certain relâchement de l'adhésion à des programmes efficaces de prévention.

C'est ainsi par exemple qu'à la suite de l'usage généralisé des insecticides dans le cadre de programmes systématiques de lutte antivectorielle à grande échelle, on a considéré vers la fin des années 1960 que la plupart des grandes maladies à transmission vectorielle ne constituaient plus un problème majeur de santé publique en dehors de l'Afrique subsaharienne. Les programmes de lutte ont alors pris fin et les ressources se sont amenuisées. Cet état de choses a eu pour conséquence qu'au cours des 20 années suivantes, de nombreuses maladies importantes à transmission vectorielle, notamment la trypanosomiase africaine, la dengue et sa forme hémorragique ainsi que le paludisme, ont fait leur apparition dans de nouvelles régions ou réapparu dans des zones anciennement touchées. L'urbanisation et l'accroissement des échanges et des voyages internationaux contribuent à accélérer la propagation de la dengue et de ses vecteurs. En 1998, on a assisté à une pandémie de dengue sans précédent, avec 1,2 million de cas notifiés à l'OMS par 56 pays. Depuis, des épidémies continuent à éclater, touchant des millions de personnes de l'Amérique latine à l'Asie du Sud-Est. Le nombre moyen de cas signalés chaque année à l'OMS pour l'ensemble du monde a presque doublé au cours de chacune des quatre dernières décennies.

Si la surveillance est insuffisante, c'est parce qu'il n'y a pas de véritable engagement en faveur de la mise sur pied de systèmes de santé efficaces capables d'assurer le suivi de l'état de santé d'un pays. La vitesse avec laquelle le VIH/sida est apparu et s'est répandu dans l'ensemble du monde au cours des années 1970 en est l'illustration. Dans nombre de pays en développement, l'anémie chronique du système de santé n'a pas permis de déceler la présence de cette nouvelle menace sanitaire. Le problème n'a pris que tardivement une dimension internationale, lorsque les premiers cas se sont produits aux Etats-Unis. Outre l'insuffisance des moyens et des données de surveillance, les premiers efforts en vue de lutter contre l'épidémie de sida ont été compromis par l'absence de données probantes sur le comportement sexuel des populations en Afrique, aux Etats-Unis et dans les autres pays industrialisés. On ne possédait pratiquement aucune donnée sur ces comportements dans les pays en développement. Il a fallu des années pour parvenir à dresser un tableau du VIH/sida dans le monde en développement qui prenne en compte les comportements sexuels, les relations entre hommes et femmes et les migrations, mais bien des points restent dans l'ombre.

Même lorsque des opérations sont menées avec sérieux, les programmes de santé publique restent exposés à certaines influences qui peuvent avoir des conséquences aussi coûteuses que meurtrières. C'est ce qui s'est produit en août 2003 au Nigéria, lorsque des allégations sans fondement en provenance du nord du pays et mettant en cause l'innocuité du vaccin antipoliomyélitique buccal sous prétexte d'un risque de stérilisation des jeunes enfants ont entraîné la suspension de la vaccination dans deux Etats du Nord et une réduction importante de la couverture vaccinale dans un certain nombre d'autres. Il en est résulté une forte flambée de poliomyélite dans tout le nord du pays et la réapparition de la maladie dans le sud qui en était jusqu'alors exempt. Au final, cette poussée épidémique a provoqué la paralysie de milliers d'enfants nigériens et elle s'est propagée depuis le nord du Nigéria à 19 autres pays d'où la maladie avait disparu.



**En cas de conflit armé, les familles ont moins accès aux soins de santé et sont plus vulnérables aux maladies.**

**La promiscuité expose les populations déplacées aux flambées de maladies infectieuses.**



Le chapitre 2 se penche également sur les conséquences sanitaires des conflits, comme par exemple la flambée de fièvre hémorragique de Marbourg qui s'est produite en Angola avec pour toile de fond la guerre civile de 1975-2002, ou encore l'épidémie de choléra qui a éclaté en 1994 en République démocratique du Congo au lendemain de la crise rwandaise. En juillet de cette année-là, entre 500 000 et 800 000 personnes ont franchi la frontière pour chercher refuge dans les faubourgs de la ville congolaise de Goma. Au cours du premier mois suivant leur arrivée, près de 50 000 réfugiés sont morts à la suite d'une flambée généralisée de choléra et de dysenterie à shigelles. La vitesse à laquelle s'est produite la transmission et le taux élevé d'infections ont été attribués à la contamination par *Vibrio cholerae* de l'unique source d'eau existante et à l'absence de bonnes conditions d'hébergement et d'assainissement.

Le chapitre se poursuit par une analyse du problème posé par l'adaptation des micro-organismes, l'usage à plus ou moins bon escient des antibiotiques et les zoonoses telles que la forme humaine de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) ou l'infection à virus de Nipah. L'émergence de ce virus est encore un exemple de la manière dont un nouveau germe pathogène pour l'homme, initialement d'origine animale et responsable d'une zoonose, a évolué pour gagner en efficacité comme agent pathogène humain. Devant une telle tendance, une collaboration plus étroite s'impose entre les secteurs chargés de la santé humaine, de la santé vétérinaire et de la faune sauvage.

Le chapitre 2 aborde également la question des maladies infectieuses consécutives à des événements météorologiques extrêmes et les graves conséquences, pour la santé publique, d'événements soudains de nature chimique ou radiologique. Désormais, les événements de ce type – y compris l'utilisation délibérée d'agents chimiques ou biologiques et les accidents industriels – sont pris en compte par le RSI (2005) s'ils comportent un risque de nocivité à l'échelon international. Parmi les exemples cités figure l'accident nucléaire de Tchernobyl (Ukraine) survenu en 1986, qui a entraîné la dispersion de matériaux radioactifs dans l'atmosphère au-dessus d'une très grande partie du territoire de l'Europe. Dans leur ensemble, les exemples retenus dans ce chapitre sont révélateurs de la diversité inquiétante des menaces, qui, au tournant du XX<sup>e</sup> siècle, pesaient sur la sécurité sanitaire mondiale.



**Des virus tels que ceux de la dengue prolifèrent dans les taudis engendrés par l'urbanisation incontrôlée.**



**Les lacs et rivières contaminés constituent souvent l'unique source d'eau de boisson.**



**Des précipitations supérieures à la normale augmentent le risque de maladies transmises par des vecteurs.**



**Le réacteur nucléaire de Tchernobyl reste vide après les explosions de 1986.**



**Un enfant de Tchernobyl subit un examen médical après l'accident.**



### Nouvelles menaces sur la santé au XXI<sup>e</sup> siècle

Dans le *chapitre 3* sont examinées trois nouvelles menaces sanitaires qui se sont dessinées au XXI<sup>e</sup> siècle – le bioterrorisme, qui a fait son apparition en 2001 aux Etats-Unis sous la forme de lettres contenant des bacilles charbonneux, l'émergence du SRAS en 2003 et la décharge à grande échelle, en 2006, sur le territoire de la Côte d'Ivoire de déchets chimiques toxiques.

Quelques jours seulement après l'attentat terroriste du 11 septembre 2001, la dissémination délibérée de spores de bacilles charbonneux potentiellement mortelles dans des lettres distribuées par le service postal des Etats-Unis est venue faire du bioterrorisme une autre réalité de la vie moderne. Outre les victimes humaines – cinq décès sur un total de 22 personnes contaminées –, cet acte terroriste a eu des répercussions considérables en termes d'économie, de santé publique et de sécurité. Il a suscité un regain d'intérêt au niveau international pour la question du bioterrorisme, incité de nombreux pays à prendre des contre-mesures et motivé des demandes auprès de l'OMS pour qu'elle intensifie son rôle consultatif, ce qui l'a amenée à publier sous le titre *Armes chimiques et biologiques : les moyens d'action en santé publique – Guide de l'OMS* une mise à jour d'un ouvrage antérieur sur le sujet.

L'envoi de lettres contenant des bacilles charbonneux montre que le bioterrorisme peut non seulement provoquer morts et invalidités, mais aussi entraîner une désorganisation économique et sociale considérable. Dans le même temps, des craintes se sont exprimées de voir la variole – éradiquée en 1979 en tant que maladie humaine – être utilisée quelque 20 ans plus tard dans des actes de violence meurtriers. Depuis l'éradication de la maladie, la vaccination antivariolique de masse n'est plus pratiquée, ce qui laisse les populations non immunisées sans défense et la nouvelle génération de praticiens sans expérience clinique de la maladie.

Depuis lors, l'OMS a participé à des échanges de vues internationaux et à des exercices virtuels axés sur le bioterrorisme, considérant que le moyen le plus sûr de mettre en évidence une flambée épidémique déclenchée intentionnellement consiste à renforcer les systèmes qui sont déjà utilisés pour détecter et combattre les flambées naturelles, car les principes sont fondamentalement les mêmes sur le plan épidémiologique et biologique. Des consultations de spécialistes portant sur l'action à mener face à une attaque biologique, notamment au moyen de virus varioliques, ont permis de tester – au niveau mondial – les mécanismes d'alerte et d'action déjà mis en place par l'OMS.

En 2003, le SRAS – la première des nouvelles maladies de ce siècle présentant un caractère de gravité – a confirmé les craintes qu'avaient suscitées la menace bioterroriste, à savoir qu'un agent pathogène nouveau ou mal connu puisse affecter profondément la sécurité sanitaire et économique tant au plan national qu'au niveau international. En effet, le SRAS présentait les particularités propres à donner à une maladie la dimension internationale requise pour qu'elle constitue une menace pour la sécurité sanitaire : il se transmettait d'individu à individu, ne nécessitait aucun vecteur, ne présentait pas d'affinité géographique particulière, avait une durée d'incubation à bas bruit de plus d'une semaine, reproduisait les symptômes d'un grand nombre d'autres maladies, faisait le plus de victimes parmi le personnel hospitalier et tuait environ 10 % des sujets infectés. Ces propriétés lui ont permis de se propager facilement le long des routes empruntées par les compagnies aériennes internationales et d'exposer toutes les villes dotées d'un aéroport international au risque d'importer des cas.

Ce syndrome nouveau, mortel et – au début – mal compris a provoqué dans l'opinion publique une angoisse telle que les voyages à destination des zones touchées ont pratiquement cessé entraînant, pour les économies de régions entières, des pertes qui se chiffraient en milliards de dollars. Il a remis en cause la perception qu'avaient la population et la classe politique des risques liés aux maladies émergentes ou à tendance épidémique et fait monter la cote de la santé publique vers de nouveaux sommets. Si tous les pays ne se sont pas sentis menacés par la perspective du bioterrorisme, tous ont été sensibilisés par l'arrivée d'une maladie telle que le SRAS.





On a ainsi eu la démonstration que les maladies émergentes représentent un danger universel. Aucun pays, qu'il soit riche ou pauvre, n'est suffisamment à l'abri de l'arrivée d'une maladie nouvelle sur son territoire ni des perturbations qui peuvent s'ensuivre. La propagation du SRAS a été stoppée moins de quatre mois après qu'il eut été reconnu qu'il constituait une menace de portée internationale – ce qui représente un exploit sans précédent de l'action de santé publique à l'échelle mondiale. Si ce syndrome s'était durablement installé sur place comme une menace épidémique supplémentaire, on peut facilement imaginer quelles en auraient été les conséquences pour la sécurité sanitaire mondiale dans un monde encore aux prises avec le VIH/sida.

Tout comme les déplacements internationaux des personnes, les échanges mondiaux de produits peuvent avoir de graves conséquences sur le plan sanitaire. L'incident survenu en 2006 en Côte d'Ivoire illustre de façon saisissante les risques potentiellement mortels que représentent la circulation et la décharge de déchets dangereux dans le cadre des échanges commerciaux internationaux. Cette année-là, plus de 500 tonnes de déchets chimiques ont été débarquées d'un cargo et déchargées illégalement par des camions sur plusieurs sites des alentours d'Abidjan, à la suite de quoi, au cours des journées et des semaines suivantes, près de 90 000 personnes ont dû venir se faire soigner. Si ce sont moins de 100 personnes qu'il a fallu hospitaliser et beaucoup moins encore qui sont vraisemblablement décédées des suites de cette exposition, l'incident a néanmoins constitué une crise de santé publique d'envergure nationale et internationale. L'une des principales sources de préoccupation au niveau international tenait au fait que le cargo, en provenance de l'Europe du Nord, avait, sur sa route vers la Côte d'Ivoire, relâché dans un certain nombre de ports, dont quelques-uns situés en Afrique de l'Ouest. Au lendemain de l'incident, on ne savait pas encore avec certitude si le navire avait embarqué ou débarqué des déchets chimiques à l'une ou l'autre de ses escales.

**Décharge de produits toxiques en Côte d'Ivoire – le nettoyage commence.**



## Leçons tirées et perspectives d'avenir

Le *chapitre 4* est consacré aux urgences de santé publique de portée internationale, dont la plus redoutée demeure la grippe pandémique. Des mesures préventives ont d'ores et déjà été prises face à cette menace – d'ailleurs facilitées par l'entrée en vigueur du RSI (2005). C'était là une occasion comme il n'y en a que rarement de se préparer à une pandémie et, dans la mesure du possible, d'éviter que cette menace ne prenne corps en profitant au maximum du délai d'alerte et en expérimentant un modèle de planification et de préparation à ce genre de situation. Il faut exploiter à fond cet avantage pour améliorer l'état de préparation au niveau mondial dans le cadre des dispositions du RSI (2005).

Juste après la flambée de SRAS, la perspective d'une pandémie grippale a constitué un signal d'alarme immédiat pour toute la planète. Beaucoup plus contagieuse, propagée par la toux et les éternuements et transmissible dans l'intervalle d'une période d'incubation trop brève pour permettre de retrouver et d'isoler les contacts, la grippe pandémique aurait des effets dévastateurs. Pour peu qu'un virus parfaitement transmissible fasse son apparition, il serait impossible de s'opposer à la propagation de la maladie.

En se basant sur l'expérience des pandémies précédentes, on pourrait s'attendre à ce que la maladie touche environ 25 % de la population mondiale, soit plus de 1,5 milliard d'individus. Même si l'infection par le virus pandémique ne provoquait que des troubles relativement bénins, le fait qu'autant de gens tombent soudainement malades entraînerait des perturbations considérables sur le plan social et économique.

Comme il est probable que la prochaine pandémie grippale soit provoquée par un virus de type aviaire, de nombreuses mesures ont été prises pour juguler les premières flambées de grippe chez la volaille, notamment la destruction de dizaines de millions de volatiles. Le chapitre 4 expose les principales mesures qui ont été mises en oeuvre et souligne la remarquable collaboration qui s'est instaurée au niveau international pour réduire le risque de pandémie. L'OMS a mené de nombreuses activités aux avant-postes de la lutte antigrippale, notamment en se tenant à l'écoute des innombrables rumeurs qui circulaient tous les jours au sujet d'éventuels cas humains et en s'efforçant de les vérifier. Le réseau GOARN a été mobilisé en appui au déploiement des équipes d'intervention rapide de l'OMS dans 10 pays où existaient des cas humains ou aviaires d'infection par le virus H5N1, et plus de 30 équipes d'évaluation ont étudié la situation d'autres pays eu égard au risque d'apparition de ce virus.

Afin d'encourager la préparation à la pandémie dans l'ensemble du monde, l'OMS a élaboré un plan d'action stratégique contre la grippe pandémique comportant cinq secteurs d'intervention principaux :

- Réduire l'exposition de l'homme au virus.
- Renforcer le système d'alerte précoce.
- Intensifier les opérations pour endiguer rapidement la maladie.
- Renforcer les capacités pour faire face à une pandémie.
- Coordonner les travaux de recherche et développement à l'échelle mondiale.

En mai 2007, alors que 12 pays avaient déclaré 308 cas humains de grippe dont 186 mortels, presque tous avaient établi un plan de préparation à une pandémie de grippe humaine ou aviaire. L'OMS et un certain nombre de ses Etats Membres ont agi de concert pour constituer des réserves internationales d'oseltamivir, un antiviral susceptible de bloquer la transmission à l'intérieur d'un foyer précoce de transmission interhumaine. L'industrie pharmaceutique poursuit ses travaux à la recherche d'un vaccin contre la grippe pandémique. En 2007, on a encore observé des flambées grippales touchant la volaille ainsi que des cas humains sporadiques, mais aucun virus pandémique n'a fait son apparition. Quoi qu'il en soit, les scientifiques estiment que la menace d'une pandémie de grippe H5N1 n'est pas écartée et que la question qui se pose n'est pas de savoir si une pandémie grippale due à ce virus ou à un autre virus grippal aviaire peut se produire, mais quand elle se produira.

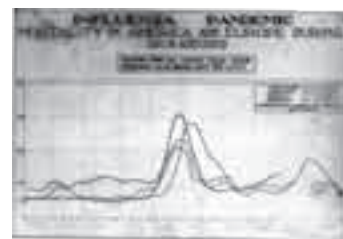


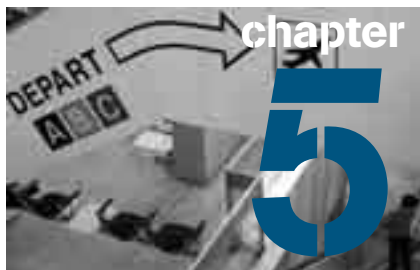
Hôpital d'urgence aux Etats-Unis pendant la pandémie de grippe de 1918-1919.

Le chapitre 4 met également en lumière le problème de la tuberculose ultra-résistante (tuberculose UR) en Afrique australe, problème amplifié par les insuffisances des systèmes de santé et les défaillances qui en résultent dans la gestion des programmes, notamment une supervision déficiente du personnel sanitaire et du traitement des malades, des interruptions dans l'approvisionnement en médicaments ou encore une mauvaise prise en charge clinique, c'est-à-dire autant de facteurs qui empêchent les malades de poursuivre leur traitement jusqu'à son terme. La situation actuelle rappelle à tous les pays et en particulier aux pays africains qu'ils doivent veiller à ce que la lutte antituberculeuse de base soit au niveau des normes internationales en la matière et entreprendre ou, à tout le moins, améliorer la prise en charge des formes résistantes de la maladie.

On a été également ramené au sens des réalités par la propagation du virus poliomyélique dans le monde en 2003-2005 (voir chapitre 2) qui avait pour origine les insuffisances de la lutte menée contre cette maladie au Nigéria. Cet incident a agi comme le révélateur d'un risque de réémergence du virus après l'éradication de la maladie et montré combien il était important que le RSI (2005) ait considéré la poliomyélite comme une maladie soumise à déclaration. Les mécanismes d'alerte et de notification prescrits par le RSI (2005) constituent le complément essentiel des activités menées par le vaste réseau de surveillance qui existe déjà dans l'ensemble du monde et assure la notification immédiate des cas confirmés de poliomyélite ainsi que l'étude clinique et virologique normalisée des cas potentiels. Cette capacité de veille et de réaction est capitale pour l'éradication de la poliomyélite car, une fois le virus éliminé de la nature, la communauté mondiale se doit de rester vigilante, dans l'hypothèse où l'agent pathogène viendrait à être libéré accidentellement ou intentionnellement.

Enfin, sont abordées dans ce chapitre les catastrophes naturelles qui, pour la seule année 2006, ont touché 134,6 millions de personnes en faisant 21 342 morts. Tout comme elles mettent en danger les individus, ces catastrophes peuvent également menacer des systèmes de santé déjà très sollicités sur lesquels tout un chacun compte pour assurer sa sécurité sanitaire personnelle. Au nombre des effets indirects des catastrophes naturelles figurent les épidémies de maladies infectieuses, la malnutrition aiguë, les déplacements de population, les troubles mentaux aigus ou encore l'aggravation des affections chroniques, tous problèmes dont la solution exige la présence de systèmes de santé solides.





## Vers un avenir plus sûr

Dans le *chapitre 5*, on insiste sur l'importance d'un renforcement des systèmes de santé pour l'action sécuritaire en santé publique. On fait d'ailleurs valoir que bien des urgences de santé publique évoquées dans le rapport auraient pu être évitées ou circonscrites si les systèmes de santé concernés avaient été plus solides et mieux préparés. Certains pays ont plus de peine que d'autres à faire face aux menaces qui pèsent sur la sécurité sanitaire parce qu'ils ne disposent pas des ressources nécessaires, que leur infrastructure médico-sanitaire s'est effondrée par suite de l'insuffisance des investissements et de la pénurie de personnel de santé dûment formé, ou encore parce que cette infrastructure a été mise à mal ou détruite par un conflit armé ou une précédente catastrophe naturelle.

Il n'y a pas de pays – si capable, riche ou technologiquement avancé qu'il soit – qui puisse à lui seul prévenir, détecter et combattre la totalité des menaces qui pèsent sur la santé publique. Certaines d'entre elles peuvent être invisibles au niveau national et n'apparaître qu'au terme d'une évaluation correcte du risque par une analyse de la situation dans sa globalité planétaire ou encore nécessiter une coordination internationale efficace.

C'est là le fondement du RSI (2005) mais, comme tous les pays ne seront pas en mesure de relever le défi dans l'immédiat, l'OMS devra compter sur sa longue expérience de chef de file pour les questions de santé publique internationale, sur sa capacité à rassembler et sur les partenariats qu'elle a établis avec les gouvernements, les organisations des Nations Unies, la société civile, les milieux universitaires, le secteur public et les médias pour faire fonctionner ses systèmes de surveillance et d'alerte au niveau mondial.

Comme indiqué au chapitre 1, les réseaux OMS de surveillance et le GOARN sont des partenariats internationaux efficaces qui assurent un service tout en jouant le rôle de filets de sécurité. Le GOARN est en mesure de déployer dans les 24 heures des équipes d'intervention rapide en n'importe quel point du globe afin de prêter une assistance directe aux autorités nationales. Les divers réseaux de surveillance et de laboratoires de l'Organisation sont capables d'établir le tableau général des risques sanitaires dans le monde et d'aider à une analyse efficace des différentes situations.

Par leur action d'ensemble, ces systèmes permettent de combler les lacunes criantes dues à l'absence de moyens nationaux et d'assurer la protection de la communauté mondiale au cas où, pour des raisons d'ordre politique ou autres, on pourrait souhaiter retarder une notification.

Toutefois, pour que ces systèmes continuent à fonctionner efficacement, ils doivent disposer de ressources suffisantes en matière de personnel, de technologie et d'appui financier. Même si les capacités nationales sont renforcées, les réseaux mondiaux de l'OMS resteront tout aussi nécessaires. En fait, à mesure que le RSI (2005) tendra vers son application intégrale, les partenariats, les échanges de connaissances, le progrès technologique, la gestion des événements sanitaires et les communications stratégiques se développeront parallèlement.

## Conclusions et recommandations

Le rapport s'achève sur un certain nombre de recommandations destinées à guider et à inspirer la progression vers la coopération et la transparence dans l'action pour parvenir au niveau le plus élevé possible de sécurité en santé publique.

- Application intégrale du RSI (2005) par tous les pays. Eu égard à la protection de la santé publique aux niveaux national et mondial, les affaires publiques doivent être transparentes. Il faut que cette protection soit considérée comme un problème intersectoriel et comme un élément capital indissociable des politiques et des systèmes socio-économiques.
- Coopération au niveau mondial pour la surveillance, l'alerte et l'action en cas d'épidémie entre les gouvernements, les organisations des Nations Unies, l'industrie et les organismes du secteur privé, les associations professionnelles, les milieux



Les équipes d'intervention rapide de l'OMS se déploient en 24 heures, même dans les régions les plus écartées

universitaires, les agences de presse et autres médias ainsi que la société civile en faisant notamment fond sur l'éradication de la poliomyélite pour mettre sur pied une infrastructure de surveillance et d'intervention efficace et complète.

- Libre accès aux connaissances, technologies et matériels divers, y compris les virus et autres échantillons biologiques, nécessaires pour assurer une sécurité sanitaire optimale au niveau mondial. Le combat pour la sécurité sanitaire mondiale se soldera par un échec si les vaccins, les traitements, les équipements et les produits de diagnostic ne sont accessibles qu'aux nantis.
- Renforcement des capacités en tant que responsabilité mondiale au sein de l'infrastructure médico-sanitaire de tous les pays. Il faut renforcer les systèmes nationaux de manière qu'ils soient en mesure de prévoir bien à l'avance les dangers aux niveaux national et international et de développer des stratégies efficaces pour s'y préparer.
- Collaboration intersectorielle au sein des gouvernements. La garantie de la sécurité sanitaire mondiale est conditionnée par l'existence de relations de confiance et par la collaboration entre les différents secteurs tels que la santé, l'agriculture, le commerce et le tourisme. C'est pour cette raison qu'il faut inciter ces secteurs à bien comprendre la relation complexe qui existe entre leur activité et la sécurité sanitaire et à agir pour la préserver au mieux.
- Accroissement des ressources aux niveaux mondial et national affectées à la formation du personnel de santé, à l'amélioration de la surveillance, au renforcement et au développement des moyens de laboratoire, à l'appui des réseaux d'intervention ainsi qu'à la poursuite et à l'avancement des campagnes de prévention.

Le thème du présent rapport concerne l'action sécuritaire en santé publique dans sa dimension mondiale, mais l'OMS n'oublie pas que chaque individu – femme, homme ou enfant – est exposé aux menaces qui pèsent collectivement sur la santé. Il est capital de ne pas perdre de vue les répercussions que les problèmes sanitaires mondiaux peuvent avoir au niveau individuel. C'est d'ailleurs ce qui, en 1978, avait inspiré l'engagement en faveur de « la santé pour tous » dans le cadre des soins de santé primaires. Cet engagement et les principes sur lesquels il repose n'ont pas pris une ride et sont plus essentiels que jamais. C'est sur cette base que les soins de santé primaires et l'action humanitaire en période de crise – deux moyens d'assurer la sécurité sanitaire au niveau individuel et communautaire – seront analysés en détail dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2008*.





## **BUREAUX DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ**

### **Siège**

Organisation mondiale de la Santé  
Avenue Appia 20  
1211 Genève 27, Suisse  
Téléphone: (41) 22 791 21 11  
Facsimile: (41) 22 791 31 11  
Adresse électronique: [info@who.int](mailto:info@who.int)  
Site Web: <http://www.who.int>

### **Bureau régional OMS de l'Afrique**

Cité du Djoué  
P.O. Box 06  
Brazzaville, Congo  
Téléphone: (47) 241 39100  
Facsimile: (47) 241 39503  
Adresse électronique: [regafro@whoafr.org](mailto:regafro@whoafr.org)  
Site Web: <http://www.afro.who.int>

### **Bureau régional OMS des Amériques/ Organisation panaméricaine de la Santé**

525, 23rd Street N.W.  
Washington, D.C. 20037, Etats Unis d'Amérique  
Téléphone: (1) 202 974 3000  
Facsimile: (1) 202 974 3663  
Adresse électronique: [postmaster@paho.org](mailto:postmaster@paho.org)  
Site Web: <http://www.paho.org>

### **Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est**

World Health House  
Indraprastha Estate  
Mahatma Gandhi Road  
New Delhi 110002, Inde  
Téléphone: (91) 112 337 0804/09/10/11  
Facsimile: (91) 112 337 0197/337 9395  
Adresse électronique: [registry@searo.who.int](mailto:registry@searo.who.int)  
Site Web: <http://www.searo.who.int>

### **Bureau régional OMS de l'Europe**

8, Scherfigsvej  
2100 Copenhague Ø, Danemark  
Téléphone: (45) 39 17 17 17  
Facsimile: (45) 39 17 18 18  
Adresse électronique: [postmaster@euro.who.int](mailto:postmaster@euro.who.int)  
Site Web: <http://www.who.dk>

### **Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale**

WHO Post Office  
Abdul Razzak Al Sanhoury Street  
Nasr City  
Le Caire 11371, Egypte  
Téléphone: (202) 670 25 35  
Facsimile: (202) 670 24 92 ou 670 24 94  
Adresse électronique: [postmaster@emro.who.int](mailto:postmaster@emro.who.int)  
Site Web: <http://www.emro.who.int>

### **Bureau régional OMS du Pacifique occidental**

Boîte postale 2932  
Manille 1099, Philippines  
Téléphone: (632) 528 8001  
Facsimile: (632) 521 1036, 526 0279  
Adresse électronique: [postmaster@wpro.who.int](mailto:postmaster@wpro.who.int)  
Site Web: <http://www.wpro.who.int>

### **Centre international de Recherche sur le Cancer**

150, cours Albert-Thomas  
69372 Lyon Cédex 08, France  
Téléphone: (33) 472 73 84 85  
Facsimile: (33) 472 73 85 75  
Adresse électronique: [webmaster@iarc.fr](mailto:webmaster@iarc.fr)  
Site Web: <http://www.iarc.fr>

**En faisant entrevoir ce qui pourrait être l'une des plus grandes avancées en matière de sécurité sanitaire depuis un demi-siècle, le *Rapport sur la santé dans le monde, 2007* marque un tournant dans l'histoire de la santé publique.**

Lorsque, en 1951, l'OMS a fait paraître sa première série de dispositions juridiquement contraignantes qui avaient pour but d'éviter la propagation internationale des maladies, on prenait le bateau pour voyager d'un pays à l'autre et les nouvelles étaient transmises par le télégraphe.

Le monde a évolué de façon spectaculaire depuis lors. Désormais, on peut compter jusqu'à trois millions de voyageurs qui, chaque jour, prennent la voie des airs pour se rendre d'une ville, d'un pays ou d'un continent à l'autre. Tous les jours, des millions de tonnes de marchandises sont expédiées dans le monde par voie aérienne, terrestre ou maritime. Chaque jour, la circulation incessante des personnes et des biens porte en elle le risque de propager plus rapidement que jamais des maladies extrêmement infectieuses et d'autres types de dangers.

Une crise sanitaire soudaine en un point du globe n'est plus désormais qu'à quelques heures de se transformer ailleurs en urgence de santé publique. Au cours des cinq dernières années, l'OMS a procédé à la vérification de plus de 1100 événements de nature épidémique, au nombre desquels figure une nouvelle maladie mortelle, le SRAS ou syndrome respiratoire aigu sévère, qui a déclenché une alerte internationale en 2003. Il existe aujourd'hui une menace réelle et permanente de pandémie de grippe humaine qui pourrait avoir des conséquences beaucoup plus graves sur le plan humain et économique.



Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2007* analyse, parmi d'autres, ces problèmes qui remettent aujourd'hui en cause la sécurité sanitaire mondiale et il pose la question de savoir comment créer les conditions d'un avenir plus sûr. Il examine les possibilités qu'offrent, pour la défense collective, certains instruments nouvellement élaborés et en particulier le Règlement sanitaire international révisé (2005), qui est entré en vigueur cette année. Ce Règlement est conçu pour assurer une sécurité maximale vis-à-vis de la propagation internationale des maladies et sa portée a été élargie pour couvrir tout type d'urgence ayant des répercussions sur la santé à l'échelle internationale, notamment celles qui résultent de catastrophes naturelles ou encore d'événements de nature chimique ou radionucléaire, qu'ils soient accidentels ou provoqués délibérément.



Il est significatif de constater que le Règlement révisé, qui était axé jusqu'ici sur la mise en place de barrières passives dans les aéroports, les ports et les postes-frontières, privilégie désormais une stratégie basée sur une gestion préventive du risque – consistant à détecter les événements suffisamment tôt et à les juguler à la source –, c'est-à-dire avant qu'ils n'aient la possibilité de constituer une menace à l'échelle internationale.

En effet, s'il est vrai que les risques sanitaires graves peuvent se propager rapidement et qu'ils le font effectivement, rien ne circule plus vite que l'information. De plus en plus dotés des moyens de communication les plus modernes et pouvant s'appuyer sur un maillage international de réseaux, de technologies et de compétences – ainsi que sur des obligations légales –, les pays sont en mesure d'intervenir collectivement et avec promptitude à la source même des urgences sanitaires et d'en prévenir l'extension.

Créer les conditions d'un avenir meilleur est désormais à notre portée. C'est une attente collective autant qu'une responsabilité commune. A mesure que s'accroissent les causes et les conséquences des urgences sanitaires, les protagonistes de l'agenda sécuritaire se diversifient. C'est à eux tous que s'adresse le *Rapport sur la santé dans le monde, 2007*, comme à tous ceux qui sont attachés à la santé publique.

