



VERS UN NOUVEAU REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Dr Stéphane Veyrat

Médecin inspecteur de santé publique

Département des situations d'urgence sanitaire

Direction Générale de la Santé

Ministère des solidarités, de la santé et de la famille

Historique du RSI (IHR)

- **Origine : Épidémies de choléra entre 1830 et 1847 en Europe**
- **1ère Conférence sanitaire internationale à Paris en 1851**
- **2nde moitié XIXème siècle : 8 Conventions sanitaires internationales**
 - **1892 : CSI sur choléra ; 1897 : CSI sur Peste ;**
- **1902 : Création Bureau sanitaire international (USA)**
=>Organisation panaméricaine de la santé (OPS) actuelle.
- **1907 : Création Office international d'hygiène publique (EU),**
secrétariat permanent à Paris
- **1919 : Création Bureau sanitaire Société des Nations à Genève**

Naissance d'une autorité coordinatrice - l'OMS à Genève - et du RSI actuel avec socle juridique

- **7/04/1948 : entrée en vigueur Constitution de l'OMS**
- **1951 : adoption RSI par Etats Membres**
- **1969 : révision du RSI=>RSI actuel, avec modif. mineures en 1973 et 1981**
- **RSI : 1er ensemble international de dispositions sanitaires ayant force exécutoire et s'imposant aux Etats Membres de l'OMS (actuellement 191 Etats)**
- **Entrée en vigueur le 1er janvier 1982**
- **Traduction en droit national : décret n°89-38 du 24 janvier 1989 portant publication du RSI**

Objectifs et pouvoir contraignant du RSI actuel

- **Surveillance et protection maximum vis à vis propagation transfrontalière 3 maladies infectieuses et minimum entrave au trafic international par dispositions suivantes :**
 - obligation de notification cas Choléra, fièvre jaune, peste (liste fermée) et fin d'épidémie=>automaticité diffusion par OMS via REH
 - énoncé mesures maximales applicables au commerce et voyages internationaux en cas d'urgence épidémique (pour limiter les excès)
 - obligation d'application de mesures de santé publique non urgentes aux voyageurs, moyens de transport et biens internationaux, aux points d'arrivée et de départ : CSF, traitement anti-vectoriel, certificats sanitaires et de vaccination , déclaration de santé (harmonisation internationale mesures de routine)
- **2 guides OMS d'hygiène et de salubrité en 1969 : trafic aérien et trafic maritime**

Traduction réglementaire

- partie législative du Code de la Santé Publique :
 - référence au RSI pour CSF- article L.3115-1 : « *Le CSF est régi, sur le territoire de la RF, par les dispositions du RS pris par l’OMS conformément aux art.21 et 22 de sa constitution, des arrangements internationaux et des lois et règlements nationaux intervenus ou à intervenir en cette matière en vue de prévenir la propagation par voie terrestre, maritime ou aérienne des maladies transmissibles* » et R3116-1 à R.3116-5 (sanctions pénales)
- complétée par réglementation nationale concernant :
 - article L3113-1 : transmission obligatoire de données individuelles à l’autorité sanitaire - 22 maladies,
 - L3114-1 : désinfection; L. 3114-4 : mesures d’exception par Décret

Limites du RSI actuel

- Liées à l'évolution mondiale :
 - mondialisation échanges
 - augmentation trafic international
 - déforestations, changements climatiques
 - concentration de populations, zones de précarités++
 - émergence de nouveaux germes infectieux (ex : Fièvre Ebola) et résurgences de maladies anciennes sur de nouveaux territoires (ex : West Nile, tuberculose)

Limites du RSI actuel (2)

- **Liées à la conception du RSI :**
 - **couverture limitée (3 maladies connues et fréquentes)**
 - **articles obsolètes (quarantaine)**
 - **dépendance de la notification officielle Etat touché**
 - **non prise en compte développement réseau informatique mondial**
 - **absence de mécanisme de collaboration OMS / Etat**
 - **faible pouvoir incitatif au respect dispositions, et à prise de mesures spécifiques adaptées au risque sanitaire**
 - **pas de système rapide d'alerte et action en situation d'urgence de santé publique de portée internationale**

Les raisons d'être d'un nouveau RSI

- « à crise mondiale, solutions mondiales »
- isolement complet illusoire (du pays touché ou du reste du Monde) => besoin de mesures adaptées et harmonisées
- impossible de se limiter aux 3 maladies => besoin de critères de notification et d'alerte et d'élargir champs couvert
- efficacité dispositif repose sur capacité détection, analyse et notification précoce du « maillon » (Etat membre) le plus faible => besoin d'amélioration et réduction écarts :
 - élargir supports d'informations pour OMS,
 - recours informatique, points focaux nationaux,
 - assistance technique internationale rapide si alerte,
 - mesures minimales à instaurer pour chaque Etat,
 - possibilité de notification provisoire confidentielle à l'OMS

Processus de révision du RSI

- **1995** : Résolution Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) demandant révision RSI
- **1998-99** : concertations++ Organisations Mondiale du Commerce => résistances++, également Orga. Maritime internationale, IATA, FAO, Codex Alimentarius
- **2001** : résolution AMS : « sécurité sanitaire mondiale : alerte et action en cas d 'épidémie » => OMS peut demander vérification à Etats (5000 notif. OMS / an, 10% demandes vérif.)
- **2002** : résolution AMS sur menaces NBC
- **2003** : GT AMS intergouvernemental + consultations des régions OMS => projet nouveau RSI soumis AMS pour adoption en Mai 2005

Les points essentiels du nouveau RSI (1)

Surveillance et alerte :

- **notification à l'OMS de toute « urgence sanitaire de portée internationale » selon évaluation + algorithme prenant en compte : gravité et mortalité, événement inattendu ou inhabituel, risque de propagation internationale, risque de restrictions internat. , besoin d'assistance du pays touché**
- **notifications confidentielles et provisoires (non reprises dans REH), demandes de vérification des informations par OMS et diversification des sources d'informations (GPHIN , EWRS, etc.)**
- **réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie avec point focal national et OMS 24/24 -**
- **acquisition par les Etats de mesures minimales de dispositif de veille et d'alerte précisées aux Etats (projet de guide)**

Les points essentiels du nouveau RSI (2)

mesures de lutte

- **réseau d'assistance rapide GOARN (Global outbreak alert and response network) : épidémiologique, laboratoire, matériel**
- **des mesures de lutte édictées par l'OMS homogènes et ajustées selon l'impact de santé publique, avec une réévaluation continue de l'évolution épidémique et de l'efficacité des mesures**
- **une révision des guides OMS d'hygiène et de salubrité à bord des navires, et dans les transports aériens**
- **une demande de mise en conformité à 5 ans des Etats pour l'exercice du CSF aux points d'entrée terrestres, maritimes et aériens.**

Les exemples actuels

- **Fièvres hémorragiques virales en Angola**
- **Choléra au Sénégal et autres pays**
- **Grippe aviaire en Asie du Sud Est**
- **SRAS en 2003**
- **Peste**
- **témoignage de l'importance de :**
 - **connaître le nouveau RSI et de l'appliquer de façon homogène d'un pays à l'autre**
 - **disposer des informations sur la situation épidémique locale**
 - **disposer de procédures partagées à appliquer à bord de navires en cas de suspicion de maladie, et en routine en quittant une zone d'endémie (lutte anti-vectorielle, dératisation, etc.)**

Un exemple du RSI actuel : le choléra

- **Art.62** : si à l'arrivée d'un navire...un cas de choléra est constaté, ..., l'autorité sanitaire :
 - a) peut soumettre les passagers et les membres de l'équipage jugés suspects à une surveillance ou à un isolement pendant une période qui ne doit pas excéder 5 jours...
- **Art. 64** :
 - 1) nul ne peut être astreint à un prélèvement rectal
 - 2) une personne effectuant un voyage international arrivée pendant la période d'incubation du choléra d'une zone infectée et qui présente des symptômes permettant de soupçonner le choléra peut être astreinte à un examen de selles