



**Conseil économique
et social**

Distr.
GÉNÉRALE

ECE/MP.WH/2007/5
EUR/06/5069385/12
5 janvier 2007

FRANÇAIS
Original: ANGLAIS

**COMMISSION ÉCONOMIQUE
POUR L'EUROPE**

**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
BUREAU RÉGIONAL POUR L'EUROPE**

RÉUNION DES PARTIES AU PROTOCOLE
SUR L'EAU ET LA SANTÉ RELATIF À
LA CONVENTION SUR LA PROTECTION
ET L'UTILISATION DES COURS D'EAU
TRANSFRONTIÈRES ET DES LACS
INTERNATIONAUX

Première réunion
Genève, 17-19 janvier 2007
Point 7 de l'ordre du jour provisoire

SURVEILLANCE DES MALADIES LIÉES À L'EAU

Note du secrétariat*

I. INTRODUCTION

1. L'un des piliers du Protocole sur l'eau et la santé est la mise en place de systèmes de surveillance, d'alerte rapide et d'intervention conçus pour prévenir et combattre les flambées de maladies liées à l'eau. Dans le préambule, les Parties au Protocole se déclarent conscientes du fait que la surveillance des maladies liées à l'eau et la mise en place de systèmes d'alerte rapide et d'intervention sont des aspects importants de l'action à mener pour prévenir, combattre et faire reculer ces maladies.

2. Le paragraphe 1 de l'article 8 stipule que les Parties veillent à ce que «des systèmes nationaux et/ou locaux complets de surveillance et d'alerte rapide soient mis en place, améliorés ou maintenus», si possible parallèlement à des systèmes analogues créés à d'autres fins.

* Le présent document a été soumis à la date ci-dessus afin que puissent se tenir des consultations avec le Président du Groupe de travail de l'eau et de la santé et un groupe d'États parties et non parties.

3. Le paragraphe 3 de l'article 8 définit les délais fixés comme suit: «Dans les trois ans qui suivent la date à laquelle elle devient partie au présent Protocole, chaque Partie met en place les systèmes de surveillance et d'alerte rapide, les plans d'urgence et les moyens d'intervention mentionnés au paragraphe 1 du présent article.».

4. L'article 12 expose les nombreuses possibilités de coopération à l'échelon international, notamment «la mise en place de systèmes communs ou coordonnés de surveillance et d'alerte rapide, de plans d'urgence et de moyens d'intervention dans le cadre ou en complément des systèmes nationaux maintenus conformément à l'article 8» (al. *c* de l'article 12) et «la mise en place de systèmes d'information intégrés et de bases de données, l'échange d'informations et la mise en commun de connaissances et de données d'expérience techniques et juridiques» (al. *e* de l'article 12).

5. Afin d'aider les Parties à s'acquitter des obligations qui leur incombent, en vertu du Protocole, pour ce qui concerne la mise en place de systèmes de surveillance, les auteurs du présent document se sont attachés à:

a) Faire le point des dispositions du Règlement sanitaire international, qui constitue un mécanisme de notification juridiquement contraignant aux fins de la surveillance des maladies à l'échelon mondial;

b) Faire le point des obligations de notification à l'échelon régional, notamment celles qui concernent l'acquis de l'Union européenne;

c) Résumer les conclusions de la littérature pertinente sur la qualité de la surveillance des maladies en Europe;

d) Rappeler le rang de priorité donné aux maladies liées à l'eau par plusieurs groupes d'experts réunis en vertu du Protocole;

e) Résumer les informations issues des programmes de surveillance des maladies de l'OMS et les évaluer par rapport aux obligations énoncées dans le Protocole;

f) Proposer des moyens d'aller de l'avant pour remplir les obligations énoncées dans le Protocole.

II. OBLIGATIONS SANITAIRES AU NIVEAU MONDIAL

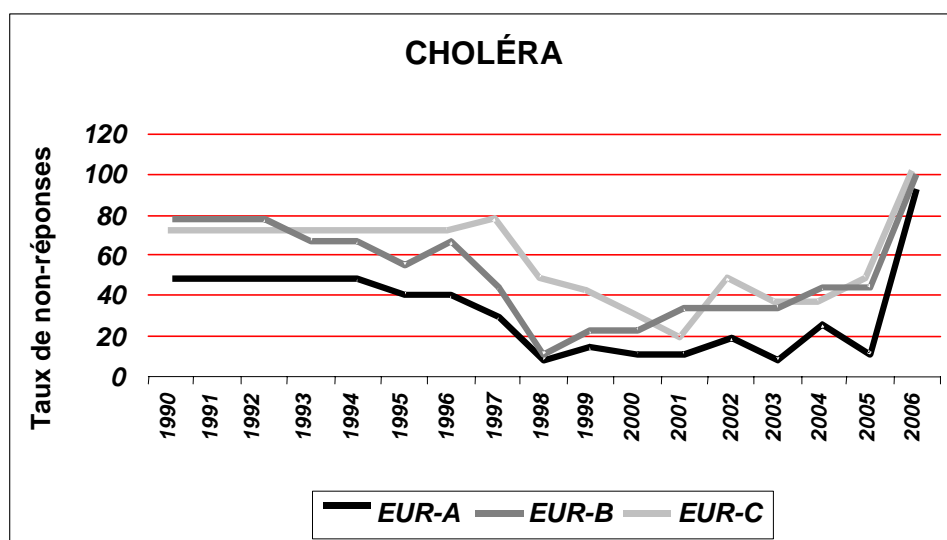
6. Le paragraphe 1 de l'article 2 du Protocole donne la définition suivante: «L'expression "maladie liée à l'eau" désigne tout effet préjudiciable important sur la santé de l'homme (décès, incapacité, maladies ou troubles) causé directement ou indirectement par l'état de l'eau ou par une modification quantitative ou qualitative de celle-ci».

7. Une définition aussi large autorise l'exécution d'activités dans de nombreux domaines mais ne donne pas d'idée très précise de ce que recouvre l'expression «maladie liée à l'eau». Une classification courante¹ inclut dans les maladies liées à l'eau les maladies véhiculées par l'eau, dues au manque d'hygiène, au manque d'eau et aux eaux usées. Les Parties signataires sont convenues de limiter les activités exécutées au titre du Protocole aux maladies véhiculées par l'eau, qui comprennent les maladies résultant de l'ingestion de micro-organismes pathogènes (protozoaires, bactéries ou virus) ou de substances chimiques nocives.

8. Il est important de noter que le choléra est la seule maladie d'origine hydrique dont la notification est obligatoire au titre du Règlement sanitaire international² et qui fait par conséquent l'objet de dispositifs de dépistage et de notification à l'échelle internationale³. Les données actuellement disponibles ne font état d'aucun cas indigène de choléra dans aucun des pays parties au Protocole ou dans d'autres États membres de l'Union européenne, bien que des cas importés soient fréquemment dépistés.

9. La figure 1 illustre les progrès de la notification du choléra dans les États membres de la région européenne de l'OMS.

Figure 1. Taux de réponses pour le choléra dans la région européenne de l'OMS



¹ Données sur la charge mondiale de morbidité et de mortalité associée aux maladies liées à l'eau extraites du site http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/facts2004/en/index.html (accessible depuis le 10 avril 2006).

² Le Règlement sanitaire international de l'OMS peut être consulté sur le site http://www.who.int/csr/ihr/WHA58_3-en.pdf (accessible depuis le 10 avril 2006).

³ Pour des informations sur le système de notification des poussées de choléra, voir le site <http://www.who.int/csr/don/archive/disease/cholera/en/> (accessible depuis le 22 juin 2006).

10. Le tableau 1 donne un résumé du nombre des cas de choléra enregistrés dans la région européenne de l’OMS depuis 1990, année de référence pour la Déclaration du Millénaire, et 1999, année de la signature du Protocole.

Tableau 1. Cas de choléra notifiés à l’OMS

Sous-région	1990-Présent	1999-Présent
EUR-A	591	209
EUR-B	312	83
EUR-C	2 693	0
Total	3 596	292

III. LE CAS PARTICULIER DES ÉTATS MEMBRES DE L’UE

Obligations juridiques

11. Dans l’Union européenne, la surveillance épidémiologique est régie par la décision 2119/98/CE⁴ du Parlement européen et du Conseil du 24 septembre 1998 instaurant un réseau de surveillance épidémiologique et de contrôle des maladies transmissibles dans l’Union. Cette décision se réfère à l’article 129 du Traité sur l’Union européenne⁵, qui est ainsi conçu:

«1. La Communauté contribue à assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine en encourageant la coopération entre les États membres et, si nécessaire, en appuyant leur action. L’action de la Communauté porte sur la prévention des maladies, et notamment des grands fléaux, y compris la toxicomanie, en favorisant la recherche sur leurs causes et leur transmission ainsi que l’information et l’éducation en matière de santé. Les exigences en matière de protection de la santé sont une composante des autres politiques de la Communauté.

2. Les États membres coordonnent entre eux, en liaison avec la Commission, leurs politiques et programmes dans les domaines visés au paragraphe 1. La Commission peut prendre, en contact étroit avec les États membres, toute initiative utile pour promouvoir cette coordination.

⁴ Le texte de la décision 211/98/CE peut être consulté sur le site http://europa.eu.int/servlet/portail/RenderServlet?search=DocNumber&lg=en&nb_docs=25&do_main=Legislation&coll=&in_force=NO&an_doc=1998&nu_doc=2119&type_doc=Decision (accessible depuis le 10 avril 2006).

⁵ Le texte du paragraphe cité peut être consulté à l’adresse <http://eur-tex.europa.eu/en/treaties/dat/11992M/htm/11992M.htm> (accessible depuis le 22 juin 2006).

3. La Communauté et les États membres favorisent la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé publique.

4. Pour contribuer à la réalisation des objectifs visés au présent article, le Conseil adopte:

- Statuant conformément à la procédure visée à l'article 189b et après consultation du Comité économique et social et du Comité des régions, des actions d'encouragement, à l'exclusion de toute harmonisation des dispositions législatives et réglementaires des États membres;
- Statuant à la majorité qualifiée sur proposition de la Commission, des recommandations.».

12. L'article premier de la décision définit le but recherché (instaurer un réseau au niveau communautaire pour améliorer la prévention et le contrôle des catégories de maladies transmissibles énumérées à l'annexe de la décision). Ce réseau est utilisé pour la surveillance épidémiologique de ces maladies et comme système d'alerte précoce et de réaction visant la prévention et le contrôle de ces maladies.

13. L'article 9 stipule que chaque État Membre désigne, dans les six mois qui suivent l'entrée en vigueur de la décision, les structures et/ou autorités nécessaires et en informe la Commission et les autres États Membres.

14. Le paragraphe 1 de l'article 14 dispose que: «La Commission présente régulièrement au Parlement européen et au Conseil un rapport contenant une évaluation du fonctionnement du réseau communautaire.».

15. Le paragraphe 2 de l'article 14 précise que le premier rapport est soumis dans un délai de trois ans après l'entrée en vigueur de la décision.

16. Le paragraphe 3 de l'article 14 dispose que: «La Commission procède à une évaluation du réseau communautaire *tous les cinq ans* [...] et présente un rapport au Parlement européen et au Conseil».

17. La décision 2119/98/CE est entrée en vigueur le 3 janvier 1999.

18. La décision 2000/96/CE⁶ de la Commission, du 22 décembre 1999, concernant les maladies transmissibles que le réseau communautaire doit couvrir sur une base progressive en application de la décision 2119/98/CE du Parlement européen et du Conseil (notifiée sous le n° C(1999)4015) donne, dans son annexe 1, la liste des maladies transmissibles et des problèmes sanitaires particuliers qui doivent être couverts. Ce sont notamment l'hépatite virale (hépatite A),

⁶ Le texte de la décision 2000/96/CE peut être consulté à l'adresse http://europa.eu.int/servlet/portail/RenderServlet?search=DocNumber&lg=en&nb_docs=25&do_main=Legislation&coll=&in_force=NO&an_doc=2000&nu_doc=96&type_doc=Decision (accessible depuis le 10 avril 2006).

les maladies d'origine alimentaire et hydrique et les maladies d'origine environnementale (campylobactériose, cryptosporidiose, lambliaose, infection à *E. coli* entéro-hémorragique, shigellose, etc.), et les maladies graves importées (choléra, paludisme).

19. L'article 3 de la décision précise qu'aux fins de la mise en œuvre technique de la décision, le réseau communautaire fonctionne provisoirement à l'aide du système Euphin-HSSSCD (système de surveillance sanitaire pour les maladies transmissibles dans le cadre du réseau européen d'informations dans le domaine de la santé publique)⁷.

20. La décision 2000/96/CE, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000, ne contient pas de dispositions particulières sur les obligations en matière de notification.

21. La décision 2002/253/CE⁸ de la Commission du 19 mars 2002 établit des définitions de cas pour la déclaration des maladies transmissibles au réseau communautaire en application de la décision 2119/98/CE⁹ du Parlement européen et du Conseil.

22. Cette décision rend obligatoire la notification de plusieurs maladies, parmi lesquelles la campylobactériose, le choléra, la cryptosporidiose, l'infection à *E. coli* entéro-hémorragique, la lambliaose, l'hépatite virale A, la légionellose, la leptospirose, la listériose, le paludisme, la salmonellose (non-Thypi, non paratyphi), la shigellose et la typhoïde/paratyphoïde.

23. Les données relatives aux mesures prises au niveau national pour la notification des maladies en Europe sont rassemblées dans l'inventaire des ressources pour les maladies infectieuses (IRID)¹⁰.

24. La décision 2002/253/CE est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003.

⁷ Pour des informations plus complètes sur le système Euphin-HSSSCD, consulter le site <http://ec.europa.eu/idabc/en/document/2259/16#what> (accessible depuis le 22 juin 2006).

⁸ Le texte de la décision 2002/253/CE peut être consulté sur le site http://europa.eu.int/servlet/portail/RenderServlet?search=DocNumber&lg=en&nb_docs=25&domain=Legislation&coll=&in_force=NO&an_doc=2002&nu_doc=253&type_doc=Decision (accessible depuis le 22 juin 2006).

⁹ Le texte de la décision 2119/98/CE peut être consulté sur le site http://europa.eu.int/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexapi!prod!CELEXnumdoc&lg=EN&numdoc=32002D0253&model=guichett (accessible depuis le 11 avril 2006).

¹⁰ Des informations sur l'IRID sont données sur le site <http://iride.cineca.org> (accessible depuis le 10 avril 2006).

25. Bien qu'ait été désigné un dispositif intérimaire d'application, la situation actuelle dans l'Union européenne est telle que différents réseaux sont spécialisés dans la notification de différentes maladies¹¹. La liste des maladies couvertes par le Basic Surveillance Network a récemment été étendue^{12,13} à toutes les maladies infectieuses, à l'exception des maladies liées à l'eau.

Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC)

26. La mission du Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies (ECDC) est définie dans le règlement (CE) 851/2004 du Parlement européen et du Conseil du 21 avril 2004. Les trois fonctions essentielles de l'ECDC sont de donner des avis scientifiques, d'assurer des activités de surveillance et de gérer un système d'alerte précoce et de réaction.

27. Dans le cadre de ses activités de surveillance, l'ECDC vise à établir un système européen de surveillance introduisant un système unique de notification en Europe (pour les 25 États membres de l'UE plus les membres de l'EEE et de l'AELE).

28. Les fonctions de préparation et de riposte sont axées sur la collecte de données épidémiologiques, la préparation et la riposte aux poussées épidémiques et l'élaboration et l'application d'une stratégie de formation.

29. L'ECDC s'emploie à créer une base de données centralisée conformément aux obligations évoquées plus haut.

30. Les participants à une consultation d'experts tenue à Budapest les 9 et 10 mai 2006¹⁴ sont convenus qu'il était nécessaire d'instituer un système commun de collecte des données pour suivre les progrès de la lutte contre les maladies liées à l'eau et que l'OMS (CISID) et l'ECDC devraient veiller à ce que les Parties ne soient pas obligées d'exécuter en double des activités de surveillance.

¹¹ Lenglet A et Hernandez Pezzi G (2006), «Une comparaison des sites Internet des réseaux de surveillance des maladies dans l'Union européenne», Euro Surveill. 11 (5), pouvant être consulté sur le site <http://www.eurosurveillance.org/em/v11n05/1105-227-asp> (accessible depuis le 20 juin 2006).

¹² Ternhag A. et al. (2004), «Basic Surveillance Network, a European database for surveillance data on infectious diseases», EuroSurveill. 2004 Jul;9(7) 19-22, pouvant être consulté sur le site <http://www.eurosurveillance.org/em/v09n07/0907-221-asp> (accessible depuis le 20 juin 2006).

¹³ Le Basic Surveillance Network a deux sites Web, dont l'un est librement accessible à l'adresse suivante: <https://www.eubsn.org/BSN/> (accessible depuis le 20 juin 2006).

¹⁴ Ce rapport peut être consulté sur le site <http://www.euro.who.int/document/e89178.pdf> (accessible depuis le 15 octobre 2006).

IV. ÉVALUATION DE LA SURVEILLANCE EN EUROPE

31. Une recherche dans la base de données du programme de surveillance des maladies émergentes (PROMED) à l'aide des mots clefs «drinking AND water AND disease AND Europe» pour chaque année écoulée entre la date de la signature du Protocole, en juin 1999 et le mois de mars 2006 a permis de recueillir quelques renseignements intéressants:

32. Les auteurs d'études plus anciennes¹⁵ s'étaient contentés de chercher à calculer la charge de morbidité dans la région européenne. Ils avaient admis qu'aucune indication n'avait été donnée sur la nature des systèmes de surveillance en place dans les différents pays et que le nombre des maladies faisant l'objet de relevés n'était pas le même suivant les pays.

33. Les auteurs d'une étude à caractère plus général¹⁶ exécutée dans le cadre des préparatifs ayant précédé la signature du Protocole avaient passé en revue les systèmes de surveillance et conclu que les données disponibles sur les maladies et les poussées épidémiques d'origine hydrique étaient souvent incomplètes et manquaient de cohérence. Par ailleurs, les différences observées entre les pays des points de vue des méthodes d'enregistrement et de notification, de la classification des maladies, des restrictions d'ordre financier et des bases juridiques de la notification brouillaient souvent le tableau d'ensemble.

34. Une étude plus récente¹⁷ a porté en particulier sur la surveillance des maladies liées à l'eau dans l'Union européenne. Ses auteurs ont constaté que les systèmes de surveillance manquaient de cohérence et que les obligations de notification n'étant pas les mêmes d'un pays à l'autre, de nombreux cas de maladies liées à l'eau n'étaient pas détectés. Neuf des pays ayant participé à l'étude ont déclaré ne pas avoir adopté de définition d'une poussée de maladie liée à l'eau.

35. Les auteurs d'une autre étude récente¹⁸ ont également fait observer que les protocoles d'analyse et d'échantillonnage en laboratoire de même que les méthodes de notification varient entre et dans les pays et que ces différences influent sur le degré d'actualité, la sensibilité et la représentativité des résultats d'opérations de surveillance basées sur des analyses de laboratoire et des examens cliniques. D'après ces auteurs, le fait de soumettre les notifications par voie électronique, d'émettre des rappels et de relier directement les notifications à l'échelon national est l'un des points forts de la surveillance basée sur la communication de rapports. Ils ont estimé qu'il serait nécessaire d'avoir des informations plus détaillées sur les caractéristiques

¹⁵ Kramer M et al (2001) "Waterborne diseases in Europe 1986-1996" Journal of the American Water Works Association janvier 2001 p. 48 à 53.

¹⁶ EEA/WHO (2002) Water and Health in Europe WHO Regional Publication European Series n° 93 p. 109.

¹⁷ Poullis D. A., Attwell R. W. and Powell S. C. (2002) "An evaluation of waterborne disease surveillance in the European Union" Reviews on Environmental Health 17 (2) p. 149-159.

¹⁸ Riserbo, H. L. and Hunter, P. R. "Surveillance of waterborne diseases in European Member States: a qualitative study" personal communication.

démographiques et les facteurs de risque correspondant à chaque cas pour la détection et l'étude des poussées épidémiques. Ils ont également conclu qu'une collaboration avec les sociétés de distribution d'eau et des sources d'information à l'extérieur et à l'intérieur des pays était indispensable pour une surveillance efficace.

36. Pour certains auteurs¹⁹, cet état de choses s'explique par le fait que les systèmes nationaux de surveillance ont souvent été conçus en réponse à des poussées épidémiques dans le but de déterminer des états paraissant anormaux par rapport à une référence donnée et non au niveau d'endémicité.

37. Enfin, à leur deuxième réunion, tenue à Genève du 2 au 4 juillet 2003²⁰, les signataires du Protocole ont pris note du manque actuel de coordination des activités de surveillance des maladies liées à l'eau en Europe et demandé que soient incluses dans le plan de travail des mesures visant à intégrer/coordonner les mécanismes existants d'information pour la surveillance et la détection des poussées épidémiques.

V. DÉTERMINATION DES MALADIES PRIORITAIRES AUX FINS DU PROTOCOLE

38. Un premier groupe d'experts créé en vertu du Protocole a tenu sa première réunion à Bonn (Allemagne) les 25 et 26 octobre 2001. Ses participants, membres des Ministères de la santé de l'Allemagne, de la Belgique, de la France, de la Hongrie, des Pays-Bas, de la Suède et de la Suisse, ont recommandé²¹ que soit établie la liste suivante de maladies²²:

a) Maladies d'étiologie connue: choléra, infection à E. coli entéro-hémorragique, hépatite virale A, dysenterie bacillaire/shigellose et fièvre typhoïde;

¹⁹ Stanwell-smith, R; Andersson Y and Levy D. A. «National Surveillance Systems» p. 37 à 38 in Hunter P. R.; Waite M.; and Ronchi E Eds (2003) Drinking water and infectious disease – establishing the links CRC press.

²⁰ Le rapport de la deuxième réunion des signataires du Protocole sur l'eau et la santé peut être consulté à l'adresse <http://www.euro.who.int/document/E81387.pdf>.

²¹ Le rapport de la réunion du groupe d'experts peut être consulté à l'adresse <http://www.euro.who.int/document/e74636.pdf>.

²² Des descriptions détaillées de la plupart des maladies liées à l'eau peuvent être consultées sur le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/diseasefact/en/print.html. Pour des descriptions des maladies non énumérées ici, voir les Directives de qualité pour l'eau de boisson de l'OMS, 3^e éd. vol. 1 OMS, Genève (traduction en cours). Dans la version anglaise de l'ouvrage, on trouvera des indications sur E. coli entéro-hémorragique aux pages 229 et 230, la shigellose aux pages 240 et 241, la cryptosporidiose aux pages 262 à 264 et la lambliaose aux pages 267 et 268. Des descriptions plus détaillées figurent dans l'ouvrage de Hunter P. (1997) Waterborne disease – Epidemiology and ecology Wiley and Sons.

b) Maladies d'étiologie inconnue: diarrhée sévère et aiguë (sanglante et acqueuse), déshydratation, vomissements, fièvre persistante et bradycardie.

39. À sa deuxième réunion, tenue à Budapest les 29 et 30 novembre 2001, le groupe d'experts²³, composé de 20 spécialistes membres des ministères de la santé de 12 pays, a:

a) Précisé que les «maladies prioritaires» désignaient les maladies ayant de graves conséquences pour la santé et liées à un risque élevé de propagation secondaire. Les maladies suivantes ont été classées comme prioritaires: choléra, infection à E. coli entéro-hémorragique, hépatite virale A, dysenterie bacillaire/shigellose et fièvre typhoïde;

b) Qualifié de «maladies secondaires» les maladies causées par les micro-organismes pathogènes suivants: Campylobacter, Cryptosporidium, Giardia intestinalis et Calicivirus;

c) Souligné l'importance des poussées sporadiques ainsi que des poussées de maladies gastro-intestinales aiguës peu fréquentes d'étiologie indéterminée;

d) Rappelé que, contrairement à des croyances répandues, de nombreuses maladies dues à la présence de substances chimiques dans les approvisionnements en eau sont encore endémiques dans de nombreuses parties de la région européenne. Les principaux éléments concernés sont les nitrates/nitrites, le fluorure, l'arsenic, le plomb et les trihalométhanes; pour ce qui concerne les propriétés organoleptiques, le fer, le manganèse, la couleur et l'excès de turbidité ont été mentionnés.

40. Le débat sur la liste des maladies liées à l'eau devant être considérées comme prioritaires a été réouvert à l'échelon politique au cours de la cinquième session du Groupe de travail de l'eau et de la santé (Genève, 5-7 décembre 2005) mais n'a donné lieu à aucune divergence d'opinion.

41. Il est bien évident que l'origine de ces maladies ne peut pas toujours être attribuée avec certitude à l'eau et que dans bien des cas, la qualité des aliments peut aussi jouer un rôle. Toutefois, le fait qu'il soit impossible de désigner l'eau comme la seule source d'exposition ne doit pas empêcher de faire figurer la maladie considérée dans la liste des maladies visées par le système de surveillance prévu par le Protocole.

VI. INFORMATIONS ACTUELLEMENT DISPONIBLES

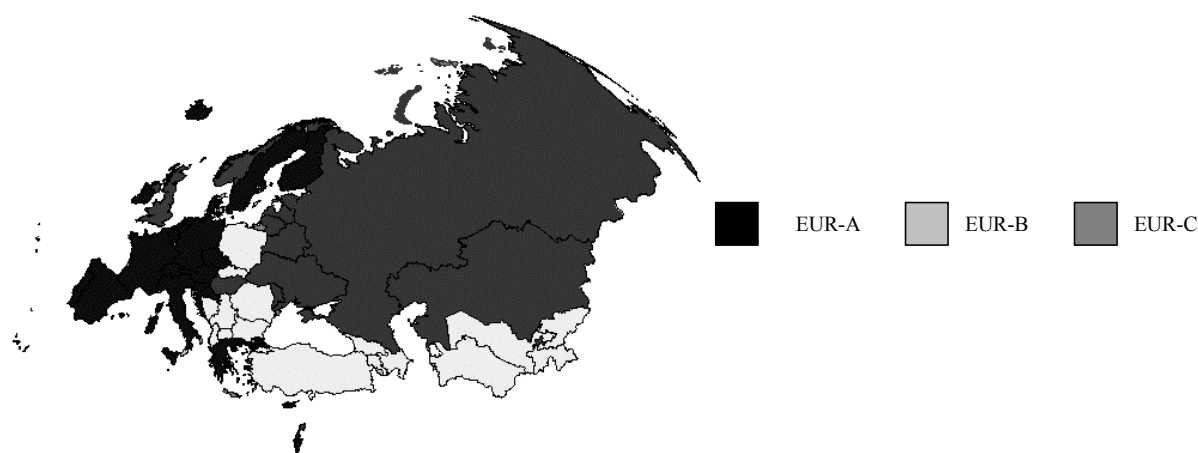
42. Deux types d'informations sont couverts par le système actuel selon lequel des données sont volontairement communiquées à l'OMS par les États membres de sa région européenne: les cas de mortalité par maladie diarrhéique chez les moins de 5 ans sont recensés par l'intermédiaire de la base de données de la Santé pour tous (HfA)²⁴, et les cas (ou l'incidence)

²³ Le rapport de la réunion du groupe d'experts de la surveillance des maladies liées à l'eau peut être consulté à l'adresse: <http://www.euro.who.int/document/e74635.pdf>.

²⁴ Les bases HfA et CISID peuvent être consultées à partir de la page d'accueil à l'adresse http://www.euro.who.int/InformationSources/Data/20010827_1 (accessible depuis le 15 octobre 2006).

des maladies liées à l'eau classées comme prioritaires et secondaires sont recensés par l'intermédiaire du système centralisé d'information sur les maladies infectieuses (CISID). La région européenne de l'OMS est souvent subdivisée, sur la base de critères sanitaires, en trois sous-régions appelées EUR-A, EUR-B et EUR-C et représentées sur la carte reproduite à la figure 2²⁵. C'est à cette structure géographique qu'il est fait référence dans ce document. Quelques remarques d'ordre géopolitique y sont également faites en raison des changements intervenus dans la législation de l'UE et sa mise en œuvre.

Figure 2. Sous-régions de la région européenne définies en fonction de critères sanitaires



Mortalité

43. La base de données de la Santé pour tous (HfA) de l'OMS²⁶ contient des informations sur la mortalité²⁷ par maladie diarrhéique chez les moins de 5 ans selon le sexe ainsi que sur plus de 600 autres indicateurs de la situation sanitaire.

²⁵ Les pays de ces sous-régions sont les suivants (le nom des États Parties apparaît **en gras et souligné** et celui des signataires apparaît souligné) Europe A: Allemagne, Andorre, Autriche, **Belgique**, **Croatie**, Chypre, Danemark, Espagne, **Finlande**, **France**, Grèce, Irlande, Islande, Israël, Italie, **Luxembourg**, Malte, Monaco, **Norvège**, **Pays-Bas**, **Portugal**, **République tchèque**, **Royaume-Uni**, Saint-Marin, Slovénie, Suède, **Suisse**

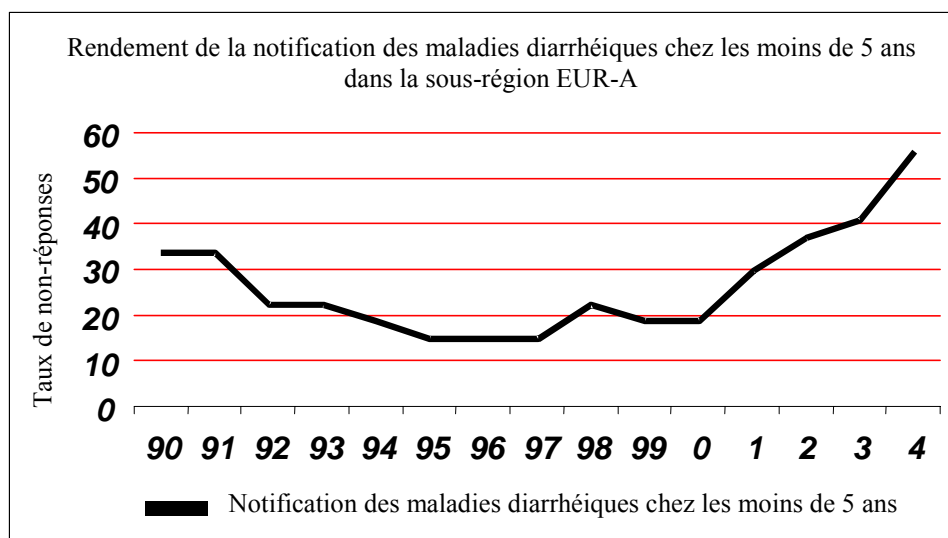
Europe B: **Albanie**, Arménie, **Azerbaïdjan**, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, ex-République yougoslave de Macédoine, Géorgie, Kirghizistan, Ouzbékistan, Pologne, **Roumanie**, Serbie et Monténégro, **Slovaquie**, Tadjikistan, Turquie, Turkménistan

Europe C: Bélarus, **Estonie**, **Fédération de Russie**, **Hongrie**, Kazakhstan, **Lettonie**, **Lituanie**, **République de Moldova**, **Ukraine**.

²⁶ Pour des informations sur la base de données de la Santé pour tous et l'accès à cette base, voir le site http://euro.who.int/InformationSources/Data/20010827_1 (accessible depuis le 18 avril 2006).

44. Système de notification: afin d'évaluer l'efficacité de la notification, on a téléchargé les données des bases correspondantes de l'OMS et compté les réponses obtenues par pays et par année. La somme obtenue a ensuite été rapportée au nombre total de pays de la sous-région et exprimée en pourcentage. En soustrayant ce pourcentage de 100, on a obtenu le taux de non-réponses par année dans chaque sous-région. Le rendement de la notification dans les sous-régions EUR-A, EUR-B et EUR-C est présenté dans les figures 3 à 5.

Figure 3. Taux de réponses dans la sous-région EUR-A – notification des maladies diarrhéiques chez les moins de 5 ans



²⁷ Le terme «mortalité» désigne le taux de décès, c'est-à-dire le rapport entre le nombre total de décès et le chiffre de la population, et le terme «morbidité» l'incidence d'une maladie ou de toutes les maladies dans une population. Source: Anon On-line Medical Dictionary, Dept. of Medical Oncology, University of Newcastle upon Tyne pouvant être consulté sur le site <http://cancerweb.ncl.ac.uk/cgi-bin/omd?action=Home&query=> (accessible depuis le 25 juillet 2005).

Figure 4. Rendement de la notification des maladies diarrhéiques chez les moins de 5 ans dans la sous-région EUR-B

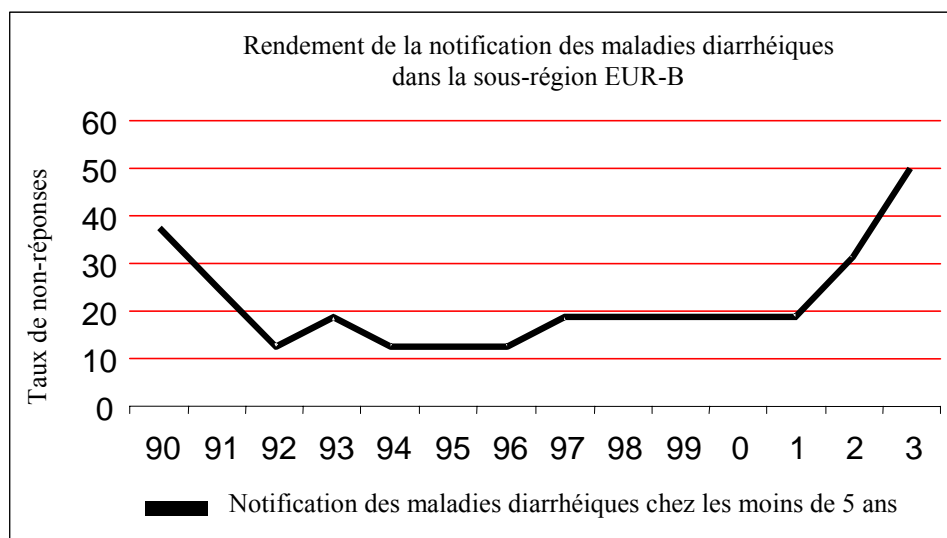
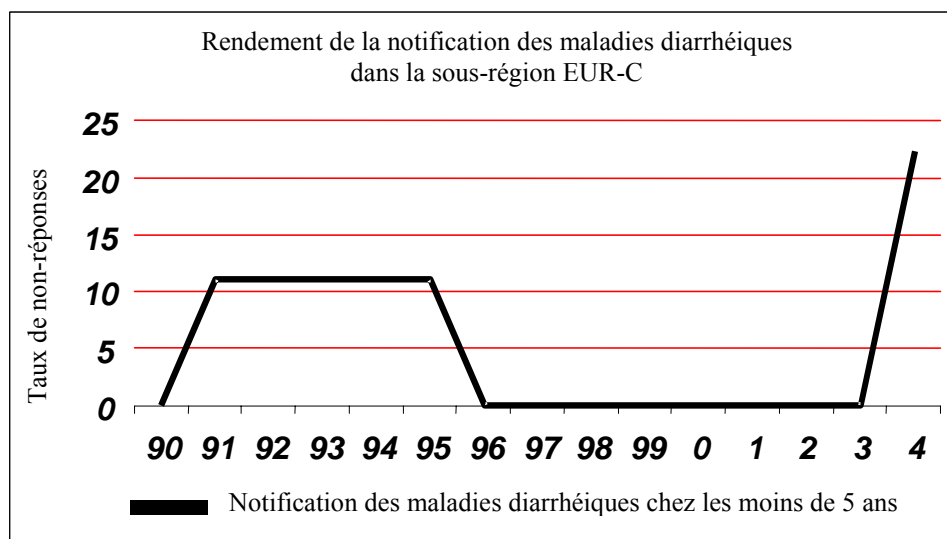


Figure 5. Rendement de la notification des maladies diarrhéiques chez les moins de 5 ans dans la sous-région EURC



45. La majorité des pays membres de l'UE communiquent leurs données pour deux années civiles de même que les pays en voie d'adhésion à l'UE. Dans les pays de l'AELE, ces notifications sont sporadiques, sans doute parce que les décès d'enfants de moins de 5 ans par maladie diarrhéique y sont exceptionnels. Dans l'EOCAC en revanche, la moitié seulement des pays soumettent leurs notifications pour deux années civiles, cinq ne soumettent aucune notification et les autres ne communiquent des données que de façon intermittente.

46. Le graphique montre également que les données communiquées à la base de la Santé pour tous le sont avec retard, des délais de deux à trois ans n'étant pas rares (d'où l'accroissement du taux de non-réponses pour les années les plus récentes).

Données de mortalité

47. En associant les données de la base de la Santé pour tous à celles de la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales sur la population d'enfants âgés de 0 à 4 ans, on a cherché à obtenir une estimation, présentée au tableau 2 ci-dessous²⁸, de la mortalité totale pour une période de cinq ans (1995-2000). On peut en tirer une estimation préliminaire du nombre d'enfants mourant chaque année de maladies diarrhéiques dans la région européenne. Toutefois, étant donné les lacunes du système de notification évoquées plus haut, ces chiffres sont très certainement en deçà de la réalité.

Tableau 2. Mortalité totale par maladie diarrhéique chez les moins de 5 ans

Sous-région	1995	2000
EU	1 443	1 183
AELE	20	20
EEE	1 995	1 712
EOCAC	107 258	27 589
Autres	3 517	1 365
TOTAL	114 233	31 869

48. Entre 1995 et 2000, la mortalité par maladie diarrhéique chez les moins de 5 ans a diminué d'environ 72 %, en grande partie grâce aux efforts déployés dans les pays de l'EOCAC. Néanmoins, même dans l'hypothèse d'une baisse proportionnelle annuelle, on peut raisonnablement évaluer à près d'un demi-million (438 306) le nombre d'enfants décédés des suites d'épisodes de diarrhée dans la région européenne entre 1995 et 2000.

Morbidité correspondant aux maladies prioritaires liées à l'eau

49. Chaque année, la base de données CISID est alimentée par les réponses aux demandes d'informations envoyées par l'OMS sur l'incidence des maladies soumises à notification au cours de l'année précédente. Ces données peuvent être communiquées sous forme de réponses aux formulaires papier que l'OMS adresse aux États membres ou envoyées par voie électronique au format MS Word.

²⁸ La base de données sur la population du Département des affaires économiques et sociales peut être consultée à l'adresse <http://esa.un.org/unpp/>.

50. Plusieurs problèmes sont observés:

a) Les réponses des pays sont soumises à des contrôles de qualité. Elles ne font cependant pas l'objet de recoupements systématiques avec les données issues d'enquêtes ciblées;

b) Les méthodes de collecte varient selon les pays, ce qui constitue l'un des principaux problèmes auxquels est confrontée la base CISID (ainsi que d'autres bases de données internationales exploitées à titre volontaire). Il risque de ne pas être facile de faire des comparaisons entre les pays dans la mesure où la qualité des systèmes de surveillance varie;

c) Le programme CISID étant exécuté à titre volontaire, il est possible que des données enregistrées dans des bases de données nationales ne lui soient pas communiquées. L'exhaustivité des ensembles de données reste un problème majeur;

d) Les pays n'utilisent pas tous les mêmes critères pour confirmer les cas. Parfois, la confirmation en laboratoire n'intervient qu'après la confirmation clinique.

51. Le programme CISID œuvre à l'uniformisation des critères appliqués dans tous les États membres de la région européenne de l'OMS afin d'améliorer la comparabilité des ensembles de données entre les pays.

52. Le programme CISID étudie également des moyens de coopérer avec l'ECDC afin d'éviter les duplications d'activités et de tirer le meilleur parti possible des atouts de chaque organisme.

Rendement de la notification

53. Les figures 6, 7 et 8 font apparaître le rendement de la notification des cas de maladies prioritaires, par sous-région, dans le cadre du système actuel de notification de l'OMS.

Figure 6. Rendement de la notification des maladies prioritaires dans la sous-région EUR-A

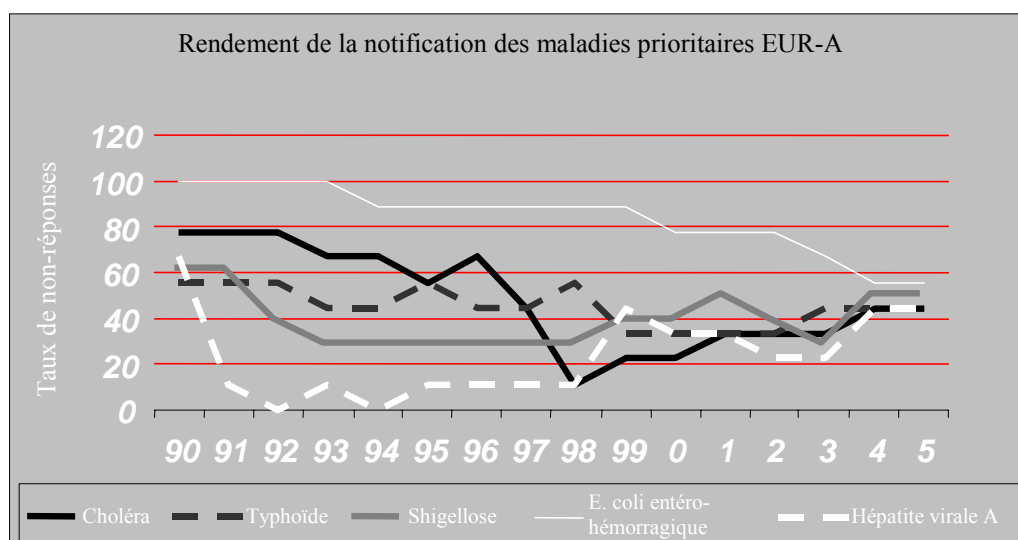


Figure 7. Rendement de la notification des maladies prioritaires dans la sous-région EUR-B

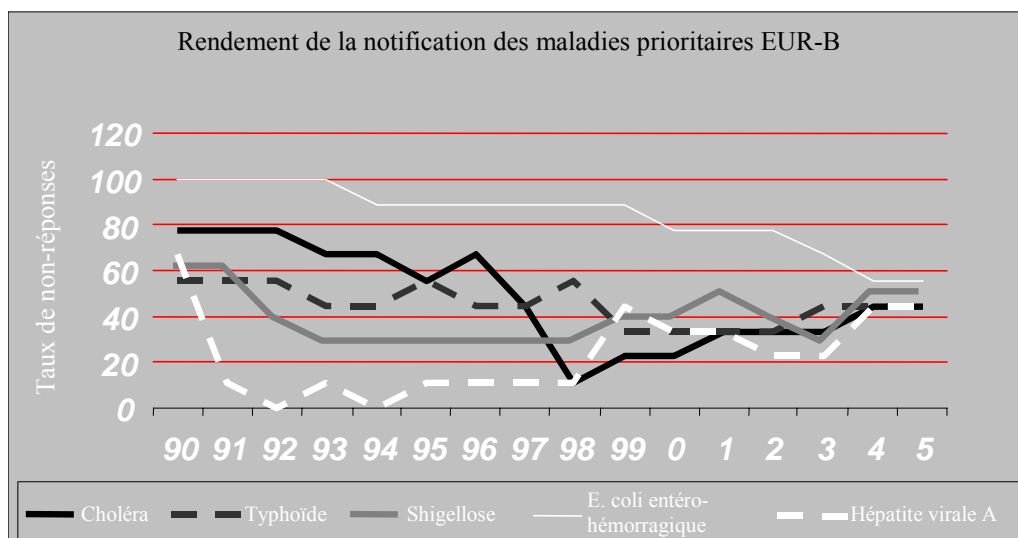
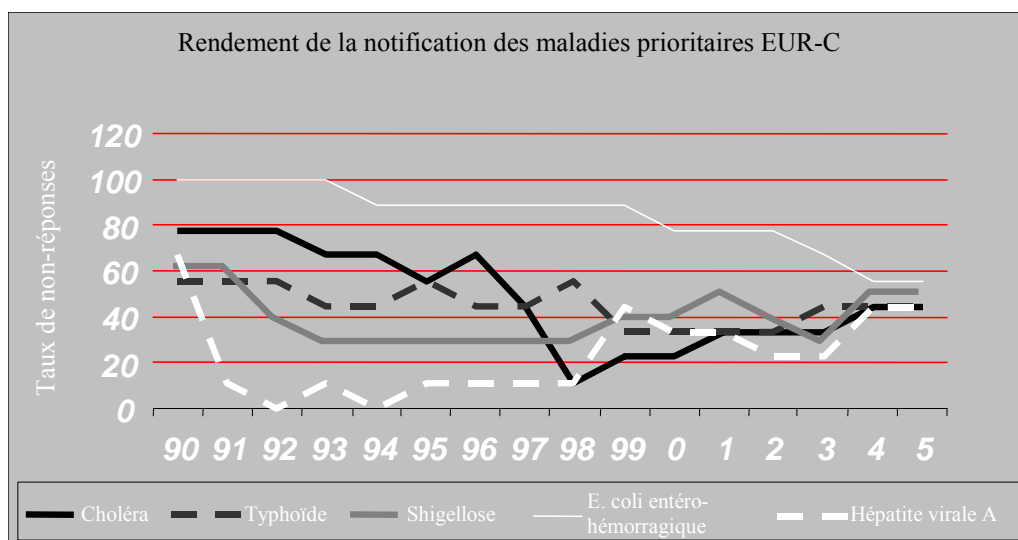


Figure 8. Rendement de la notification des maladies prioritaires dans la sous-région EUR-C



54. Pour les maladies prioritaires, le rendement de la notification est le plus élevé dans la sous-région EUR-A, puis dans la sous région EUR-C suivie de la sous-région EUR-B.

55. Au sein de chaque sous-région, les capacités de notification présentent encore des différences sensibles. Les États membres de l'UE disposent de capacités satisfaisantes de notification des maladies prioritaires liées à l'eau, la grande majorité étant en mesure de fournir des rapports complets en l'espace de deux années civiles. Il n'en va pas de même des pays en voie d'adhérer à l'UE. Dans l'AELE, seul un pays présente régulièrement des rapports, les autres ne soumettant que des rapports sporadiques. Des consultations informelles ont révélé que ces

maladies y sont considérées comme des maladies essentiellement importées et non endémiques. Les pays en voie d'adhésion semblent rencontrer des problèmes dans la notification des maladies prioritaires liées à l'eau. Quant aux pays de l'EOCAC, ils éprouvent manifestement des difficultés, quelques-uns seulement étant en mesure de soumettre des rapports complets pour deux années civiles.

Charge de morbidité

56. Le tableau 3 fait apparaître le nombre de cas de maladies prioritaires enregistré pour chaque sous-région depuis l'année de référence 1990.

Tableau 3. Cas de maladies prioritaires liées à l'eau, par sous-région (de 1990 au présent)

	Choléra	E. coli entéro-hémorragique	Shigellose	Typhoïde	Hépatite virale A
EUR-A	591	13 793	216 621	32 479	282 350
EUR-B	312	101 658	310 695	223 872	2 046 915
EUR-C	2 693	1 488	1 465 465	912	2 815 462
TOTAL	3 596	116 939	1 992 781	257 263	5 144 727

57. Le tableau 4 fait apparaître le nombre de cas de maladies prioritaires enregistré depuis la signature du Protocole, en 1999.

Tableau 4. Cas de maladies prioritaires liées à l'eau, par sous-région (de 1999 au présent)

	Choléra	E. coli entéro-hémorragique	Shigellose	Typhoïde	Hépatite virale A
EUR-A	209	11 830	53 503	7 045	62 020
EUR-B	83	39 310	50 137	77 958	332 693
EUR-C	0	1 488	91 772	500	145 911
TOTAL	292	52 628	195 412	85 503	540 624

Morbidité correspondant aux maladies secondaires liées à l'eau

58. Rendement de la notification: les figures 9, 10 et 11 font apparaître le rendement de la notification des cas de maladies secondaires, par sous-région, dans le cadre du système actuel de notification de l'OMS.

Figure 9. Rendement de la notification des maladies secondaires liées à l'eau dans la sous-région EUR-A

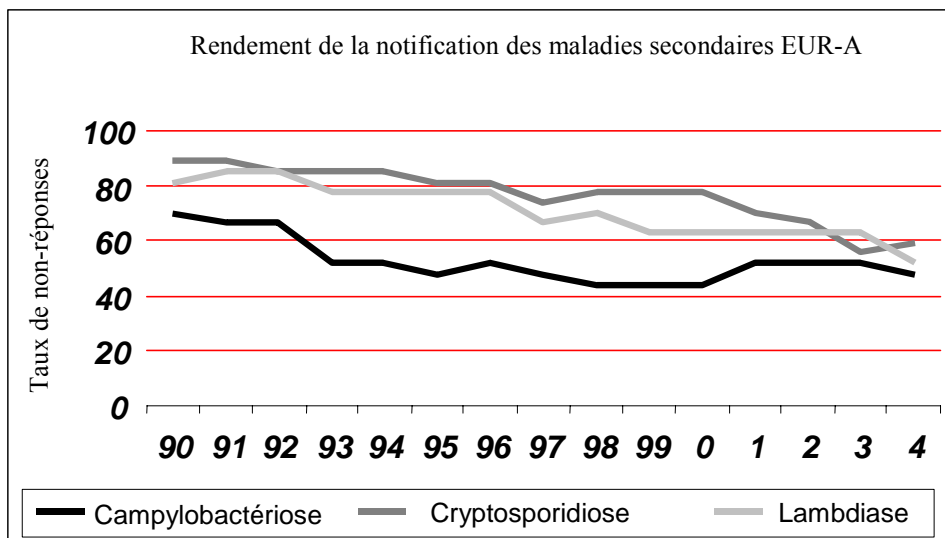


Figure 10. Rendement de la notification des maladies secondaires liées à l'eau dans la sous-région EUR-B

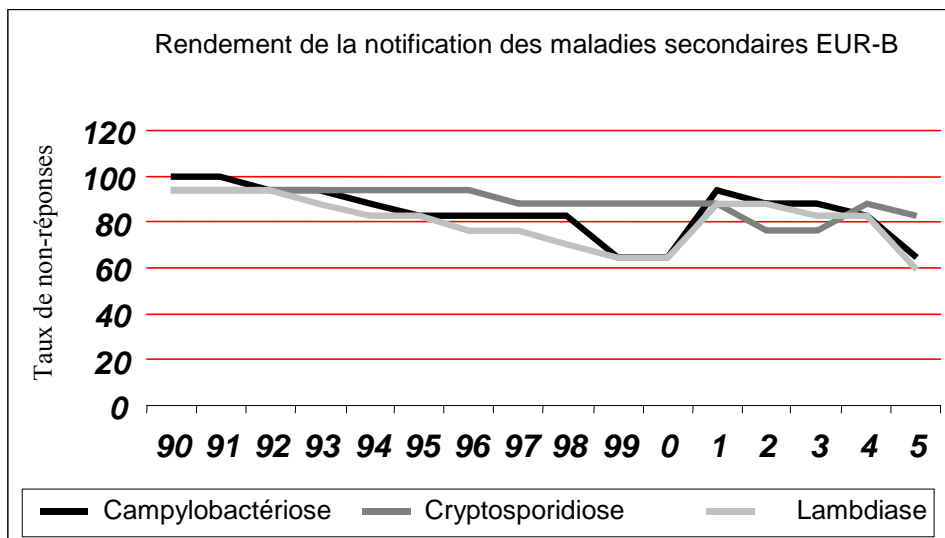
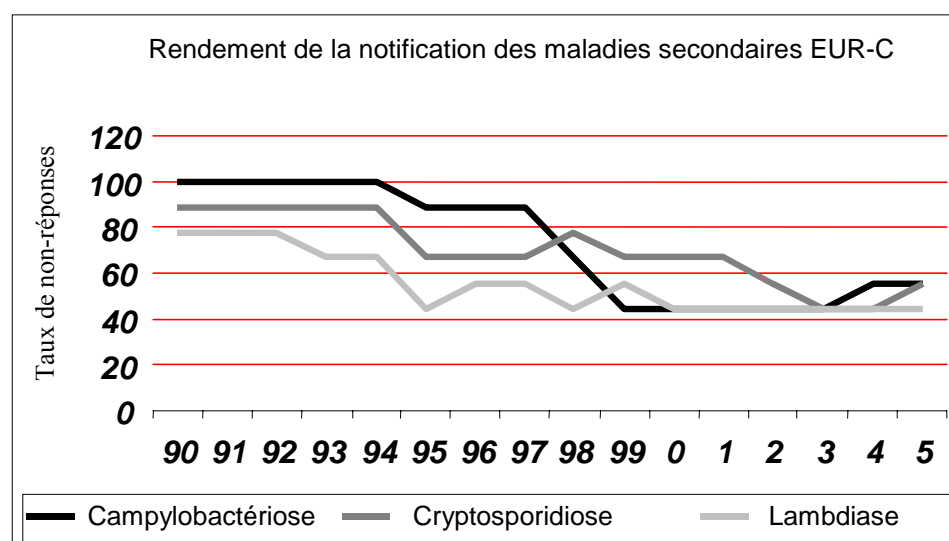


Figure 11. Rendement de la notification des maladies secondaires liées à l'eau dans la sous-région EUR-C



59. Les États membres de l'UE ayant rendu compte de façon satisfaisante de l'incidence des maladies prioritaires liées à l'eau continuent de fournir des données satisfaisantes sur les maladies secondaires bien que les taux de notification aient légèrement baissé par rapport aux années précédentes. Les problèmes observés dans les pays en voie d'adhérer à l'UE jouent également un rôle. Les pays membres de l'AELE ne communiquent que des rapports sporadiques. Quant aux pays de l'EOCAC, ils ne semblent pas avoir de système de notification complet et cohérent pour les maladies secondaires liées à l'eau.

Charge de morbidité correspondant aux maladies secondaires liées à l'eau

60. Le tableau 5 fait apparaître la charge de morbidité pour les maladies secondaires liées à l'eau depuis l'année de référence 1990.

Tableau 5. Cas de maladies secondaires liées à l'eau, par sous-région (de 1990 au présent)

Sous-région	Campylobactériose	Cryptosporidiose	Lambdiase
EUR-A	986 619	90 220	162 343
EUR-B	20 262	100	59 632
EUR-C	75 868	525	77 133
TOTAL	1 082 749	90 845	299 108

61. Le tableau 6 fait apparaître la charge de morbidité correspondant aux maladies secondaires liées à l'eau depuis la signature du Protocole, en 1999.

**Tableau 6. Cas de maladies secondaires liées à l'eau,
par sous-région (de 1999 au présent)**

Sous-région	Campylobactériose	Cryptosporidiose	Lambdiase
EUR-A	746 513	41 718	75 950
EUR-B	12 091	61	32 167
EUR-C	66 313	292	31 357
TOTAL	824 917	42 071	139 474

VI. DISCUSSION

Mécanismes de notification

62. Seule une maladie liée à l'eau est visée par le Règlement sanitaire international et doit donc être obligatoirement déclarée par tous les pays (le choléra).

63. Il y a concordance entre les listes de maladies prioritaires établies par les groupes d'experts réunis au titre du Protocole et la liste des maladies soumises à notification en vertu de la législation récente de l'Union européenne. Étant donné le caractère obligatoire de la législation européenne et le caractère volontaire de la base de données de la Santé pour tous et du programme CISID, il est vraisemblable que la somme des données communiquées au système Euphin-HSSSCD égalisera et dépassera la somme des données recueillies au sein des bases de données de la Santé pour tous et du CISID dans l'Union européenne. Il est également vraisemblable que dans les pays non membres de l'UE, les bases HfA et CISID resteront les principaux systèmes de collecte de données à l'échelon sous-régional. Il serait donc utile qu'un accord pour l'échange de données soit conclu dans les meilleurs délais entre les systèmes Euphin-HSSSCD et HfA CISID afin que les Parties au Protocole aient à leur disposition un système harmonisé de gestion des données.

64. Un certain nombre de conclusions peuvent être tirées des informations recueillies à ce jour:

a) Le système de collecte de données de la base de la Santé pour tous permet d'obtenir une estimation raisonnable du taux de mortalité standardisé par maladie diarrhéique chez les enfants de moins de 5 ans pour l'ensemble de la région;

b) Le tableau de la morbidité est plus complexe. S'agissant des maladies prioritaires, les États membres de l'UE sont en mesure de communiquer des données complètes en temps voulu. Les pays de l'AELE font moins bien, peut-être parce que les maladies prioritaires liées à l'eau y sont considérées comme des maladies «importées» qui échappent de ce fait aux notifications de routine. Les pays de l'EOCAC éprouvent des difficultés, quelques-uns seulement étant en mesure de communiquer des données complètes en l'espace de deux années civiles. Pour les pays restants, les taux de réponses sont trop différents pour que l'on puisse en tirer des conclusions utiles;

c) Pour ce qui est des maladies d'importance secondaire, les États membres de l'UE ont un taux de notification satisfaisant bien qu'inférieur au taux obtenu pour les maladies prioritaires. Dans les pays de l'AELE, la notification est satisfaisante sauf pour la cryptosporidiose. Les pays en voie d'adhérer à l'UE et ceux de l'EOCAC ne paraissent pas avoir de système de notification de données complètes sur les maladies secondaires liées à l'eau.

Charge de morbidité

65. Un certain nombre de conclusions très préliminaires peuvent être tirées des ensembles limités de données actuellement disponibles:

a) Le taux de mortalité standardisé chez les moins de 5 ans a baissé d'environ 72 % entre 1995 et 2000, en grande partie grâce aux efforts faits dans les pays de l'EOCAC. Toutefois, dans l'hypothèse d'une diminution proportionnelle annuelle régulière, cela signifie que près d'un demi-million d'enfants sont décédés de maladies faciles à prévenir entre 1995 et 2000. Par ailleurs, la charge de mortalité est la plus forte chez les enfants de sexe masculin;

b) Pour ce qui est des maladies prioritaires liées à l'eau, la charge de morbidité est actuellement de 874 459 cas depuis l'année de la signature du Protocole. Toutefois, si l'on considère que le rendement de la notification est normalement de l'ordre de 30 %, une estimation préalable raisonnable de la charge totale de morbidité correspondant aux maladies liées à l'eau entre 1999 et 2005 donnerait un chiffre de 2,5 millions environ;

c) De même, le nombre des cas notifiés de maladies secondaires liées à l'eau est de 1 006 462. Toutefois, avec un taux de réponses d'à peine 20 %, il est raisonnable d'estimer à 5 millions la charge totale de morbidité associée aux maladies d'importance secondaire;

d) Il est également apparu que des améliorations étaient possibles, à savoir:

- i) Recueillir les données par sexe et par âge là où cela est techniquement et financièrement possible;
- ii) Améliorer les flux de données épidémiologiques entre les systèmes nationaux de surveillance et le CISID au moyen des dispositifs actuellement utilisés pour la collecte systématique de données, si possible par l'automatisation des opérations, les formulaires étant remplis par voie électronique;
- iii) Évaluer d'urgence les lacunes des systèmes nationaux de surveillance selon des procédures standardisées²⁹. Au besoin, renforcer les capacités nationales de

²⁹ Voir par exemple le Protocole OMS d'évaluation des systèmes nationaux de surveillance et de riposte concernant les maladies transmissibles (WHO/CDS/CSR/ISR/2001.2) Département des maladies transmissibles – surveillance et action, OMS, Genève.

surveillance (et de lutte)³⁰ afin que les systèmes nationaux parviennent à respecter les normes de surveillance acceptées³¹ pour les maladies liées à l'eau;

- iv) Renforcer les systèmes nationaux de surveillance, des mesures étant prises dans différents domaines:
- Sur le plan technique, notamment pour promouvoir l'utilisation d'outils modernes de diagnostic. Étant donné les moyens financiers très variables mis à la disposition des systèmes nationaux de santé, on peut s'attendre à ce que ce soit dans les pays de l'AELA et éventuellement de l'UE que soient d'abord utilisés des instruments plus modernes de diagnostic environnemental et clinique; l'introduction de telles méthodes dans les pays dont les systèmes de santé ont moins de moyens financiers dépendra beaucoup, au premier chef, des actions de coopération internationale prévues au titre du Protocole. En dernier ressort cependant, elle dépendra de l'adaptabilité de ces techniques modernes au contexte économique.
 - Sur le plan juridique, par exemple pour parvenir à un accord sur les maladies soumises à notification, les définitions de cas et même la définition de ce que représente exactement une maladie liée à l'eau;
 - Sur le plan de l'enregistrement et de la notification des données, en particulier celles qui concernent les maladies d'importance secondaire.

66. Enfin, il faut savoir que tout cela ne représente que le début du travail de surveillance.

VII. ACTIONS COMPLÉMENTAIRES

67. Il ne faut pas non plus oublier qu'il ne s'agit là que de l'un des aspects des activités de surveillance prévues au titre du Protocole. Il reste à assurer la surveillance des maladies liées à l'utilisation de l'eau à des fins récréatives, accidents compris, et des maladies résultant de phénomènes météorologiques extrêmes et à mettre en place des programmes spéciaux de surveillance pour donner suite aux décisions prises à l'échelon intergouvernemental, par exemple lors de la quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé tenue à Budapest en 2004, et au Plan d'action pour l'environnement et la santé des enfants en Europe.

³⁰ Voir par exemple Global consultation on strengthening national capacities for surveillance and control of communicable diseases (WHO/CDS/CSR/LYO/2005.18) Bureau OMS de Lyon pour la préparation et la réponse des pays aux épidémies.

³¹ OMS (1999) Normes de surveillance OMS (WHO/CDS/CSR/ISR/99.2) OMS, Genève.

VIII. CONCLUSIONS

68. Le système actuel de collecte de données de l'OMS répond aux besoins en informations sur les maladies classées comme prioritaires et secondaires par le Groupe de travail de l'eau et de la santé. Il peut donc être utilisé aux fins du Protocole.

69. Une coopération internationale entre l'OMS et l'ECDC permettrait à chacune de ces organisations de tirer le meilleur parti possible de ses atouts dans sa sphère de compétences et d'éviter ainsi toute duplication d'activités.

70. Les cibles à atteindre et les moyens à mettre en œuvre pour rendre compte des progrès accomplis à cette fin devraient être définis en premier lieu pour les maladies actuellement soumises à notification au niveau national et donc couvertes par les systèmes nationaux de surveillance. Des cibles seraient ensuite fixées pour les maladies qui ne sont pas soumises à notification mais font l'objet d'activités régulières de surveillance à titre volontaire.

71. Les Parties devraient faire le nécessaire pour qu'au moins les maladies prioritaires soient obligatoirement soumises à notification d'ici à leur deuxième réunion et qu'il reste possible de communiquer des données sur les maladies d'importance secondaire.

72. Les Parties devraient appuyer les efforts déployés par l'OMS (CISID) pour harmoniser les critères applicables à la définition des cas et aux méthodes de notification et leur donner suite aussitôt que possible.

73. Un ou plusieurs documents devraient être établis pour donner aux Parties les informations requises sur différentes questions, par exemple:

a) Définition de critères minimums et uniformes de qualité applicables au traitement et à la communication de l'information;

b) Liste d'instruments de surveillance adaptés aux conditions socioéconomiques dans lesquelles sont appliqués les systèmes nationaux de surveillance.

74. Pour la période 2007-2009, un élément du plan de travail devrait être consacré à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une stratégie intégrée de surveillance des maladies liées à l'eau sur la base des activités de l'OMS et de l'ECDC.

75. Pour la période 2007-2009, un élément du plan de travail devrait être consacré à l'aide réciproque nécessaire à l'évaluation et au renforcement des systèmes nationaux de surveillance des maladies liées à l'eau. Cet élément pourrait comporter les activités suivantes:

a) Élaboration d'un ou plusieurs guides de la surveillance et leur traduction dans différentes langues;

b) Organisation, à intervalles périodiques, de séminaires régionaux (ou sous-régionaux) pour l'échange d'informations et de données d'expérience sur les pratiques les meilleures;

c) Activités de formation et de renforcement des capacités, en particulier à l'intention des Parties qui ne font actuellement que des notifications sporadiques ou dont les capacités de notification sont réduites par le manque d'uniformité des méthodes utilisées.

76. D'autres activités devraient également être exécutées dans différents domaines, par exemple:

a) Surveillance des maladies résultant du contact avec l'eau dans d'autres contextes, par exemple dans le cadre d'activités récréatives;

b) Activités spécifiques de surveillance axées sur les enfants conformément aux conclusions de la quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé.

77. Des mesures devraient enfin être prises pour non seulement assurer la surveillance des maladies endémiques liées à l'eau mais aussi détecter les poussées épidémiques de ces maladies.
