Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-SIXIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A66/16**
Point 15.1 de l'ordre du jour provisoire **5 avril 2013**

Application du Règlement sanitaire international (2005)

Rapport du Directeur général

1. À sa cent trente-deuxième session, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport ainsi que du rapport connexe relatif aux critères pour les prolongations de délais en 2014.[1] Le présent rapport a pour principal objectif de dresser le bilan des progrès accomplis dans l'application des recommandations du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A (H1N1) 2009,[2] comme demandé dans la résolution WHA64.1. Il prend également en compte les informations communiquées par les États Parties sur l'application du Règlement et décrit les activités déployées par le Secrétariat pour aider les pays dans ce sens, conformément à la décision prise dans la résolution WHA61.2 de faire rapport chaque année. Il comprend par ailleurs des chapitres sur la proposition de suivi des principales capacités nationales et sur l'élaboration des critères à utiliser pour l'octroi de délais supplémentaires, comme demandé dans la résolution WHA65.23.

RECOMMANDATIONS DU COMITÉ D'EXAMEN

Recommandation 1 (Mise en place accélérée des principales capacités requises au titre du RSI)

2. Pour donner suite à cette recommandation sous la direction d'un pays, le Secrétariat continue à intensifier son aide aux États Parties à tous les niveaux de l'Organisation et conformément aux stratégies et mécanismes régionaux existants, révisés ou adaptés, et a réussi à attirer l'attention de certains donateurs pour obtenir à cette fin une allocation de fonds dans un certain nombre de domaines clés liés au Règlement sanitaire international (2005).

3. Le Secrétariat a continué à déployer des efforts considérables pour aider les États Parties, tant dans le domaine de la coopération technique que dans les conseils. De plus, une grande partie de l'aide liée au Règlement sanitaire international (2005) a été orientée sur le développement des ressources humaines. Cette aide s'est traduite par des formations régulières sur l'application du Règlement dans plusieurs domaines clés, notamment les points d'entrée, le renforcement des laboratoires, la sécurité et

[1] Voir les documents EB132/15 et EB132/15 Add.1 et la section 3 du procès-verbal de la neuvième séance de la cent trente-deuxième session du Conseil exécutif.

[2] Voir le document A64/10.

la sûreté biologiques, l'épidémiologie de terrain, l'application du Règlement dans le cadre de la législation nationale et, concernant les risques, l'évaluation, la gestion et la communication. Ces formations ont été rendues possibles dans le cadre d'une démarche concertée qui visait la mise au point de nombreux supports d'orientation dans chacun de ces principaux domaines, et notamment leur traduction dans d'autres langues officielles de l'Organisation.

4. Concernant l'application du Règlement aux points d'entrée, des missions ont été menées à bien dans plusieurs Régions de l'Organisation avec l'appui technique du Secrétariat. Des consultations, des sessions de formation, des réunions et des ateliers ont été organisés pour développer les compétences et prodiguer des conseils. Ces initiatives comprennent un programme de formation au contrôle des navires et à la délivrance de certificats de contrôle sanitaire de navire ainsi que la fourniture d'avis sur la prise en charge d'événements de santé publique survenant sur les navires ou dans les aéronefs.

5. En ce qui concerne le renforcement des laboratoires, le Secrétariat a soutenu l'amélioration des systèmes de qualité des laboratoires en élaborant des lignes directrices, en fournissant une évaluation externe de la qualité et en organisant des sessions de formation, des ateliers et des missions sur le terrain dans toutes les Régions de l'OMS. Un document d'orientation sur l'approche par étape de la qualité au laboratoire est en train d'être finalisé et donnera aux laboratoires de santé publique des conseils courants sur la mise en place de leur système qualité. Le Secrétariat est également chargé de la mise en œuvre du projet IDENTIFY en collaboration avec la FAO et l'OIE. Ce projet vise à renforcer les capacités des laboratoires pour la détection des agents pathogènes qui constituent une menace pour la santé humaine et animale dans des régions exposées au risque le plus élevé de maladies émergentes humaines et/ou animales, telles le Bassin du Congo en Afrique centrale et certains pays de l'Asie du Sud et du Sud-Est. Le renforcement des capacités consiste en un soutien direct à chaque institution, une aide aux gouvernements pour qu'ils établissent un cadre de réglementation approprié et l'appui à la mise en place et au renforcement des réseaux de laboratoires dans les secteurs de la santé publique et de la santé animale, et entre ces deux secteurs. Dans le contexte du Cadre de préparation à une pandémie grippale, une attention particulière a été accordée au renforcement de la surveillance de la grippe et de la capacité des laboratoires dans les pays en développement (voir également les recommandations 11 et 14 ci-après). De plus, l'aide est maintenue pour la mise en œuvre des systèmes de gestion des risques biologiques en laboratoire au niveau national, notamment par la formation de formateurs. Plus récemment, dans la Région de la Méditerranée orientale, deux réunions sous-régionales ont été organisées sur les capacités des laboratoires, conformément aux stipulations du Règlement sanitaire international (2005).

6. Concernant spécifiquement l'application du Règlement dans le cadre de la législation nationale, au cours des 18 derniers mois, le Secrétariat a soutenu et dirigé sept ateliers sous-régionaux auxquels ont participé les Régions de l'Afrique, des Amériques, de l'Europe, de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est. Ces ateliers avaient pour but de fournir aux pays les outils et recommandations nécessaires pour évaluer et, le cas échéant, réviser leur législation nationale en vue de faciliter l'application pleine et efficace du Règlement. Dans ce domaine, une aide continue également d'être apportée au travers de missions menées dans des pays et par des moyens de communication, en particulier des téléconférences, des sessions interactives assistées par ordinateur et des échanges individuels avec des pays sur des problèmes juridiques particuliers.

7. Nombre de ces sessions et ateliers de formation comprenaient des exercices réalisés autour d'une table. Les scénarios de santé publique étudiés de cette façon permettent le développement des compétences du personnel concerné par l'application du Règlement, renforcent la compréhension des rôles et obligations des organisations, des plans et procédures d'essai, et favorisent la coopération, la coordination et l'échange d'informations entre secteurs, échelons administratifs, organisations et agences. Ces exercices ont été réalisés au niveau national et à l'échelon régional dans certaines Régions.

8. En outre, l'évaluation externe indépendante du cours de formation mis en place au niveau mondial sur le Règlement sanitaire international (2005), réalisée en septembre 2012, a donné des résultats positifs et l'intérêt à haut niveau que ce cours a suscité auprès des professionnels de santé recrutés au niveau national n'a pas faibli. Ce cours est actuellement adapté au contexte régional et les principaux supports didactiques sont en cours de traduction en russe. De plus, un outil de formation au RSI est actuellement mis au point à l'intention des épidémiologistes, sur la base de ce matériel pédagogique, l'objectif étant que les structures concernées (par exemple, les programmes de formation en épidémiologie et les écoles de santé publique) puissent intégrer des modules sur ce thème à leurs formations actuelles et futures.

9. Le Secrétariat a continué à renforcer ses liens et à intensifier sa collaboration avec d'autres organisations et agences internationales pour : i) accélérer la mise en place des principales capacités au titre du Règlement, et ii) développer la riposte aux événements de santé publique. Cette coopération s'est concrétisée avec : l'OACI, en particulier au travers de l'Arrangement de coopération pour la prévention et la gestion des cas menaçant la santé publique dans le secteur de l'aviation civile ; l'AIEA, pour agir contre les répercussions permanentes de la situation d'urgence dans la centrale nucléaire de Fukushima au Japon ; et d'autres initiatives communes, notamment celle entreprise avec l'UNICEF dans le domaine des interventions sociales et comportementales. Le Secrétariat a continué à apporter une aide significative dans le renforcement, l'évaluation et la planification du développement des principales capacités nationales au titre du Règlement. À l'appui de cette activité, à laquelle ont participé des États Parties des Régions de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est, de l'Europe et de la Méditerranée orientale, le Secrétariat a entrepris des missions d'évaluation et des contrôles sur pièces pour identifier les lacunes et faciliter l'action des pays, à savoir i) l'élaboration de plans d'action, et ii) l'application de ces plans d'action au cours des deux prochaines années.

10. L'action importante des initiatives sous-régionales de coopération, en particulier les réseaux de surveillance et les mécanismes d'intégration économique, s'est poursuivie et a permis d'adapter les activités de mise en place des principales capacités requises au contexte de groupes spécifiques d'États Parties – comme les pays du Pacifique, par exemple.

11. Pour donner une nouvelle impulsion aux activités d'application du Règlement, le Secrétariat a dirigé des réunions régionales de parties prenantes dans les Régions de l'OMS. Ces réunions ont rassemblé des participants œuvrant au niveau sous-régional, régional ou mondial – parties prenantes, partenaires et bailleurs de fonds traditionnels et non traditionnels – en vue de soutenir l'application du Règlement sanitaire international (2005) en proposant un forum permettant d'échanger en détail sur les expériences vécues et les difficultés à surmonter. Ces réunions ont mis en lumière le formidable volume de travail accompli et les réalisations enregistrées depuis l'entrée en vigueur du Règlement, ainsi que les domaines spécifiques devant bénéficier en priorité du renforcement des principales capacités nationales. Ces réunions ont servi également à renforcer les rôles et responsabilités des partenaires nationaux, régionaux et mondiaux dans l'amélioration et la préservation des principales capacités, en apportant un appui technique et financier et en favorisant la collaboration entre les secteurs dans les pays et entre les pays. Ces réunions ont aussi été l'occasion de cartographier les lacunes, les faiblesses et les priorités ainsi que l'appui des partenaires et des réseaux existants. Elles ont permis également de plaider davantage en faveur du renforcement des capacités requises au titre du Règlement et de susciter une aide technique, bilatérale et financière. La majorité de ces réunions se sont déroulées en 2012. Toutefois, la réunion des États Parties de la Région de l'Europe s'est tenue en février 2013 pour coïncider avec une réunion de l'Union européenne organisée sur le même sujet. Cette coordination a développé la coopération entre l'Union européenne et l'OMS et permis aux États Parties et à l'Organisation de réaliser des économies par gains de productivité.

Recommandation 2 (Améliorer le site OMS d'information sur les événements)

12. Le site d'information sur les événements conçu à l'usage des points focaux nationaux RSI est devenu opérationnel le 15 juin 2007. Dans sa recommandation 2, le Comité d'examen a conseillé au Secrétariat d'améliorer ce site d'information afin d'en faire une source autorisée pour la diffusion d'informations fiables, actualisées et facilement accessibles sur les épidémies au niveau international. Selon le Comité d'examen, les États Parties devraient pouvoir utiliser ce site comme source essentielle d'informations sur la situation épidémiologique, pour l'évaluation du risque et les actions de riposte. À la suite des recommandations du Comité d'examen et au vu des résultats de l'enquête menée auprès des usagers du site d'information sur les événements, le Secrétariat a élaboré les critères en fonction desquels le site sera remanié en vue de permettre un échange plus rapide d'informations plus complètes sur un événement.[1] Le site est en cours de remaniement et sa réouverture est prévue pour le premier trimestre 2013. Le nouveau site bénéficiera d'une remise à niveau technologique, ce qui le rendra plus facilement adaptable à des besoins futurs. Le nouveau site sera plus facile à utiliser, son moteur de recherche sera plus puissant et il permettra à l'Organisation de poster davantage d'informations à l'intention des usagers sur des événements de santé publique d'actualité. La nouvelle technologie servira de structure de base à partir de laquelle il sera possible de déployer rapidement de nouvelles fonctionnalités dans des situations en constante évolution. Parallèlement à la remise à niveau technologique, le Secrétariat a entrepris d'augmenter le volume des informations communiquées via ce site sur des événements. La procédure d'évaluation du risque a été affinée et normalisée pour veiller à ce que l'excellente qualité des produits d'information soit préservée au fil du temps et d'un événement aigu de santé publique à l'autre.

Recommandation 3 (Renforcer la prise de décisions fondées sur des données factuelles concernant le commerce et les voyages internationaux)

13. Fin 2009 et début 2010, l'OMS a participé à la préparation et à la réalisation d'une enquête sur les mesures de santé publique appliquées aux frontières au début de la pandémie de grippe A (H1N1) 2009. Les résultats de cette enquête et l'analyse qui en a été faite ont été publiés dans le numéro de mai 2010 du *Relevé épidémiologique hebdomadaire* de l'OMS.[2]

14. À la suite d'une étude approfondie des données factuelles présentes et passées relatives aux zones exposées au risque de transmission de la fièvre jaune, entreprise par un groupe de travail informel dirigé par l'OMS, les pays dans lesquels la solidité des données factuelles est jugée contestable ont été encouragés à élaborer et à mettre en place de nouvelles études pour mieux définir le niveau de risque, et ont reçu un soutien à cette fin. À cet égard, avec l'appui et la participation des États Parties intéressés, le Secrétariat continuera de mener des évaluations détaillées des zones où il y a un risque de transmission de la fièvre jaune. Le Secrétariat a publié des lignes directrices pour tester l'efficacité des produits insecticides utilisés dans les aéronefs,[3] dans le but d'harmoniser les procédures de test et de permettre des comparaisons objectives entre les différents produits.

---

[1] Voir le document A65/17.

[2] Mesures de santé publique appliquées aux frontières au début de la pandémie de grippe A (H1N1) 2009 : résultats préliminaires. *Relevé épidémiologique hebdomadaire 2010* ; 85: 186-194. Accessible à l'adresse http://www.who.int/wer/2010/wer8521.pdf (consulté le 13 mars 2013).

[3] *Guidelines for testing the efficacy of insecticide products used in aircraft.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.

15. Fort de l'expérience acquise durant la pandémie de grippe A (H1N1) 2009, le Secrétariat a contrôlé les rapports établis sur les mesures appliquées aux déplacements et aux échanges commerciaux pendant les principaux événements et urgences de santé publique, en particulier : la catastrophe nucléaire de Fukushima, la flambée d'*Escherichia coli* survenue en Europe en 2011 et certaines flambées de fièvre hémorragique virale survenues en Afrique en 2012. Dans les quelques cas où les mesures notifiées ont pu être perçues comme excessives, le Secrétariat a pris contact avec les autorités nationales pour obtenir confirmation que ces mesures avaient bien été prises et demander, le cas échéant, à ce que la question soit réexaminée. Le Secrétariat prépare actuellement des modes opératoires normalisés pour le contrôle des mesures prises dans le domaine des échanges commerciaux et des voyages internationaux pendant des événements et urgences de santé publique. Une ébauche de ces modes opératoires sera disponible en 2013.

Recommandation 4 (Conférer l'autorité et assurer les ressources nécessaires à tous les points focaux nationaux RSI)

16. Le Comité d'examen a conclu dans son rapport que certains points focaux nationaux RSI n'étaient pas mandatés pour communiquer en temps voulu à l'OMS les informations concernant les urgences de santé publique. Ses recommandations portant sur un renforcement du rôle des points focaux s'adressaient avant tout aux États Parties. Le Secrétariat a entrepris un certain nombre d'activités pour seconder et soutenir les États dans le suivi de cette recommandation. Pour mieux sensibiliser et faire comprendre le rôle essentiel du point focal d'un pays, il est prévu de produire une courte vidéo accompagnée d'une brochure conçue à l'intention des hauts fonctionnaires et des secteurs du gouvernement autres que le secteur de la santé. La vidéo et la brochure expliquent les fonctions du point focal national RSI et présentent les conclusions du Comité d'examen. À partir des conclusions de plusieurs études externes sur les processus d'évaluation et de notification des événements de santé publique par les points focaux, un cours d'approfondissement en ligne sur l'évaluation des notifications requises au titre du Règlement sanitaire international (2005) a été mis au point, testé sur le terrain et dispensé au personnel des points focaux nationaux RSI. Ce cours d'approfondissement propose à tous les points focaux de travailler chaque étape du processus d'évaluation sur un certain nombre de scénarios d'événements fictifs. Les points focaux reçoivent ensuite les réponses proposées par un groupe d'experts, accompagnées d'explications. De nouveaux scénarios seront publiés à intervalles réguliers. Enfin, il est prévu d'organiser une consultation technique sur la notification d'un événement, la vérification et l'échange d'informations sur cet événement en application du Règlement, dans le but de réviser les recommandations de l'OMS pour tenir compte des points préoccupants mentionnés dans le rapport du Comité d'examen.

Recommandation 5 (Renforcer la capacité interne de l'OMS à gérer une action de longue durée)

17. Les activités du Secrétariat pour rendre opérationnel le cadre d'action d'urgence se sont trouvées relancées à la suite du Conseil exécutif de janvier 2012 et de l'Assemblée mondiale de la Santé de mai 2012.[1] Ce cadre précise clairement les rôles et responsabilités de l'OMS dans l'action d'urgence pour lui permettre d'adopter une même approche dans toutes les situations d'urgence, qu'il s'agisse de catastrophes naturelles, de conflits, de flambées de maladies, de contamination alimentaire, de déversement de substances chimiques ou d'incidents radionucléaires. Ce cadre apporte par ailleurs

[1] Voir les résolutions EB130.R14 et WHA65.20.

à l'Organisation une structure politique fondamentale qui lui permettra de donner suite à cette recommandation.[1]

18. En décembre 2011, le Secrétariat a réorganisé sa structure compte tenu des principales fonctions qui lui sont dévolues au Siège au titre du Règlement dans les domaines suivants : 1) alerte et réponse opérationnelle ; 2) soutien technique dans le développement des principales capacités nationales en application du Règlement ; et 3) évaluation et suivi des progrès accomplis dans la mise en œuvre et l'application du Règlement. Les équipes techniques chargées de remplir ces fonctions maintiennent la capacité du Siège à détecter les risques pour la santé publique générés par des épidémies et d'autres menaces, à évaluer ces risques, à communiquer des informations sur ces risques et à organiser l'action appropriée, y compris en constituant et en maintenant des stocks mondiaux stratégiques aux fins de la préparation et de l'intervention. Ces équipes maintiennent une étroite coopération avec les programmes techniques sur des risques sanitaires spécifiques, notamment des maladies infectieuses, des zoonoses et des menaces pour la santé liées à la sécurité sanitaire des aliments ou à l'environnement. Le Secrétariat coordonne l'action de riposte à ces risques à tous les niveaux de l'Organisation. Il s'agit notamment d'une évaluation du risque, de communication, d'opérations, de logistique et d'appui technique. Selon les besoins, l'action peut impliquer également une coopération avec des partenaires techniques du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie. Une stratégie relative à la logistique, au développement des ressources humaines, aux réseaux logistiques de mise en commun et de coordination des capacités, et au développement des moyens logistiques est aussi en cours d'élaboration afin de fournir un appui aux États Membres aux fins de la préparation et de l'intervention.

Recommandation 6 (Améliorer les pratiques de nomination des membres d'un comité d'urgence)

19. La politique du Secrétariat relative aux conflits d'intérêts concernant des experts a été remaniée en profondeur en juillet 2010 avant que le Comité d'examen ne présente ses conclusions. Compte tenu de l'expérience acquise dans son application, cette politique révisée sera revue pour être améliorée et affinée. Le Secrétariat est également en train de former une équipe chargée de la conformité réglementaire, de la gestion des risques et de l'éthique au Bureau du Directeur général. Pour renforcer davantage les procédures de nomination des membres des futurs comités d'urgence, un nouveau formulaire d'informations personnelles a été mis au point. Sur ce formulaire, les experts proposés pour une inscription à la liste des experts du Règlement sanitaire international (2005) sont tenus de divulguer des informations qui permettront au Secrétariat d'identifier un éventuel conflit d'intérêts par une première évaluation de haut niveau. Cette exigence est appliquée à tous les candidats à la liste et à tous ceux faisant déjà partie de la liste. Tous les formulaires d'informations personnelles sont examinés par le Secrétariat et, selon les cas, une suite est donnée. Toute information susceptible de constituer une preuve de l'existence d'un conflit d'intérêts est introduite dans la base de données servant à établir la liste. Il est important de souligner qu'avant d'ajouter un expert à la liste comme membre d'un comité quelconque dans le cadre du Règlement, on procède à une recherche plus approfondie d'un éventuel conflit d'intérêts en tenant compte du mandat du comité concerné et de toute évolution dans les informations personnelles.

20. La liste des experts a été révisée pour élargir l'éventail des domaines d'expertise des futurs membres du comité d'urgence. Onze nouveaux domaines d'expertise ont été ajoutés et un certain nombre de catégories existantes ont été subdivisées pour obtenir une plus grande spécificité. Il en a

[1] Voir également le document A66/27, rapport de situation, section D.

résulté une augmentation du nombre total de domaines d'expertise puisque de 53 en 2009, on en comptait 79 en 2013. Les spécificités des points focaux techniques du Secrétariat sont régulièrement mises à jour en fonction des différentes catégories d'expertise et de nouvelles désignations d'experts se poursuivent dans les catégories existantes et les nouvelles catégories. Dans chaque catégorie d'expertise, le Secrétariat vérifie systématiquement l'équilibre entre experts dans leur répartition géographique et la parité hommes-femmes, ce qui a abouti à de nouvelles désignations dans certaines catégories. Cela explique que près de 200 nouveaux experts ont été proposés depuis que le Comité d'examen a formulé ses recommandations.

Recommandation 7 (Réviser les lignes directrices pour la préparation en cas de pandémie)

21. Le Secrétariat procède actuellement à la révision des lignes directrices pour la préparation et l'action en cas de pandémie grippale. Les nouvelles lignes directrices résulteront d'une approche plurisectorielle de gestion de tous types de risques et comprennent des éléments d'ordre général indispensables à tous types d'urgences de santé publique, tout en conservant la spécificité de la grippe. Le résultat des discussions sur les phases de la grippe pandémique a été intégré aux lignes directrices révisées. L'accent est mis sur une approche fondée sur les risques, et la planification flexible comme la gestion des risques au niveau des pays sont encouragées. Les lignes directrices font actuellement l'objet d'un examen par les pairs et les observations qui en sont issues sont prises en compte pour établir la version définitive.

Recommandation 8 (Concevoir et utiliser des outils de mesure permettant d'évaluer la gravité d'une épidémie)

22. Mesurer la gravité d'une pandémie grippale – une composante essentielle dans l'évaluation globale d'un risque de pandémie – est une considération importante pour le Secrétariat et ses États Membres au moment de prévoir la prochaine pandémie et d'agir en conséquence. En cherchant à aborder la gravité d'une pandémie sous un angle différent, l'OMS a examiné les enseignements tirés pendant la pandémie de grippe A (H1N1) 2009. L'OMS s'est trouvée confrontée à de nombreuses difficultés lors de l'évaluation de la pandémie au niveau mondial. Quatre difficultés majeures ont été identifiées : 1) aucune donnée fiable n'était disponible pendant les quatre à six premières semaines, même de la part de pays dotés d'infrastructures de santé élaborées ; 2) les pays ne disposaient pas tous des systèmes nationaux de surveillance en laboratoire et de surveillance épidémiologique de la grippe, en particulier ceux manquant de ressources ; 3) des facteurs sans lien avec une maladie ont faussé le calcul des variables d'indicateurs (par exemple les taux d'hospitalisation ont été fortement influencés par des protocoles nationaux, ce qui a rendu difficiles les comparaisons entre pays) ; et enfin 4) la communication sur la gravité de la pandémie a été un élément d'appréciation fondamental dans la mesure où il a fallu s'adapter à des publics très différents, notamment le grand public, des scientifiques et des responsables des politiques. Une nouvelle approche a été élaborée pour évaluer à l'avenir la gravité d'une pandémie. Elle permet de décrire l'événement au mieux en utilisant les informations disponibles, souvent à partir de contextes disparates, et de fournir les informations qui aideront les pays jusque-là indemnes à riposter à la pandémie lorsqu'elle se déclarera. Avant d'être peaufiné, le nouveau cadre de mesure de la gravité, qui utilise un ensemble d'indicateurs avec une liste convenue de groupes de données, sera expérimenté dans différents contextes pendant les flambées de grippe saisonnière.

Recommandation 9 (Rationaliser la gestion des documents d'orientation)

23. Le Comité d'examen des principes directeurs de l'OMS définit des normes applicables aux documents d'orientation, soutient les équipes techniques dans leurs avancées, assure une homogénéité dans l'ensemble de l'Organisation et supervise les autorisations. Ces deux dernières années, le Comité a été renforcé par une augmentation du nombre de ses membres ; les bureaux régionaux de l'OMS ont participé directement à cette démarche. Ces changements ont permis la révision, la mise à jour et la publication du *WHO Handbook for Guideline Development* (manuel de l'OMS pour l'élaboration de principes directeurs).[1] Pour exploiter davantage les données factuelles présentées dans les documents d'orientation de l'OMS, la Collaboration Cochrane a été admise à des relations officielles avec l'OMS.[2] Concernant la diffusion des informations dans les urgences de santé publique, le Secrétariat a créé en 2011 une équipe dédiée, sous la direction d'un directeur de rédaction médicale expérimenté, pour faciliter la préparation en temps voulu de produits d'information pertinents tirés des programmes techniques concernés. L'équipe aide ces programmes à planifier, rédiger et obtenir l'autorisation de publier et elle sera un acteur indissociable du Secrétariat dans sa participation aux actions dans les urgences de santé publique.

Recommandation 10 (Élaboration et application d'une politique de communication stratégique à l'échelle de l'Organisation)

24. La stratégie de communication mondiale est actuellement élaborée en concertation avec les bureaux de communication régionaux, en s'appuyant sur les résultats de l'enquête réalisée en 2012 sur la perception des parties prenantes, les évaluations externes et internes et une analyse des contributions des parties intéressées sur la réforme de l'OMS. Des stratégies régionales de communication sont aussi à différents stades d'avancement et l'enrichiront en temps utile. La stratégie mondiale fera ensuite l'objet d'un examen final. Le Secrétariat élabore également des modes opératoires normalisés applicables à la communication sur les situations d'urgence et s'attache à renforcer les capacités de l'Organisation dans ce domaine. Il a procédé à une analyse qualitative qui a consisté notamment en plus de 30 entretiens avec des experts travaillant au sein de l'Organisation ou à l'extérieur, dans le but de recenser les enseignements tirés et de déterminer de quelle façon améliorer la communication dans les situations d'urgence qui se présenteront à l'avenir. La première ébauche des modes opératoires normalisés a été préparée. Ces procédures, ainsi que l'expérience acquise par le Secrétariat lors des situations d'urgence récentes, ont été utilisées pour former en mars 2013 un premier groupe de spécialistes de la communication d'urgence issus de toute l'Organisation. Ce réseau de communication en situation d'urgence sera déployé pour toutes les formes de communications dans les situations d'urgence, tant dans les bureaux de l'OMS que sur le terrain, selon les besoins, conformément au Cadre d'action d'urgence de l'Organisation. Le programme interne de développement et de formation de l'OMS, destiné à améliorer les capacités de communication de l'Organisation lors des situations d'urgence, a été élargi pour intégrer la communication de crise en tant que module central. Ce programme cible l'ensemble des personnels pouvant être amenés à communiquer lors d'une urgence sanitaire et à prêter un concours aux États Membres qui doivent le faire, y compris le personnel technique de l'OMS et les chefs de bureaux de pays. L'élaboration de normes applicables aux marques a été entreprise en 2012 en même temps que l'enquête de perception dans le but d'harmoniser la teneur, la forme et le style des communications dans l'ensemble de l'Organisation et ce projet sera une priorité dans la période 2013-2014. Enfin, le Secrétariat a mis en place une équipe dédiée aux médias sociaux, capable de prendre des initiatives, qui agira en première ligne pour recueillir les renseignements, diffuser les informations et gérer l'image de l'Organisation.

---

[1] *WHO handbook for guideline development*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012. Accessible sur le site http://www.who.int/kms/guidelines_review_committee/en/ (consulté le 20 mars 2013).

[2] Voir la résolution EB128.R16.

Recommandation 11 (Encourager la conclusion d'accords préalables pour la distribution et la livraison des vaccins)

25. La résolution WHA64.5 prie le Directeur général, entre autres, de mettre en œuvre le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique[1] et de faire rapport tous les deux ans sur les progrès réalisés. Le premier rapport de ce type sera soumis en 2013[2] à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé et a été examiné par le Conseil exécutif lors de sa cent trente-deuxième session.[3] Il présente des informations sur les accords préalables conclus pour la distribution et la livraison des vaccins.

Recommandation 12 (Constituer, au niveau mondial, une réserve plus importante de professionnels de la santé publique)

26. Dans son rapport, le Comité d'examen reconnaît que le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie est le principal dispositif qui permet au Secrétariat d'aider les États Membres confrontés à des événements de santé publique, et que ce Réseau sert traditionnellement à coordonner l'action internationale avec les institutions techniques. Le Comité d'examen a indiqué par ailleurs que la capacité de l'OMS à se préparer à une urgence de santé publique et à mettre en place une action durable se trouvait fortement restreinte par les déficits chroniques de financement. Le comité directeur du Réseau a examiné les recommandations du Comité d'examen ainsi que les résultats d'une évaluation indépendante du fonctionnement du Réseau. Des groupes de travail ont été constitués pour remplir les fonctions suivantes : renforcer la capacité de coordination et d'action face à des événements ou des urgences de santé publique de grande envergure ; soutenir le rôle de chef de file et la capacité de la Région à répondre aux demandes d'aide des États Membres dans la préparation et la riposte aux flambées ; élaborer des procédures contre des maladies et des menaces spécifiques ; et apporter une aide dans la préparation et la formation à l'action de riposte aux flambées. L'OMS a dirigé à l'échelon régional des réunions, formations et ateliers dans le but de développer les capacités régionales de riposte et obtenir la participation d'instituts techniques et de partenaires supplémentaires au Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie. Pour faire en sorte que les experts compétents soient disponibles pour réaliser l'évaluation d'événements de santé publique et organiser la riposte, la communication et la coordination entre le Réseau mondial et les réseaux techniques ont été renforcées. Les réseaux concernés sont notamment : les réseaux et programmes de formation à l'épidémiologie de terrain ; le Réseau mondial de lutte contre les infections ; le Réseau OMS de laboratoires des agents pathogènes émergents et dangereux ; le réseau ePORTUGUÊSe, le Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN) ; et le Centre FAO/OIE de gestion des crises en santé animale. L'OMS a coordonné l'aide et le déploiement international des partenaires du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie et d'experts dans les actions de riposte à des épidémies et urgences majeures, notamment des flambées de fièvre hémorragique virale et des violentes flambées de choléra et de dengue.

[1] Voir aussi la recommandation 14.

[2] Voir le document A66/17.

[3] Voir le document EB132/16.

Recommandation 13 (Créer un fonds de réserve pour les urgences de santé publique)

27. En réponse à cette recommandation, le Secrétariat a réalisé un exercice pour cartographier les fonds de réserve existants au sein de l'OMS pour les urgences de santé publique et a analysé les enseignements tirés dans le domaine du financement. Au vu des résultats de cette évaluation, le Secrétariat a présenté une proposition au Conseil exécutif lors de sa cent trentième session, en janvier 2012.[1] Cette proposition portait sur la création d'un fonds de réserve pour renforcer l'action de l'Organisation face aux flambées et faire en sorte que les équipes chargées de cette action puissent être rapidement opérationnelles. Au cours des discussions, les membres du Conseil se sont dits majoritairement favorables au concept de création d'un fonds de réserve et ont suggéré que l'on envisage la constitution d'une réserve pour les flambées dans les futurs budgets programmes, en commençant avec le budget programme 2014-2015.[2]

Recommandation 14 (Parvenir à un accord sur l'échange des virus et l'accès aux vaccins et autres avantages)

28. En mai 2011, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA64.5, Préparation en cas de grippe pandémique : échange des virus grippaux et accès aux vaccins et autres avantages. Le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique, y compris ses annexes, a été adopté dans cette résolution par l'Assemblée mondiale de la Santé.

Recommandation 15 (Mener un programme complet de recherche et d'évaluation sur la grippe)

29. En novembre 2009, plus de 90 chercheurs, donateurs, fonctionnaires chargés de la santé publique et des politiques, issus de 35 pays, se sont joints au Secrétariat pour élaborer un projet de programme de recherche en partant du principe que les connaissances acquises pouvaient permettre d'améliorer les prises de décisions dans le domaine de la santé publique pour lutter contre la grippe. Ce programme de recherche s'articule autour des cinq besoins de santé publique ci-après : 1) réduire le risque d'émergence d'une grippe pandémique ; 2) circonscrire la propagation d'une épidémie/pandémie de grippe ; 3) réduire au minimum l'impact de la grippe saisonnière et de la grippe pandémique ; 4) optimiser le traitement des patients atteints de grippe ; et 5) promouvoir l'utilisation des outils modernes de santé publique. En novembre 2011, un bilan des progrès accomplis a été dressé pour : i) compiler les connaissances et les progrès réalisés depuis le lancement du programme ; ii) interpréter ou appliquer les connaissances en vue d'améliorer les activités de lutte contre la grippe ; et iii) mettre en lumière les lacunes restantes et, le cas échéant, réviser les recommandations. Vingt groupes universitaires ont étudié les publications existantes sur certains des principaux domaines de recherche du programme. Plus de 4000 articles scientifiques ont été publiés depuis 2009 et certaines des lacunes identifiées dans la recherche au début de la pandémie seront bientôt comblées.

[1] Voir le document EB130/5 Add.6.

[2] Voir les procès-verbaux des septième et neuvième séances de la cent trentième session du Conseil exécutif.

SUIVI DE L'APPLICATION DU RÈGLEMENT

30. Des États Parties ont continué à transmettre au Secrétariat des informations sur l'application du Règlement en utilisant, d'une part, la trame proposée par l'OMS pour la soumission de leur rapport annuel et, d'autre part, les outils correspondants dérivés du cadre de suivi élaboré par l'Organisation pour présenter un bilan sur les capacités nationales requises, définies dans l'annexe 1 du Règlement. L'établissement des rapports annuels comprend une évaluation du stade de développement des huit principales capacités, ainsi que les capacités requises aux points d'entrée et celles requises pour répondre aux quatre types de risques (d'origine zoonotique, chimique ou radiologique ou relatifs à la sécurité sanitaire des aliments). Au 28 février 2013, le questionnaire 2012 d'auto-évaluation, envoyé aux États Parties entre mars et novembre 2012, a donné lieu à 127 réponses, ce qui représente 65 % des 195 États Parties. Les réponses ont montré que les États Parties avaient fait de nets progrès pour un certain nombre de capacités essentielles, notamment les capacités de surveillance (avec une notation moyenne de 81 % au niveau mondial), d'action (78 %) et celles concernant les événements d'origine zoonotique (80 %). Par ailleurs, les États Parties ont déclaré disposer de capacités relativement faibles en matière de ressources humaines (avec une moyenne mondiale de 53 %), d'événements d'origine chimique (51 %) et d'événements radiologiques (53 %). L'annexe jointe au présent document montre la notation des capacités de tous les États Parties, regroupés par Région de l'OMS, qui ont rempli et renvoyé le questionnaire 2012 avant l'achèvement de la version finale de ce rapport.

31. Comme expliqué plus avant, le délai initial pour la constitution des principales capacités nationales requises pour la surveillance et l'action dans l'ensemble de leur territoire et des principales capacités requises aux points d'entrée désignés était fixé au 15 juin 2012 pour la plupart des États Parties. Depuis lors, 110 États Parties ont obtenu un délai supplémentaire de deux années. Dans ce contexte, conformément aux paragraphes y afférents de la résolution WHA65.23, le Secrétariat a établi un document contenant des propositions pour suivre les progrès réalisés dans le développement des principales capacités au titre du Règlement et pour satisfaire à l'obligation de faire rapport à ce sujet au cours de la période 2013-2014. Le présent document tient compte du fait que l'établissement du rapport peut varier selon qu'un État Partie a obtenu ou non un délai supplémentaire. Ce document a été communiqué aux États Parties sur le site Web RSI d'information sur les événements, à l'intention des points focaux nationaux RSI, pour information et application.

DEMANDES DE DÉLAI SUPPLÉMENTAIRE EN 2012-2014

32. Les États Parties au Règlement sanitaire international (2005) ont entrepris de développer, de renforcer et de préserver un certain nombre de capacités fonctionnelles décrites à l'annexe 1 du Règlement dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur du Règlement, survenue le 15 juin 2007 pour la majorité des pays. Les États Parties n'étant pas en mesure de s'acquitter pleinement de cette obligation dans le délai imparti peuvent bénéficier d'un délai supplémentaire de deux années en soumettant la demande à l'OMS accompagnée d'un plan de mise en œuvre. Pour aider les pays à présenter leur demande d'un délai supplémentaire, le Secrétariat a écrit à tous les États Parties en septembre 2011 pour leur rappeler le délai de juin 2012 et leur proposer des procédures à suivre pour prendre plus facilement une décision quant à la soumission d'une demande de délai. D'autres rappels ont été envoyés en janvier et en mai 2012. Au 1er mars 2013, 110 États Parties au total avaient obtenu un délai supplémentaire et 13 autres États Parties avaient présenté leur demande mais n'avaient pas encore fourni le plan d'implantation requis. Sur les 71 États Parties qui n'avaient pas demandé de délai supplémentaire, 42 avaient affirmé clairement ne pas avoir besoin de délai supplémentaire. Le Secrétariat collabore avec les 29 États Parties restants en veillant à ce qu'ils ne laissent pas passer l'occasion d'obtenir ce délai supplémentaire.

CRITÈRES D'OCTROI D'UN DÉLAI SUPPLÉMENTAIRE EN 2014

33. Aux termes du Règlement sanitaire international (2005), les États Parties peuvent demander, après le 15 juin 2014, un délai supplémentaire concernant l'établissement des capacités, pour une période n'excédant pas deux ans. On prévoit qu'un nombre important d'États Parties solliciteront un tel délai après l'expiration de la première prolongation de deux ans en 2014. Selon le Règlement, ce délai est accordé par le Directeur général dans des cas exceptionnels et à condition qu'un nouveau plan d'application soit présenté à l'appui de la demande. À cet égard, la résolution WHA65.23 prie le Directeur général, entre autres, « d'élaborer et de publier les critères qui seront utilisés en 2014 par le Directeur général (…) lorsqu'il prendra des décisions sur l'octroi d'une éventuelle nouvelle prolongation du délai ».

34. Pour établir des critères pertinents et utiles, il faut examiner les objectifs des obligations relatives aux capacités stipulées dans le Règlement sanitaire international (2005) et le calendrier s'y rapportant. L'objet de ces dispositions est de garantir un minimum de capacités pour prévenir et détecter des événements de santé publique et agir en conséquence dans tous les pays et territoires du monde. Le but n'est pas seulement d'obtenir la plus large couverture possible des populations, il est aussi de veiller à ce qu'il n'y ait au niveau national aucune lacune significative susceptible de menacer la sécurité sanitaire de tous les pays du monde. Cette interdépendance de tous les États Parties met en évidence la nécessité non seulement de maintenir tous les États Parties dans le cadre du Règlement mais aussi d'apporter une aide et une motivation aux pays qui ne sont pas en mesure de se doter des capacités requises dans le délai fixé. Dans cette optique, les critères élaborés ne doivent pas introduire d'éléments susceptibles d'empêcher les États Parties d'obtenir le délai supplémentaire demandé. Au contraire, ils devraient justifier les efforts permanents de tous les États Parties et des acteurs internationaux pour centrer l'aide sur les pays confrontés aux plus grandes difficultés pour s'acquitter de leurs obligations de mettre en place leurs principales capacités.

35. Le Secrétariat a proposé au Conseil exécutif des critères pour examen à sa cent-trente deuxième session,[1] afin que les États Membres aient connaissance suffisamment à l'avance des critères qui seront utilisés à l'avenir pour l'octroi de délais supplémentaires et pour permettre au Conseil de donner des avis et des orientations. En proposant ces critères, le Secrétariat a cherché à éviter de créer des obstacles à la pleine participation d'un État au Règlement. En même temps, le but était d'offrir une incitation concrète pour faire en sorte que les capacités nationales requises au titre du Règlement sanitaire international (2005) soient bien présentes partout dans le monde.

CRITÈRES PROPOSÉS PAR LE SECRÉTARIAT

36. Sur la base des exigences stipulées dans le Règlement, le premier critère proposé par le Secrétariat est la **présentation par l'État Partie d'une demande écrite officielle au Directeur général au moins quatre mois avant la date limite** (qui, pour la plupart des pays, est le 15 juin 2014). Cette demande devra comporter un exposé expliquant les circonstances exceptionnelles qui ont empêché la mise en place et le maintien des capacités nationales au titre du Règlement sanitaire international (2005).

[1] Document EB132/15 Add.1.

37. Deuxièmement, toute demande de délai supplémentaire devra être accompagnée d'un **nouveau plan d'application** comportant les éléments suivants : 1) une liste claire et précise des éléments des capacités manquants ou insuffisants ; 2) une description des activités et des progrès accomplis pour l'établissement de ces capacités jusqu'alors ; 3) un ensemble de mesures proposées qui seront entreprises et les délais précis dans lesquels les capacités seront établies ; et 4) une estimation des ressources financières et du soutien technique requis pour mettre en œuvre ces activités ; la proportion de ces ressources qui proviendront du budget national ; et la mesure dans laquelle un soutien extérieur est nécessaire.

38. Le Conseil exécutif, à sa cent trente-deuxième session, a conclu que, bien qu'il n'y ait aucune objection aux critères proposés, il serait utile qu'ils soient de nouveau examinés par les États Membres au moyen du mécanisme des réunions de 2013 des comités régionaux, ce qui permettrait d'en présenter la version définitive à la cent trente-quatrième session du Conseil exécutif en janvier 2014.

CONCLUSION

39. Le rapport et les recommandations du Comité d'examen continuent de jouer un rôle important en influant sur les travaux du Secrétariat, tant dans l'application du Règlement sanitaire international (2005) que dans les préparations à de futures pandémies grippales. Même si l'intérêt du Règlement pour les pays et le Secrétariat est constamment démontré dans la gestion d'événements aigus de santé publique, telle que les cas actuellement observés d'une maladie associée à un nouveau coronavirus, dans un même temps, les procédures d'octroi de délai supplémentaire ont attiré l'attention de la communauté internationale sur la mise en place des capacités nationales. Dans le contexte de crise économique mondiale, où les progrès rapides sont freinés par les restrictions dans les ressources techniques, humaines et financières, le Règlement reste au cœur des engagements pour préserver et améliorer la sécurité sanitaire mondiale.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

40. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du présent rapport.

ANNEXE

Tableau. Règlement sanitaire international (2005) : suivi des capacités nationales. Notation des capacités dans tous les États Parties ayant transmis des réponses pour l'année 2012

Région africaine

État Partie	Législation	Coordination	Surveillance	Action	Préparation	Communication en matière de risques	Ressources humaines	Laboratoires	Points d'entrée	Événements d'origine zoonotique	Sécurité sanitaire des aliments	Événements d'origine chimique	Urgences radiologiques
Afrique du Sud	75	73	50	94	80	100	40	90	33	100	60	92	92
Algérie	0	53	35	35	10	14	0	4	11	56	0	31	31
Angola	Données 2012 pas encore disponibles												
Bénin	0	80	45	64	30	57	80	81	60	44	13	0	0
Botswana	Données 2012 pas encore disponibles												
Burkina Faso	100	53	60	58	30	43	20	76	9	56	27	8	8
Burundi	Données 2012 pas encore disponibles												
Cameroun	100	26	75	63	60	86	100	90	29	100	47	15	15
Cap-Vert	Données 2012 pas encore disponibles												
Comores	Données 2012 pas encore disponibles												
Congo	25	56	100	77	70	71	60	66	67	89	67	54	54
Côte d'Ivoire	Données 2012 pas encore disponibles												
Érythrée	Données 2012 pas encore disponibles												
Éthiopie	100	83	85	58	100	86	100	100	36	100	73	69	69
Gabon	Données 2012 pas encore disponibles												
Gambie	Données 2012 pas encore disponibles												
Ghana	50	53	80	65	50	43	40	51	31	78	47	31	31
Guinée	Données 2012 pas encore disponibles												
Guinée-Bissau	Données 2012 pas encore disponibles												
Guinée équatoriale	Données 2012 pas encore disponibles												
Kenya	50	90	75	77	70	57	40	65	55	89	80	46	46
Lesotho	Données 2012 pas encore disponibles												

État Partie	Législation	Coordination	Surveillance	Action	Préparation	Communication en matière de risques	Ressources humaines	Laboratoires	Points d'entrée	Événements d'origine zoonotique	Sécurité sanitaire des aliments	Événements d'origine chimique	Urgences radiologiques
Libéria	Données 2012 pas encore disponibles												
Madagascar	Données 2012 pas encore disponibles												
Malawi	Données 2012 pas encore disponibles												
Mali	Données 2012 pas encore disponibles												
Maurice	Données 2012 pas encore disponibles												
Mauritanie	0	20	35	6	0	0	0	35	3	100	13	46	46
Mozambique	0	83	70	94	30	43	100	91	85	33	20	8	8
Namibie	Données 2012 pas encore disponibles												
Niger	Données 2012 pas encore disponibles												
Nigéria	Données 2012 pas encore disponibles												
Ouganda	25	70	75	58	60	71	40	86	0	67	53	8	8
République centrafricaine	Données 2012 pas encore disponibles												
République démocratique du Congo	100	30	85	52	50	100	100	71	31	44	80	8	8
République-Unie de Tanzanie	50	20	50	59	40	57	100	53	3	67	53	31	31
Rwanda	Données 2012 pas encore disponibles												
Sao Tomé-et-Principe	0	36	55	34	0	14	0	22	12	56	27	0	0
Sénégal	0	53	70	35	30	0	0	66	39	22	40	31	31
Seychelles	0	20	95	71	0	0	40	86	40	78	53	46	46
Sierra Leone	Données 2012 pas encore disponibles												
Swaziland	0	26	95	65	60	57	0	56	24	67	47	15	15
Tchad	Données 2012 pas encore disponibles												
Togo	Données 2012 pas encore disponibles												
Zambie	0	83	95	94	100	71	80	96	24	100	93	77	77
Zimbabwe	Données 2012 pas encore disponibles												
Total	**36**	**53**	**70**	**61**	**46**	**51**	**49**	**68**	**31**	**71**	**47**	**32**	**35**

Région des Amériques

État Partie	Législation	Coordination	Surveillance	Action	Préparation	Communication en matière de risques	Ressources humaines	Laboratoires	Points d'entrée	Événements d'origine zoonotique	Sécurité sanitaire des aliments	Événements d'origine chimique	Urgences radiologiques
Antigua-et-Barbuda	100	66	95	70	60	43	100	66	77	89	80	62	62
Argentine[a]	50	73	80	83	100	86	100	73	voir la note ci-après[b]	67	60	69	69
Bahamas	Données 2012 pas encore disponibles												
Barbade	50	40	95	66	40	86	80	96	97	100	93	54	54
Belize	25	36	85	76	10	71	40	77	58	78	67	8	8
Bolivie (État plurinational de)	50	56	75	83	60	43	0	86	51	78	60	31	31
Brésil	Données 2012 pas encore disponibles												
Canada	100	83	100	100	100	100	100	100	94	100	100	100	100
Chili	50	46	85	94	70	57	20	67	87	89	93	23	23
Colombie	100	73	70	65	50	86	80	90	97	33	80	62	62
Costa Rica	100	100	95	94	60	86	100	80	91	100	100	38	38
Cuba	100	100	100	100	100	100	100	96	97	100	100	100	100
Dominique	Données 2012 pas encore disponibles												
El Salvador	75	90	100	100	50	71	100	100	97	67	73	46	46
Équateur	0	56	35	47	20	43	20	35	45	56	60	38	38
États-Unis d'Amérique	100	100	100	100	100	100	100	60	100	100	100	100	100
Grenade	50	83	90	52	0	57	0	41	64	100	67	23	23
Guatemala	75	66	85	76	20	86	100	91	38	89	47	62	62
Guyana	100	83	80	94	90	71	80	100	50	100	67	62	62
Haïti	Données 2012 pas encore disponibles												
Honduras	50	26	90	71	20	29	60	91	22	100	67	0	0
Jamaïque	50	73	100	100	90	86	0	90	91	100	93	54	54
Mexique	100	53	80	89	60	43	80	96	54	89	87	69	69

État Partie	Législation	Coordination	Surveillance	Action	Préparation	Communication en matière de risques	Ressources humaines	Laboratoires	Points d'entrée	Événements d'origine zoonotique	Sécurité sanitaire des aliments	Événements d'origine chimique	Urgences radiologiques
Nicaragua	25	100	95	87	80	100	20	81	62	100	80	92	92
Panama	100	73	90	89	50	43	100	96	56	100	93	54	54
Paraguay	Données 2012 pas encore disponibles												
Pérou	100	50	100	87	50	57	80	77	27	78	93	8	8
République dominicaine	75	90	80	48	70	86	40	39	21	44	27	23	23
Saint-Kitts-et-Nevis	Données 2012 pas encore disponibles												
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	0	46	75	60	10	0	0	81	41	100	40	0	0
Sainte-Lucie	0	73	80	65	50	29	20	43	12	67	40	15	15
Suriname	50	66	35	66	50	43	0	90	51	56	67	54	54
Trinité-et-Tobago	50	56	80	76	50	71	0	77	74	89	87	46	46
Uruguay	Données 2012 pas encore disponibles												
Venezuela (République bolivarienne du)	25	73	80	94	80	86	80	90	50	100	87	85	85
Total	**62**	**69**	**84**	**80**	**57**	**66**	**57**	**79**	**61**	**85**	**75**	**49**	**43**

[s] L'Argentine a transmis le rapport en utilisant l'outil MERCOSUR. Elle a ensuite transposé les données de chaque section au format proposé par l'Organisation mondiale de la Santé, conformément à l'accord passé avec le groupe de travail technique pour la surveillance et l'action de l'Union des nations sud-américaines (UNASUR).

[b] Les informations de l'Argentine relatives aux points d'entrée ont été soumises dans un format ne pouvant être converti dans celui de l'OMS.

Région de l'Asie du Sud-Est

État Partie	Législation	Coordination	Surveillance	Action	Préparation	Communication en matière de risques	Ressources humaines	Laboratoires	Points d'entrée	Événements d'origine zoonotique	Sécurité sanitaire des aliments	Événements d'origine chimique	Urgences radiologiques
Bangladesh	75	66	80	81	50	86	80	90	15	89	27	69	69
Bhoutan	Données 2012 pas encore disponibles												
Inde	100	100	85	88	60	71	100	91	91	100	80	23	23
Indonésie	100	46	85	76	80	100	80	96	77	100	87	85	85
Maldives	75	83	85	71	40	71	40	76	73	67	67	8	8
Myanmar	75	90	100	100	100	100	100	70	91	100	100	38	38
Népal	75	66	35	52	40	29	20	60	65	44	60	0	0
République populaire démocratique de Corée	25	46	70	65	60	71	40	65	21	78	60	15	15
Sri Lanka	100	63	100	83	50	86	80	71	88	100	87	23	23
Thaïlande	100	90	85	94	90	71	80	100	74	89	93	31	31
Timor-Leste	50	46	50	58	20	57	40	37	58	67	93	0	0
Total	**78**	**70**	**78**	**77**	**59**	**74**	**66**	**76**	**65**	**83**	**75**	**29**	**44**

Région européenne

État Partie	Législation	Coordination	Surveillance	Action	Préparation	Communication en matière de risques	Ressources humaines	Laboratoires	Points d'entrée	Événements d'origine zoonotique	Sécurité sanitaire des aliments	Événements d'origine chimique	Urgences radiologiques
Albanie	Données 2012 pas encore disponibles												
Allemagne	100	100	100	94	80	100	100	100	27	100	100	100	100
Andorre	75	30	65	37	40	14	0	25	0	44	73	0	0
Arménie	75	90	85	94	100	86	80	75	97	100	87	92	92
Autriche	75	90	95	100	100	100	80	91	91	100	100	92	92
Azerbaïdjan	Données 2012 pas encore disponibles												
Bélarus	Données 2012 pas encore disponibles												
Belgique	100	80	65	72	50	100	60	91	70	89	100	92	92

État Partie	Législation	Coordination	Surveillance	Action	Préparation	Communication en matière de risques	Ressources humaines	Laboratoires	Points d'entrée	Événements d'origine zoonotique	Sécurité sanitaire des aliments	Événements d'origine chimique	Urgences radiologiques
Bosnie-Herzégovine	Données 2012 pas encore disponibles												
Bulgarie	Données 2012 pas encore disponibles												
Chypre	Données 2012 pas encore disponibles												
Croatie	Données 2012 pas encore disponibles												
Danemark	Données 2012 pas encore disponibles												
Espagne	100	83	95	94	100	43	60	81	96	100	93	92	92
Estonie	Données 2012 pas encore disponibles												
Ex-République yougoslave de Macédoine	Données 2012 pas encore disponibles												
Fédération de Russie	Données 2012 pas encore disponibles												
Finlande	100	100	100	100	80	100	80	96	97	100	100	100	100
France	100	63	95	94	80	86	60	96	22	78	93	92	92
Géorgie	100	100	100	100	100	100	100	91	66	100	67	62	62
Grèce	Données 2012 pas encore disponibles												
Hongrie	100	50	80	65	60	71	60	91	92	100	93	92	92
Irlande	25	80	85	100	80	100	40	77	73	100	100	92	92
Islande	100	100	75	83	100	71	20	77	74	100	100	54	54
Israël	Données 2012 pas encore disponibles												
Italie	Données 2012 pas encore disponibles												
Kazakhstan	100	53	70	76	90	43	100	96	97	89	100	100	100
Kirghizistan	Données 2012 pas encore disponibles												
Lettonie	100	66	80	94	100	71	20	96	59	100	100	92	92
Liechtenstein	Données 2012 pas encore disponibles												
Lituanie	100	83	85	55	70	100	20	87	94	100	100	100	100
Luxembourg	0	53	50	83	50	100	0	83	88	89	73	46	46
Malte	100	100	100	71	60	57	0	79	28	100	100	54	54
Monaco	75	63	70	83	60	71	20	57	75	0	100	69	69

État Partie	Législation	Coordination	Surveillance	Action	Préparation	Communication en matière de risques	Ressources humaines	Laboratoires	Points d'entrée	Événements d'origine zoonotique	Sécurité sanitaire des aliments	Événements d'origine chimique	Urgences radiologiques
Monténégro	25	100	75	59	70	57	20	77	9	56	80	31	31
Norvège	100	100	95	100	100	100	40	100	97	100	100	85	85
Ouzbékistan	Données 2012 pas encore disponibles												
Pays-Bas	100	100	100	94	70	86	0	86	77	89	100	100	100
Pologne	50	100	95	94	90	43	0	100	85	100	73	62	62
Portugal	Données 2012 pas encore disponibles												
République de Moldova	100	83	95	88	40	57	20	66	85	89	67	69	69
République tchèque	100	83	100	100	90	86	60	100	88	100	100	100	100
Roumanie	Données 2012 pas encore disponibles												
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	Le format des données recueillies ne permet pas de les inclure dans l'analyse												
Saint-Marin	Données 2012 pas encore disponibles												
Saint-Siège	Données 2012 pas encore disponibles												
Serbie	Données 2012 pas encore disponibles												
Slovaquie	100	100	100	89	90	100	40	86	9	89	100	77	77
Slovénie	100	30	85	55	40	14	20	43	41	100	87	69	69
Suède	100	100	95	100	100	100	80	100	88	100	100	100	100
Suisse	100	100	90	100	100	86	20	100	22	100	93	100	100
Tadjikistan	100	90	95	83	90	100	20	34	5	100	80	77	77
Turkménistan	Données 2012 pas encore disponibles												
Turquie	75	100	65	94	70	57	100	100	62	89	80	69	69
Ukraine	Données 2012 pas encore disponibles												
Total	**86**	**82**	**86**	**85**	**78**	**77**	**44**	**83**	**64**	**90**	**91**	**79**	**85**

Région de la Méditerranée orientale

État Partie	Législation	Coordination	Surveillance	Action	Préparation	Communication en matière de risques	Ressources humaines	Laboratoires	Points d'entrée	Événements d'origine zoonotique	Sécurité sanitaire des aliments	Événements d'origine chimique	Urgences radiologiques
Afghanistan	0	36	80	47	0	43	20	26	3	56	13	0	0
Arabie saoudite	100	100	90	100	100	100	100	100	39	100	100	100	100
Bahreïn	100	100	100	94	70	86	20	86	100	78	93	85	85
Djibouti	50	36	45	52	0	57	60	29	50	56	67	8	8
Égypte	75	83	90	94	80	86	80	86	100	89	73	77	77
Émirats arabes unis	50	63	70	71	50	43	0	96	3	67	67	54	54
Iran (République islamique d')	100	90	100	94	80	86	100	100	91	100	100	77	77
Iraq	Données 2012 pas encore disponibles												
Jordanie	Données 2012 pas encore disponibles												
Koweït	100	100	65	94	90	100	60	100	89	100	80	0	0
Liban	Données 2012 pas encore disponibles												
Libye	75	73	65	54	60	29	40	33	12	33	33	0	0
Maroc	100	100	95	100	100	100	100	86	83	100	100	38	38
Oman	Données 2012 pas encore disponibles												
Pakistan	Données 2012 pas encore disponibles												
Qatar	Données 2012 pas encore disponibles												
République arabe syrienne	50	53	70	58	20	29	60	96	42	67	87	46	46
Somalie	Données 2012 pas encore disponibles												
Soudan	0	56	85	64	60	14	40	49	18	100	7	15	15
Tunisie	75	100	85	48	40	43	80	49	60	89	73	31	31
Yémen	Données 2012 pas encore disponibles												
Total	**67**	**76**	**80**	**75**	**58**	**63**	**58**	**72**	**53**	**80**	**69**	**41**	**60**

Région du Pacifique occidental

État Partie	Législation	Coordination	Surveillance	Action	Préparation	Communication en matière de risques	Ressources humaines	Laboratoires	Points d'entrée	Événements d'origine zoonotique	Sécurité sanitaire des aliments	Événements d'origine chimique	Urgences radiologiques
Australie	100	100	95	94	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Brunéi Darussalam	50	63	90	94	70	57	60	71	81	100	93	15	15
Cambodge	50	56	95	65	20	43	40	57	72	89	40	15	15
Chine	100	100	100	94	100	100	100	87	24	44	93	77	77
Fidji	75	36	50	94	40	0	20	86	46	0	60	54	54
Îles Cook	100	90	100	100	100	100	60	96	100	100	100	77	77
Îles Marshall	75	60	75	94	90	86	40	37	12	0	20	0	0
Îles Salomon	0	63	75	60	10	43	20	57	0	44	27	0	0
Japon	100	100	100	87	100	100	100	100	94	100	100	100	100
Kiribati	100	100	100	100	100	100	0	56	24	89	80	0	0
Malaisie	100	100	100	100	100	100	100	100	97	100	100	100	100
Micronésie (État fédérés de)	100	83	75	83	80	100	20	73	91	56	87	38	38
Mongolie	100	100	55	76	50	71	40	73	97	100	33	46	46
Nauru	Données 2012 pas encore disponibles												
Nioué	25	20	55	71	40	57	0	67	72	67	53	8	8
Nouvelle-Zélande	100	90	100	100	100	100	100	86	97	100	100	85	85
Palaos	100	70	100	100	90	100	80	96	80	100	100	100	100
Papouasie-Nouvelle-Guinée	0	73	80	76	50	86	40	66	41	44	47	0	0
Philippines	25	100	100	100	100	86	100	57	31	33	47	100	100
République de Corée	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

État Partie	Législation	Coordination	Surveillance	Action	Préparation	Communication en matière de risques	Ressources humaines	Laboratoires	Points d'entrée	Événements d'origine zoonotique	Sécurité sanitaire des aliments	Événements d'origine chimique	Urgences radiologiques
République démocratique populaire lao	50	36	75	40	10	14	60	31	0	44	40	0	0
Samoa	75	90	70	70	80	86	40	56	60	67	53	0	0
Singapour	100	100	100	100	100	100	100	100	97	100	100	100	100
Tonga	100	100	65	77	10	71	80	25	18	100	40	8	8
Tuvalu	100	100	100	100	100	100	60	100	100	78	100	85	85
Vanuatu	0	0	30	37	0	0	0	49	0	0	27	0	0
Viet Nam	50	46	60	94	70	14	60	56	84	100	87	46	46
Total	**72**	**76**	**82**	**85**	**70**	**74**	**58**	**72**	**62**	**71**	**70**	**48**	**45**
Total mondial	**67**	**71**	**81**	**78**	**63**	**68**	**53**	**75**	**56**	**80**	**73**	**51**	**53**