Organisation mondiale de la Santé

CONSEIL EXÉCUTIF
Cent trente-quatrième session
Point 10.1 de l'ordre du jour provisoire

EB134/32
23 décembre 2013

Application du Règlement sanitaire international (2005)

Rapport du Directeur général

1. Dans la résolution WHA61.2, l'Assemblée de la Santé a décidé que les États Parties au Règlement sanitaire international (2005) et le Directeur général feraient rapport tous les ans à l'Assemblée de la Santé sur l'application du Règlement. Dans la résolution WHA65.23, elle a prié le Directeur général de faire rapport sur les progrès accomplis par les États Parties et le Secrétariat dans la mise en œuvre de cette résolution.

2. Le présent rapport récapitule les principales mesures prises par le Secrétariat dans le cadre du Règlement face à l'apparition du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), deuxième événement (après la pandémie de grippe H1N1 de 2009) pour lequel un comité d'urgence a été convoqué en application du Règlement. Le rapport rend par ailleurs compte du processus de consultation des États Membres au sujet des critères que devrait appliquer le Directeur général pour décider d'accorder des prolongations de délai aux États Parties pour l'acquisition, le renforcement et le maintien des principales capacités requises au titre des articles 5 et 13 du Règlement. De plus, le rapport récapitule les informations reçues par le Secrétariat concernant l'application du Règlement par les États Parties en 2013. Il donne également un aperçu des activités entreprises par le Secrétariat dans les domaines de travail fixés en 2007 et pour la mise en œuvre du Règlement.[1] L'un de ces domaines de travail concerne la gestion systématique de menaces spécifiques, notamment celles que fait peser la fièvre jaune ; compte tenu des recommandations récemment formulées par le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, un projet de résolution visant à mettre à jour l'annexe 7 du Règlement sanitaire international (2005) est soumis au Conseil pour examen.

[1] Règlement sanitaire international (2005) : domaines de travail pour la mise en œuvre du Règlement. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 (document WHO/CDS/EPR/IHR/2007.1, http://www.who.int/ihr/area_of_work/fr/index.html, consulté le 21 novembre 2013).

MESURES PRISES PAR LE SECRÉTARIAT FACE À L'APPARITION DU CORONAVIRUS DU SYNDROME RESPIRATOIRE DU MOYEN-ORIENT

3. À la suite de l'apparition d'un nouveau coronavirus en 2012 (appelé depuis coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)), le Secrétariat a travaillé en étroite collaboration avec les États Membres, les points focaux nationaux RSI et les partenaires pour suivre l'épidémie et y riposter dans le cadre du Règlement. Le Secrétariat a joué un rôle de premier plan en ce qui concerne la communication de l'information, les évaluations de risque et les orientations. Le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale a été associé de très près à toutes les activités relatives au MERS-CoV.

4. Le Secrétariat a apporté un appui direct aux États Membres, en particulier pour les investigations sur les cas nouveaux et le renforcement de la surveillance et des pratiques de laboratoire, la gestion des risques biologiques et les méthodes de prélèvement d'échantillons, la prévention et l'endiguement de l'infection et, enfin, la formation et l'orientation pour la prise en charge clinique des cas d'infection due au MERS-CoV et des cas présumés. Depuis le début de l'épidémie, le Secrétariat a envoyé des missions dans les pays pour aider les ministères de la santé à enquêter sur l'épidémie ainsi qu'à mettre au point et adapter les protocoles et les plans d'intervention face au MERS-CoV, dans le cadre de la mise en place de capacités durables d'alerte et de riposte telles que prévues dans le Règlement.

5. Le Secrétariat s'emploie à faciliter la surveillance mondiale du MERS-CoV afin de rendre possible la détection rapide de tout changement dans l'épidémiologie du virus et d'enquêter et de faire rapport sur les cas, et il continue de procéder à des évaluations mondiales des risques et à communiquer rapidement l'information par le biais du site d'information sur les événements pour les points focaux nationaux RSI, des bulletins sur les flambées épidémiques, des communiqués de presse et d'autres rapports. Il a d'autre part régulièrement mis à jour les orientations concernant les voyages internationaux et la santé, notamment en donnant des conseils et des informations spécifiques pour les pèlerinages de l'omra et du hadj ainsi que des avis en matière de surveillance pour les pays où retourneraient les pèlerins.

6. Le Secrétariat s'est engagé à collaborer aux investigations et à la prise en charge de l'épidémie due au MERS-CoV et il a travaillé en étroite collaboration avec les États Membres concernés, les partenaires à l'interface être humain-animal, notamment l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE), de même qu'à travers d'autres mécanismes de collaboration tels que le Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments. Il continue à échanger des informations avec les partenaires pour optimiser la surveillance et les évaluations de risque et améliorer l'état de préparation et les interventions.

7. Le Secrétariat a coordonné les activités des réseaux techniques et du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, de manière à donner aux États Membres accès à d'autres ressources internationales. En janvier et juin 2013, le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale a accueilli plusieurs réunions consultatives sur le MERS-CoV qui ont rassemblé des spécialistes de la santé et des chercheurs en santé publique. Les résultats scientifiques ont été communiqués par le biais d'une actualisation sur le Web public, de réseaux d'experts et de la publication de synthèses et de mises à jour. En juin 2013, les participants à une réunion interpays, accueillie elle aussi par le Bureau régional, a formulé des recommandations concernant la surveillance et l'action, les rassemblements de masse, la prise en charge clinique, les capacités de laboratoire, la lutte contre l'infection, les médias et la communication sur les risques et, enfin, l'application du Règlement sanitaire international (2005).

8. Le Règlement a fourni le cadre juridique nécessaire pour gérer la riposte au MERS-CoV. Pour la deuxième fois depuis l'entrée en vigueur du RSI en juin 2007, le Directeur général a convoqué un comité d'urgence chargé de lui donner des avis sur les principales questions relatives à l'événement ; il s'agissait notamment de savoir si ce dernier constituait une urgence de santé publique de portée internationale et quelles mesures de santé pourraient s'avérer nécessaires pour réagir à l'événement de façon efficace. Le Comité d'urgence s'est réuni à trois reprises depuis juillet 2013[1] et une quatrième réunion est prévue avant la fin 2013. Compte tenu des informations communiquées et des débats suscités lors des trois premières réunions, le Comité a informé le Directeur général que les conditions d'une urgence de santé publique de portée internationale n'étaient pas encore réunies. Le Directeur général a approuvé l'avis du Comité. Le Comité a d'autre part donné au Directeur général des avis en matière de santé publique dans lesquels il soulignait l'importance qu'il y avait à renforcer la surveillance, à continuer de développer la sensibilisation à la question du MERS-CoV et à assurer une bonne communication sur les risques, à aider les pays particulièrement vulnérables à accroître leurs capacités de tests diagnostiques, à poursuivre les travaux d'investigation et à échanger l'information en temps opportun conformément au Règlement et, enfin, à maintenir une coordination étroite avec le Secrétariat.

CRITÈRES PROPOSÉS POUR L'OCTROI DE DÉLAIS SUPPLÉMENTAIRES EN 2014-2016

9. À sa cent trente-deuxième session, le Conseil exécutif a examiné les critères proposés par le Secrétariat à l'intention du Directeur général pour l'aider à se prononcer sur les demandes de report de la date limite à laquelle les États Parties devront avoir mis en place les principales capacités requises en application du Règlement pour la période 2014-2016.[2] Le Conseil exécutif a relevé qu'il n'y avait pas d'objection à l'adoption des critères proposés mais qu'il conviendrait que les États Membres les examinent de façon plus approfondie lors des sessions des comités régionaux de l'OMS en 2013, les critères définitifs devant être soumis au Conseil exécutif à sa cent trente-quatrième session. Lors des sessions des comités régionaux, les États Membres ont, d'une façon générale, approuvé les critères mais ont formulé quelques autres suggestions, en particulier pour que les demandes de prolongation puissent être soumises jusqu'à deux mois au lieu de quatre mois avant la date limite de juin 2014[3] et qu'il soit inclus un critère demandant que soient pris en compte les avis du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005), qui fait déjà partie du processus de décision quant aux demandes de prolongation de délai. Il a d'autre part été mentionné que le Comité d'examen pourrait examiner d'autres questions relatives aux principales capacités de santé publique, notamment les indicateurs de mise en œuvre.

10. Après avoir étudié de façon approfondie toutes les observations formulées par les États Membres, le Secrétariat a proposé de considérer comme définitifs les critères actuels,[4] étant entendu que, dans le cadre du processus visant à octroyer des prolongations de délai, le Comité d'examen donnerait des avis au Directeur général, en application du Règlement. Une réunion du Comité d'examen devrait donc être convoquée par le Directeur général en 2014.

---

[1] Déclaration de l'OMS concernant le MERS-CoV. Dans : Comité d'urgence du RSI concernant le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) [site Web]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (http://www.who.int/ihr/ihr_ec_2013/fr/index.html, consulté le 21 novembre 2013).

[2] Voir le document EB132/15 Add.1.

[3] Voir la décision CD52(D5) adoptée par le Conseil directeur du Comité régional des Amériques à sa soixante-cinquième session.

[4] L'État Partie présentera une demande écrite officielle au Directeur général au moins quatre mois avant la date limite. Cette demande devra être accompagnée d'un nouveau plan d'application. Voir le document A66/16.

INFORMATIONS REÇUES DES ÉTATS PARTIES AU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005)

11. En ce qui concerne les demandes de prolongation de délai pour la période 2012-2014, 118 des 196 États Parties concernés avaient sollicité et obtenu une prolongation. Quarante-deux États Parties n'avaient pas demandé de prolongation.

12. Les États Parties ont continué à fournir des informations au Secrétariat sur l'application du Règlement en ce qui concerne les capacités nationales requises en vertu de l'annexe 1 du Règlement. Au 18 novembre 2013, 94 pays, soit 48 % des 196 États Parties, avaient répondu au questionnaire d'auto-évaluation qui leur avait été adressé en mars. Les données montrent que les États Parties progressent de façon satisfaisante en ce qui concerne un certain nombre des principales capacités requises, notamment dans les domaines de l'action et des événements d'origine zoonotique (avec une notation globale moyenne de 83 %), de la surveillance (81 %), des laboratoires (79 %), de la communication sur les risques (77 %), ainsi que de la législation, de la coordination et de la sécurité sanitaire des aliments (dans les trois cas 76 %). D'un autre côté, des États Parties ont fait état de capacités relativement faibles pour la prise en charge des urgences radiologiques (56 %) et pour les événements d'origine chimique (58 %), ainsi que de faibles capacités aux points d'entrée et en matière de ressources humaines (61 % et 62 %, respectivement). L'annexe du présent rapport indique la notation des capacités par Région de l'OMS pour tous les États Parties ayant rempli et renvoyé le questionnaire avant l'achèvement de la version finale du présent rapport.

PARTENARIATS MONDIAUX

13. L'OMS a continué de renforcer ses relations avec d'autres organisations internationales et intergouvernementales pendant la période considérée, notamment l'Agence internationale de l'Énergie atomique (AIEA), l'Organisation météorologique mondiale (OMM), la FAO, l'OIE, l'Organisation de l'aviation civile internationale (OACI), l'Association du transport aérien international (IATA) et la Banque mondiale.

RENFORCEMENT DES CAPACITÉS NATIONALES

14. Tous les niveaux de l'Organisation continuent d'aider les États Parties à mettre en place les principales capacités requises en application du Règlement. Les bureaux régionaux de l'OMS restent en tête de ces efforts et dispensent un appui technique aux pays grâce à des initiatives régionales dans plusieurs domaines importants. Il s'agit notamment de continuer à renforcer les systèmes de qualité des laboratoires et les capacités de diagnostic moyennant l'élaboration et la traduction des outils et lignes directrices, à assurer des évaluations extérieures de la qualité, et à organiser des sessions de formation, des ateliers et des missions d'évaluation sur place ou des missions d'assistance technique dans toutes les Régions de l'OMS. On élabore actuellement un nouveau cours de formation à l'encadrement et à la gestion à l'intention des directeurs de laboratoire de santé publique qui devrait être organisé à partir de 2014. Avec la FAO et l'OIE, l'OMS reste chargée de la mise en œuvre du projet IDENTIFY.[1]

[1] Tel qu'exposé dans le document A66/16.

15. Dans le domaine particulier de l'application du Règlement dans la législation nationale, à la suite d'une série d'ateliers sous-régionaux organisés en 2011, 2012 et 2013 dans plusieurs Régions de l'OMS, le Secrétariat a mené à bien différentes missions individuelles d'évaluation législative dans les États Parties de la Région européenne et de la Région de l'Asie du Sud-Est.

16. En ce qui concerne l'application du Règlement aux points d'entrée, des missions d'appui technique ont été menées à bien par le Secrétariat pour évaluer les capacités des pays. Des consultations, des sessions de formation, des réunions et des ateliers ont également été organisés pour développer les compétences et fournir des orientations techniques pour les spécialistes de la santé publique aux points d'entrée dans plusieurs Régions de l'OMS. Il s'agissait notamment de mettre au point un programme d'apprentissage pour l'inspection des navires et la délivrance de certificats de contrôle sanitaire des navires, ainsi que de donner des avis sur la prise en charge des événements de santé publique survenant sur un navire ou dans un aéronef, et sur la surveillance des vecteurs et la lutte antivectorielle moyennant une approche plurisectorielle. De plus, le Secrétariat s'est employé à aider à mettre en place les procédures de l'OMS pour la certification des aéroports et des ports, en vertu des prescriptions du Règlement. Afin de faciliter l'échange d'informations, le Secrétariat a accueilli sur son site Web le Réseau des ports, aéroports et postes-frontières[1] et apporte son appui à une initiative visant à désigner des centres collaborateurs OMS pour les points d'entrée afin de développer les principales capacités.

17. En matière de surveillance nationale, le Secrétariat a commencé, avec le concours d'experts techniques des six Régions de l'OMS, à élaborer des orientations mondiales sur l'alerte précoce et la riposte, y compris sur la surveillance des événements. Il est, d'autre part, en train de préparer un guide sur la surveillance coordonnée entre points d'entrée et systèmes nationaux de surveillance. De plus, pour faciliter et accélérer la transmission hebdomadaire des données de la surveillance depuis les établissements de santé périphériques jusqu'au niveau central, l'OMS met actuellement au point un outil électronique fondé en partie sur les techniques de la téléphonie mobile. Enfin, le Secrétariat a élaboré et mis à l'essai un jeu d'outils de formation à l'intention des épidémiologistes pour les organisateurs de cours, les coordonnateurs de programme et les formateurs, qui pourront l'utiliser dans les contextes appropriés tels que programmes de formation à l'épidémiologie de terrain et écoles de santé publique. Ils disposeront ainsi d'un cadre commun d'apprentissage et de matériels normalisés de qualité, ce qui contribuera à harmoniser l'interprétation et l'application du Règlement.

18. Pour ce qui est de l'application du Règlement à des menaces spécifiques, des progrès notables ont été réalisés (en collaboration avec l'OIE et la FAO) en vue de la mise au point de matériels de référence pour la bonne gouvernance dans tous les secteurs de la santé animale et humaine. Une documentation cohérente a été établie ces dernières années par l'OMS et l'OIE dans leurs domaines de compétences respectifs pour aider les pays à évaluer objectivement leur situation, à résoudre les problèmes et à développer leurs capacités afin de pouvoir améliorer leur potentiel opérationnel et s'acquitter de leurs obligations internationales. Pour résoudre les problèmes liés à l'interface être humain-animal, un programme de travail commun OIE-OMS a été mis sur pied en avril 2013 ; il consiste notamment à adapter le cadre de la surveillance des progrès réalisés par les États Parties dans la mise en place des principales capacités de façon à mieux prendre en compte l'interface en question ; il s'agit également d'améliorer l'outil OMS d'évaluation des laboratoires par rapport à l'instrument correspondant de l'OIE. En partenariat avec la Banque mondiale et l'OIE, l'OMS s'emploie à établir à l'intention des pays un guide méthodologique conjoint qui regroupera ces nouveaux outils afin de renforcer la gestion des systèmes nationaux de santé humaine et animale.

[1] Voir http://www.who.int/ihr/ports_airports/pagnet/en/index.html.

19. Plus récemment, le Secrétariat a privilégié l'aide aux États Parties pour l'évaluation de leurs besoins et des investissements requis en vue d'acquérir et maintenir les principales capacités. Un modèle d'outil d'évaluation des coûts mis au point par l'OMS et les partenaires en 2013 est actuellement à l'essai dans quelques pays. Ce modèle, fondé sur le cadre de surveillance qui existe aujourd'hui pour le Règlement, tient compte des outils, analyses et méthodologies déjà élaborés.

20. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite continue d'utiliser le cadre du Règlement pour publier sur le site d'information sur les événements pour les points focaux nationaux RSI des informations sur la propagation internationale du poliovirus sauvage, y compris sa détection et l'apparition de nouvelles flambées dans des pays auparavant exempts de poliomyélite. Toutes ces informations sont diffusées en parallèle dans les bulletins relatifs aux flambées épidémiques sur le site Web public de l'OMS. C'est ainsi que, depuis avril 2013, plusieurs mises à jour ont été publiées sur l'évolution d'une flambée de poliomyélite dans la Corne de l'Afrique et au Moyen-Orient.

21. En ce qui concerne les événements d'origine chimique, une réunion du groupe de travail pour les événements d'origine chimique, qui relève de l'Initiative de sécurité sanitaire mondiale, et un séminaire sur les événements d'origine chimique et le Règlement sanitaire international (2005) ont été organisés à Lyon (France) du 24 au 26 avril 2013 pour faire le point des outils existants et des mesures prises par les pays participant à l'initiative afin d'aider l'OMS à faire mieux appliquer le Règlement par les États Parties en ce qui concerne les incidents d'origine chimique. Le Secrétariat s'est, d'autre part, occupé de questions techniques liées au Règlement lors d'une réunion des homologues des Régions et du Siège de l'OMS responsables de la sécurité chimique qui s'est tenue du 15 au 17 juillet 2013. La réunion a porté notamment sur les mesures à prendre après un événement d'origine chimique sur les principales capacités requises en application du Règlement, sur le Centre international de formation à la prise en charge des incidents d'origine chimique, sur la liste d'experts prévue par le Règlement et, enfin, sur les centres antipoisons.

22. En ce qui concerne les risques découlant de l'exposition aux rayonnements, pour renforcer les capacités nationales, régionales et de l'OMS de riposte d'urgence, le Secrétariat a collaboré avec l'AIEA, l'OMM, la FAO, l'OACI et d'autres organisations internationales à l'occasion d'un exercice international (ConvEx-3 (2013)) fondé sur un scénario d'événement déclenché dans l'intention de nuire. L'exercice, qui a eu lieu en novembre 2013, simulait une explosion au Maroc et a consisté à mettre à l'essai le mécanisme de notification prévu par le Règlement ainsi que la capacité de l'OMS à réagir à une urgence radiologique. Le Secrétariat, d'autre part, contribue aux travaux de la réunion du groupe de travail chargé des menaces radionucléaires, qui relève de l'Initiative de sécurité sanitaire mondiale (Atlanta, Géorgie, États-Unis d'Amérique, avril 2013). Enfin, pour aider à renforcer les capacités nationales de laboratoire, le Secrétariat a organisé à Leyde (Pays-Bas) en mars 2013 la troisième réunion de coordination du Réseau mondial OMS de biodosimétrie. L'objectif premier de ce réseau est de veiller à ce que des capacités supplémentaires de laboratoires de dosimétrie soient rapidement disponibles en cas d'urgence radionucléaire touchant de très nombreuses personnes.

URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE DE PORTÉE INTERNATIONALE : PRÉVENTION ET RIPOSTE

23. Le réseau des points focaux nationaux RSI et les points de contact RSI de l'OMS ont été de plus en plus utilisés pour communiquer rapidement des informations de santé publique entre l'OMS et les États Parties, notamment en ce qui concerne le MERS-CoV et l'infection humaine par le virus A(H7N9) de la grippe aviaire. Le nombre d'utilisateurs au niveau des points focaux nationaux RSI ayant accès au site d'information sur les événements n'a cessé de croître et se situe actuellement à 751, représentant 186 États Parties.

24. L'OMS continue à détecter et suivre les risques et urgences de santé publique de même qu'à y réagir dans les meilleurs délais en étroite collaboration avec les pays, dans le cadre du Règlement. Outre les événements liés au MERS-CoV (voir plus haut), 433 événements ont été enregistrés dans le système de gestion des événements entre le 21 février 2012 et le 25 octobre 2013. Sur ce total, 167 (soit 39 %) ont été validés comme étant des événements réels nécessitant un suivi, 32 (7 %) ont été rejetés après vérification au motif qu'il s'agissait de fausses rumeurs, 93 (21 %) correspondaient à des événements réels qui ne répondaient pas à la définition d'une flambée, et 7 (2 %) ont été jugés invérifiables. Il n'a pas été attribué de catégorie définitive à 134 événements (31 %). En résumé, 69 % des événements enregistrés sont passés par l'ensemble du processus de vérification pendant la période concernée.

25. Ces activités normales de surveillance et de riposte au niveau international ont été récemment renforcées par le lancement d'une nouvelle version du site d'information sur les événements en ce qui concerne la communication avec les points focaux nationaux RSI, de manière à faciliter l'accès à l'information sur des problèmes aigus de santé publique. L'actualisation de la technologie permettra de développer encore plus le site pour tenir compte des besoins futurs et de l'extension de l'échange d'informations.

26. Deux cours ont été mis en place sur le Web pour apprendre aux points focaux nationaux RSI à utiliser l'annexe 2 du Règlement. Ils prévoient un certain de nombre de scénarios où le personnel du point focal national doit déterminer si l'événement est à signaler à l'OMS. À la fin de chaque module, l'utilisateur reçoit les réponses proposées par un groupe d'experts, en même temps que des explications sur les réponses. Le but de ces cours sur l'annexe 2 est d'aider le personnel des points focaux nationaux RSI à améliorer la sensibilité et la cohérence du processus d'évaluation et de notification. Les cours s'inspirent des recommandations formulées par le Comité d'examen du fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) au sujet de la grippe pandémique A(H1N1) 2009 ;[1] ils sont également accessibles sur le site Web de l'OMS.[2]

27. En ce qui concerne les événements d'origine alimentaire, les liens entre les points de contact d'urgence dans les pays pour le Réseau international des autorités chargées de la sécurité sanitaire des aliments et les points focaux nationaux RSI ont été renforcés avec l'appui actif du Secrétariat grâce à des efforts continus pour veiller à ce que les deux réseaux au niveau national soient informés lors de la riposte à un événement. Le secrétariat du réseau a, d'autre part, dispensé des avis et un appui aux États Parties qui sollicitent une prolongation de délai en application du Règlement, pour mettre en place les principales capacités dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments, tel qu'exposé dans le cadre de suivi.

VACCINATION OU REVACCINATION CONTRE LA FIÈVRE JAUNE

28. La fièvre jaune est la seule maladie mentionnée dans le Règlement sanitaire international (2005) pour laquelle les pays peuvent, dans certaines circonstances, exiger des voyageurs une preuve de vaccination comme condition d'entrée et peuvent prendre certaines mesures si un voyageur à l'arrivée n'est pas en possession d'un certificat de vaccination. Le Règlement stipule que la vaccination avec un vaccin antiamaril approuvé confère une protection contre l'infection pendant 10 ans et que la validité

[1] Document A64/10.

[2] Voir : http://www.who.int/ihr/annex_2_tutorial/en/index.html.

du certificat de vaccination ou de revaccination est donc de 10 ans.[1] Chaque État Partie décide librement s'il doit exiger ou non des voyageurs le certificat, qui n'est actuellement pas exigé par tous les pays.[2,3] Récemment, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination a conclu qu'une dose unique de vaccin antiamaril suffisait à conférer une immunité durable et une protection à vie contre la fièvre jaune et qu'il n'était pas nécessaire d'administrer une dose de rappel.[4] Cette conclusion a été entérinée par l'OMS.[5] Dans son rapport, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination a également recommandé à l'OMS de revoir les dispositions du Règlement sanitaire international (2005) concernant la durée de validité des certificats internationaux de vaccination contre la fièvre jaune.

29. Plusieurs États Membres ont demandé des orientations à l'OMS quant à l'application de cette recommandation dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005). Le Secrétariat a entrepris d'informer les États Membres de la conclusion à laquelle est parvenue le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination et de les inviter instamment à envisager d'accepter les certificats de vaccination antiamarile dans la mesure où le vaccin a été approuvé, quelle que soit la date de la vaccination (pour autant qu'elle ait eu lieu au moins 10 jours avant l'arrivée).

30. Le Directeur général a donc proposé de mettre à jour l'annexe 7 du Règlement sanitaire international (2005). Un projet de résolution à cet effet figure dans le paragraphe 34.

CONCLUSION

31. L'apparition du MERS-CoV a été l'occasion de poursuivre l'application des modes opératoires énoncés dans le Règlement sanitaire international (2005) pour la gestion des principaux événements et urgences de santé publique, notamment la convocation d'un nouveau comité d'urgence. Cela a permis à l'OMS d'appliquer à un nouveau contexte les enseignements tirés de la pandémie de grippe (H1N1) de 2009. L'utilité de notifier à temps et d'échanger l'information s'est vérifiée une fois de plus lors de cet événement nouveau.

32. Des avancées notables ont été réalisées dans l'application du Règlement au niveau national pendant la période considérée. À tous les niveaux de l'Organisation, le Secrétariat a intensifié l'appui technique aux États Parties dans tous les domaines. Néanmoins, l'application dans les délais du Règlement s'est heurtée à certains problèmes sur le plan des institutions et des ressources, notamment en raison d'un niveau inégal d'appui de diverses parties prenantes pour des capacités ou des risques

[1] Règlement sanitaire international (2005), deuxième édition, annexe 7. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

[2] Liste par pays et annexes 2012. Dans : Voyages internationaux et santé [site Web], Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/entity/ith/chapters/ith2012en_countrylist.pdf,et http://www.who.int/entity/ith/chapters/ith2012en_annexes.pdf, consultés le 22 novembre 2013).

[3] Le Règlement sanitaire international (2005) stipule également que les certificats de vaccination comportent une limite de validité qui dépend de la date d'administration du vaccin ; de plus, chaque agent travaillant à un point d'entrée dans une zone où l'OMS a déterminé qu'il y a un risque de transmission de la fièvre jaune et chaque membre de l'équipage d'un moyen de transport utilisant l'un de ces points d'entrée doivent être en possession d'un certificat de vaccination valable.

[4] Réunion du Groupe consultatif stratégique d'experts sur la vaccination, avril 2013 – Conclusions et recommandations. *Relevé épidémiologique hebdomadaire,* 2013 ; 88(20) : 201-216 (http://www.who.int/wer/2013/wer8820.pdf, consulté le 22 novembre 2013).

[5] Note de synthèse – Position de l'OMS sur les vaccins et la vaccination contre la fièvre jaune – juin 2013. *Relevé épidémiologique hebdomadaire,* 2013 ; 88(27) : 269-284 (http://www.who.int/wer/2013/wer8827.pdf, consulté le 22 novembre 2013).

spécifiques et des Régions de l'OMS ou des zones géographiques particulières. Le Secrétariat envisage la création d'un programme de jumelage entre pays pour faciliter l'échange des meilleures pratiques et élargir ainsi l'application du Règlement. Bien que certaines capacités aient été améliorées à l'échelle mondiale (notamment dans les domaines de la surveillance, des laboratoires et de la communication sur le risque), elles restent à un niveau critique et les efforts doivent être poursuivis à long terme. Le niveau relativement faible des capacités permettant de faire face aux événements radiologiques et chimiques traduit une lacune à laquelle il est possible de remédier par une cartographie systématique des parties prenantes travaillant dans ces domaines, dont certaines n'ont peut-être pas encore établi des relations solides avec les ministères de la santé. Les capacités au point d'entrée représentent toujours une difficulté mais plusieurs lignes directrices ont été élaborées récemment et sont disponibles dans différentes langues pour faciliter une prise de conscience plus poussée et favoriser la formation. Une autre des principales capacités qui reste à un niveau médiocre est celle relative aux ressources humaines, et seuls les États Membres peuvent s'engager à mettre en place durablement les ressources humaines nécessaires pour chaque capacité requise par le Règlement. Selon les informations disponibles, il est probable que de nombreux États Parties demanderont une nouvelle prolongation de deux ans du délai imparti, de juin 2014 à juin 2016, conformément aux articles 5 et 13 du Règlement.

33. À tous les niveaux de l'Organisation, et dans tous les domaines, le Secrétariat a intensifié le soutien technique qu'il fournit aux États Parties. En outre, le Directeur général a lancé un appel aux pays afin d'obtenir leur engagement en faveur de l'organisation d'une série de manifestations de haut niveau qui contribueront à maintenir la volonté de renforcer les capacités, en soulignant l'importance de l'engagement national et de l'approche multisectorielle. Un effort renouvelé est requis pour accélérer la capacité au niveau mondial de prévenir et de détecter les menaces de maladie infectieuse et d'autres risques, que leur présence soit naturelle ou qu'elle résulte d'une dissémination accidentelle ou d'un usage délibéré, et de réagir rapidement. Les États Parties et les organisations internationales partenaires de tous les secteurs devraient franchir le pas et formuler l'engagement concret de progresser pour atteindre cet objectif.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

34. Le Conseil est invité à examiner le projet de résolution suivant :

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur l'application du Règlement sanitaire international (2005) ;[1]

RECOMMANDE à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :

[1] Document EB134/32.

La Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé,

Rappelant la réunion récente et le rapport du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination,[1] qui a procédé à l'examen scientifique et à l'analyse des bases factuelles sur les questions de la vaccination contre la fièvre jaune et a conclu qu'une dose unique de vaccin antiamaril suffisait à conférer une immunité durable et une protection à vie contre la fièvre jaune, et qu'une dose de rappel n'était pas nécessaire ;

Notant que, dans son rapport, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination a recommandé à l'OMS de revoir les dispositions du Règlement sanitaire international (2005) relatives à la durée de validité des certificats internationaux de vaccination antiamarile,

1. ADOPTE, conformément au paragraphe 3 de l'article 55 du Règlement sanitaire international (2005), l'annexe 7 actualisée du Règlement sanitaire international (2005) jointe à la présente résolution ;

Projet de révision du Règlement sanitaire international (2005), annexe 7

ANNEXE 7

PRESCRIPTIONS CONCERNANT LA VACCINATION OU LA PROPHYLAXIE CONTRE CERTAINES MALADIES

1. En plus des éventuelles recommandations concernant la vaccination ou l'administration d'une prophylaxie, l'entrée des voyageurs dans un État Partie peut être subordonnée à la présentation de la preuve de la vaccination ou de l'administration d'une prophylaxie contre les maladies suivantes expressément désignées par le présent Règlement :

Vaccination contre la fièvre jaune

2. Considérations et prescriptions concernant la vaccination contre la fièvre jaune :

a) Aux fins de la présente annexe,

i) la période d'incubation de la fièvre jaune est de six jours ;

ii) les vaccins antiamarils approuvés par l'OMS confèrent une protection contre l'infection qui prend effet 10 jours après l'administration du vaccin ;

iii) cette protection <u>se prolonge pendant la vie entière du sujet vacciné</u> ~~dure 10 ans~~ ; et

[1] Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, avril 2013 – Conclusions et recommandations. *Relevé épidémiologique hebdomadaire,* 2013 ; 88(20) : 201-216 (http://www.who.int/wer/2013/wer8820.pdf, consulté le 22 novembre 2013).

iv) la validité d'un certificat de vaccination contre la fièvre jaune s'étend à la vie entière du sujet vacciné ~~est de 10 ans~~, à compter du dixième jour suivant la date de vaccination~~ ou, dans le cas d'une revaccination au cours de cette période de 10 ans, à compter de la date de revaccination~~.

b) La vaccination contre la fièvre jaune peut être exigée de tout voyageur quittant une zone dans laquelle l'Organisation a déterminé qu'il existe un risque de transmission de la fièvre jaune.

c) Un voyageur muni d'un certificat de vaccination antiamarile non encore valable peut être autorisé à partir, mais les dispositions du paragraphe 2.h) de la présente annexe peuvent lui être appliquées à l'arrivée.

d) Un voyageur muni d'un certificat valable de vaccination contre la fièvre jaune ne doit pas être considéré comme suspect, même s'il provient d'une zone dans laquelle l'Organisation a établi qu'il existe un risque de transmission de la fièvre jaune.

e) Conformément aux dispositions de l'annexe 6, paragraphe 1, le vaccin antiamaril utilisé doit être approuvé par l'Organisation.

f) Les États Parties désignent des centres déterminés de vaccination antiamarile sur leur territoire pour garantir la qualité et la sécurité des procédures et des matériels utilisés.

g) Toute personne employée à un point d'entrée dans une zone dans laquelle l'Organisation a établi qu'il existe un risque de transmission de la fièvre jaune, ainsi que tout membre de l'équipage d'un moyen de transport qui utilise ce point d'entrée, doivent être munis d'un certificat valable de vaccination contre la fièvre jaune.

h) Un État Partie sur le territoire duquel des vecteurs de la fièvre jaune sont présents peut exiger qu'un voyageur en provenance d'une zone dans laquelle l'Organisation a établi qu'il existe un risque de transmission de la fièvre jaune soit, s'il n'est pas en mesure de présenter un certificat valable de vaccination antiamarile, mis en quarantaine pendant un maximum de six jours à compter de la date de la dernière exposition possible à l'infection, à moins que son certificat de vaccination ne soit devenu valable entre-temps.

i) Les voyageurs en possession d'un certificat d'exemption de vaccination antiamarile signé par un médecin autorisé ou un agent de santé agréé peuvent néanmoins être autorisés à entrer sur le territoire, sous réserve des dispositions de l'alinéa précédent de la présente annexe et pour autant qu'ils aient reçu des informations sur la protection contre les vecteurs de la fièvre jaune. Les voyageurs qui n'ont pas été mis en quarantaine peuvent être tenus de signaler tout symptôme fébrile ou tout autre symptôme pertinent à l'autorité compétente et placés sous surveillance.

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 2013

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	Données 2013 pas encore disponibles												
Algérie	Données 2013 pas encore disponibles												
Angola	Données 2013 pas encore disponibles												
Bénin	Données 2013 pas encore disponibles												
Botswana	0	10	65	52	0	29	20	81	67	78	33	0	15
Burkina Faso	100	80	65	87	45	43	60	86	4	100	87	23	50
Burundi	Données 2013 pas encore disponibles												
Cameroun	100	100	85	94	100	100	100	100	28	100	73	92	85
Cap-Vert	Données 2013 pas encore disponibles												
Comores	Données 2013 pas encore disponibles												
Congo	Données 2013 pas encore disponibles												
Côte d'Ivoire	Données 2013 pas encore disponibles												
Érythrée	50	100	80	94	45	29	60	86	52	89	33	54	0
Éthiopie	Données 2013 pas encore disponibles												
Gabon	Données 2013 pas encore disponibles												
Gambie	Données 2013 pas encore disponibles												
Ghana	75	73	85	88	51	43	40	100	31	100	53	54	62
Guinée	Données 2013 pas encore disponibles												
Guinée-Bissau	Données 2013 pas encore disponibles												
Guinée équatoriale	Données 2013 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
Kenya	50	100	85	83	53	57	40	96	71	100	73	46	46
Lesotho	Données 2013 pas encore disponibles												
Libéria	Données 2013 pas encore disponibles												
Madagascar	Données 2013 pas encore disponibles												
Malawi	Données 2013 pas encore disponibles												
Mali	Données 2013 pas encore disponibles												
Maurice	Données 2013 pas encore disponibles												
Mauritanie	Données 2013 pas encore disponibles												
Mozambique	0	73	90	94	43	43	100	39	59	56	87	8	8
Namibie	Données 2013 pas encore disponibles												
Niger	Données 2013 pas encore disponibles												
Nigéria	Données 2013 pas encore disponibles												
Ouganda	Données 2013 pas encore disponibles												
République centrafricaine	Données 2013 pas encore disponibles												
République démocratique du Congo	50	46	85	70	60	100	40	100	25	78	60	0	77
République-Unie de Tanzanie	Données 2013 pas encore disponibles												
Rwanda	Données 2013 pas encore disponibles												
Sao Tomé-et-Principe	0	46	40	28	8	14	0	36	12	22	0	0	0
Sénégal	Données 2013 pas encore disponibles												
Seychelles	0	73	95	88	8	43	40	96	30	100	80	54	0
Sierra Leone	Données 2013 pas encore disponibles												
Soudan du Sud	Données 2013 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
Swaziland	0	36	65	71	0	86	60	67	11	56	47	8	8
Tchad	Données 2013 pas encore disponibles												
Togo	0	83	90	94	80	0	80	67	9	67	47	23	8
Zambie	Données 2013 pas encore disponibles												
Zimbabwe	Données 2013 pas encore disponibles												
Total	**33**	**63**	**72**	**73**	**38**	**45**	**49**	**73**	**31**	**73**	**52**	**28**	**28**

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	Données 2013 pas encore disponibles												
Argentine	Données 2013 pas encore disponibles												
Bahamas	Données 2013 pas encore disponibles												
Barbade	100	53	100	89	90	86	60	96	100	100	73	54	15
Belize	Données 2013 pas encore disponibles												
Bolivie (État plurinational de)	100	87	85	65	41	71	40	96	21	89	53	15	69
Brésil	100	90	90	100	90	100	80	96	80	89	93	62	92
Canada	100	83	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Chili	75	100	90	89	100	43	20	86	46	89	93	31	92
Colombie	100	63	50	76	33	100	80	76	83	89	67	77	69
Costa Rica	Données 2013 pas encore disponibles												
Cuba	Données 2013 pas encore disponibles												
Dominique	Données 2013 pas encore disponibles												
El Salvador	100	100	100	100	90	100	100	100	90	100	67	54	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
Équateur	Données 2013 pas encore disponibles												
États-Unis d'Amérique	100	100	100	94	100	100	100	50	100	100	100	100	100
Grenade	Données 2013 pas encore disponibles												
Guatemala	Données 2013 pas encore disponibles												
Guyana	100	83	80	100	90	86	100	100	38	100	67	62	0
Haïti	Données 2013 pas encore disponibles												
Honduras	Données 2013 pas encore disponibles												
Jamaïque	100	66	70	87	71	57	20	47	62	67	67	62	23
Mexique	Données 2013 pas encore disponibles												
Nicaragua	Données 2013 pas encore disponibles												
Panama	Données 2013 pas encore disponibles												
Paraguay	100	90	70	83	53	100	60	100	34	67	73	69	77
Pérou	Données 2013 pas encore disponibles												
République dominicaine	Données 2013 pas encore disponibles												
Sainte-Lucie	Données 2013 pas encore disponibles												
Saint-Kitts-et-Nevis	Données 2013 pas encore disponibles												
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	Données 2013 pas encore disponibles												
Suriname	50	83	85	89	48	43	0	100	84	67	87	62	0
Trinité-et-Tobago	50	40	95	76	71	71	20	81	77	89	87	54	77
Uruguay	Données 2013 pas encore disponibles												
Venezuela (République bolivarienne du)	50	90	90	94	80	71	100	86	59	100	87	92	92
Total	**82**	**75**	**80**	**83**	**70**	**75**	**59**	**81**	**65**	**83**	**74**	**60**	**58**

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	Données 2013 pas encore disponibles												
Bhoutan	50	36	10	76	35	29	80	33	15	67	27	0	0
Inde	Données 2013 pas encore disponibles												
Indonésie	100	53	90	81	91	86	80	96	91	100	67	46	100
Maldives	Données 2013 pas encore disponibles												
Myanmar	100	73	100	100	100	100	100	70	97	100	100	46	8
Népal	75	73	70	67	66	83	20	100	21	100	73	31	8
République populaire démocratique de Corée	Données 2013 pas encore disponibles												
Sri Lanka	100	63	85	77	53	86	80	41	65	100	80	23	15
Thaïlande	Données 2013 pas encore disponibles												
Timor-Leste	Données 2013 pas encore disponibles												
Total	**85**	**60**	**71**	**80**	**69**	**77**	**72**	**68**	**58**	**93**	**69**	**29**	**26**

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 2013 pas encore disponibles												
Allemagne	Données 2013 pas encore disponibles												
Andorre	75	30	70	44	8	14	0	25	0	0	0	0	0
Arménie	75	100	85	88	91	100	100	79	97	100	93	92	100
Autriche	100	90	80	100	83	100	100	100	91	89	93	46	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
Azerbaïdjan	50	83	100	94	75	57	100	96	86	100	93	85	77
Bélarus	Données 2013 pas encore disponibles												
Belgique	100	63	65	72	46	100	60	91	70	89	100	92	100
Bosnie-Herzégovine	Données 2013 pas encore disponibles												
Bulgarie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chypre	Données 2013 pas encore disponibles												
Croatie	100	90	85	100	100	100	100	87	86	100	100	100	100
Danemark	100	80	90	100	100	86	0	91	89	89	100	100	92
Espagne	100	83	95	100	83	57	80	76	4	0	0	0	0
Estonie	25	73	90	65	55	100	40	91	86	100	100	100	77
Ex-République yougoslave de Macédoine	100	63	55	83	61	100	20	71	85	86	87	77	46
Fédération de Russie	Données 2013 pas encore disponibles												
Finlande	A confirmé que le stade de développement des capacités était le même qu'en 2012												
France	100	80	95	100	80	86	60	100	21	100	100	85	100
Géorgie	100	83	100	100	100	100	100	96	94	100	67	62	83
Grèce	Données 2013 pas encore disponibles												
Hongrie	100	100	85	94	100	100	100	96	82	100	100	100	100
Irlande	Données 2013 pas encore disponibles												
Islande	Données 2013 pas encore disponibles												
Israël	Données 2013 pas encore disponibles												
Italie	Données 2013 pas encore disponibles												
Kazakhstan	100	53	70	76	50	43	100	86	100	89	100	100	100
Kirghizistan	Données 2013 pas encore disponibles												
Lettonie	Données 2013 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
Liechtenstein	Données 2013 pas encore disponibles												
Lituanie	100	83	95	65	63	100	0	100	97	100	100	100	100
Luxembourg	100	90	75	100	90	100	40	87	96	100	80	85	92
Malte	100	83	100	83	75	67	0	87	42	100	100	90	62
Monaco	75	63	80	83	70	71	20	57	100	88	100	92	54
Monténégro	25	83	80	59	65	71	20	77	9	63	73	31	62
Norvège	Données 2013 pas encore disponibles												
Ouzbékistan	Données 2013 pas encore disponibles												
Pays-Bas	Données 2013 pas encore disponibles												
Pologne	Données 2013 pas encore disponibles												
Portugal	Données 2013 pas encore disponibles												
République de Moldova	Données 2013 pas encore disponibles												
République tchèque	100	83	95	100	75	86	60	100	48	100	100	100	100
Roumanie	50	46	80	89	73	71	40	76	4	89	93	85	92
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	En raison de leur forme de présentation, les données n'ont pas pu être incluses dans l'analyse												
Saint-Marin	Données 2013 pas encore disponibles												
Saint-Siège	Données 2013 pas encore disponibles												
Serbie	Données 2013 pas encore disponibles												
Slovaquie	100	100	100	100	100	100	100	100	71	100	100	83	92
Slovénie	100	20	72	61	62	0	20	41	38	100	100	100	82
Suède	A confirmé que le stade de développement des capacités était le même qu'en 2012												
Suisse	100	100	90	94	91	86	20	80	88	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
Tadjikistan	Données 2013 pas encore disponibles												
Turkménistan	Données 2013 pas encore disponibles												
Turquie	Données 2013 pas encore disponibles												
Ukraine	Données 2013 pas encore disponibles												
Total	**83**	**73**	**81**	**82**	**72**	**76**	**51**	**80**	**63**	**83**	**83**	**76**	**76**

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	46	75	40	10	57	40	45	3	67	20	0	62
Arabie saoudite	Données 2013 pas encore disponibles												
Bahreïn	100	20	0	0	0	14	0	0	32	0	0	46	0
Djibouti	Données 2013 pas encore disponibles												
Égypte	75	100	90	94	90	100	100	70	97	89	80	92	69
Émirats arabes unis	Données 2013 pas encore disponibles												
Iran (République islamique d')	Données 2013 pas encore disponibles												
Iraq	100	100	100	100	100	100	100	100	91	100	93	54	77
Jordanie	Données 2012 pas encore disponibles												
Koweït	100	100	70	76	100	100	100	100	100	100	100	0	77
Liban	Données 2013 pas encore disponibles												
Libye	Données 2013 pas encore disponibles												
Maroc	100	100	100	100	100	100	100	86	93	100	100	77	100
Oman	Données 2013 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
Pakistan	Données 2013 pas encore disponibles												
Qatar	Données 2013 pas encore disponibles												
République arabe syrienne	Données 2013 pas encore disponibles												
Somalie	Données 2013 pas encore disponibles												
Soudan	50	100	90	82	65	57	80	50	24	100	73	46	38
Tunisie	Données 2013 pas encore disponibles												
Yémen	Données 2013 pas encore disponibles												
Total	**75**	**81**	**75**	**70**	**66**	**75**	**74**	**64**	**63**	**79**	**67**	**45**	**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	96	100	100	87	100	100
Brunéi Darussalam	75	100	90	100	70	71	100	100	88	100	100	31	46
Cambodge	50	46	95	41	20	43	0	57	16	78	47	38	15
Chine	100	100	100	100	100	100	100	96	24	100	100	100	100
Fidji	100	100	85	100	100	100	100	100	94	100	87	92	77
Îles Cook	100	100	90	100	90	100	80	96	100	100	100	69	38
Îles Marshall	100	53	80	83	75	71	100	56	16	0	27	0	0
Îles Salomon	0	90	80	77	41	71	40	66	14	67	27	15	31
Japon	100	100	100	94	100	100	100	100	94	100	100	100	100
Kiribati	100	53	68	89	91	83	50	71	72	100	67	46	23
Malaisie	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
Micronésie (État fédérés de)	50	20	40	59	26	57	20	29	78	22	40	8	0
Mongolie	100	100	70	94	80	100	40	77	97	100	87	38	46
Nauru	Données 2013 pas encore disponibles												
Nioué	25	56	55	82	70	100	20	96	24	56	67	46	0
Nouvelle-Zélande	100	100	100	94	100	100	100	91	91	100	100	100	100
Palaos	100	53	75	100	100	100	60	76	82	89	100	100	62
Papouasie-Nouvelle-Guinée	25	73	80	76	41	86	60	61	45	100	47	8	0
Philippines	25	100	100	100	91	86	100	57	31	33	60	100	92
République de Corée	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
République démocratique populaire lao	100	46	85	58	35	86	80	57	3	78	87	0	0
Samoa	75	100	75	76	61	100	60	53	91	100	93	23	15
Singapour	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	92
Tonga	100	100	100	100	80	100	60	96	57	100	60	8	0
Tuvalu	100	83	60	94	91	86	60	100	97	78	93	82	54
Vanuatu	67	100	95	100	81	86	60	96	57	0	87	46	8
Viet Nam	100	83	80	88	90	57	80	50	94	89	87	38	69
Total	**80**	**83**	**85**	**88**	**78**	**88**	**72**	**80**	**68**	**80**	**79**	**57**	**49**
Total mondial	**74**	**74**	**79**	**81**	**68**	**74**	**60**	**77**	**59**	**81**	**73**	**56**	**54**