Organisation mondiale de la Santé

CONSEIL EXÉCUTIF
Cent trente-sixième session
Point 8.3 de l'ordre du jour provisoire

EB136/22
9 janvier 2015

Application du Règlement sanitaire international (2005)

Faire face aux urgences de santé publique

Rapport du Directeur général

1. En réponse à la résolution WHA61.2, dans laquelle il a été 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, le présent rapport donne un aperçu de l'action internationale menée en 2014 face aux évènements et urgences de santé publique, en mettant en particulier l'accent sur le rôle de l'OMS et du Règlement sanitaire international (2005) dans la prévention, la détection et la notification de tels évènements et la riposte face à ceux-ci. Le présent document est à lire parallèlement au rapport du Comité d'examen des deuxièmes demandes de prolongation des délais pour l'établissement des capacités nationales en santé publique et de l'application du RSI.[1]

PRINCIPAUX ÉVÈNEMENTS ET URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE EN 2014

2. Au cours de la période faisant l'objet du présent rapport, la priorité a consisté à renforcer la sécurité sanitaire mondiale, en accordant une attention particulière à l'application du Règlement sanitaire international (2005) (RSI) par les États Membres avec le soutien du Secrétariat.[2] L'une des six priorités de leadership du Secrétariat est de soutenir les pays dans la mise en place des capacités requises par le Règlement.[3]

---

[1] Voir le document EB136/22 Add.1.

[2] Pour plus d'informations sur le renforcement de la sécurité sanitaire mondiale et d'autres domaines liés à l'alerte, l'action et au renforcement des capacités en vertu du Règlement sanitaire international (205), voir : http://www.who.int/ihr/about/activities/en/ (consulté le 18 décembre 2014).

[3] Pour plus d'informations sur la réforme de l'OMS et les priorités de leadership, voir : http://www.who.int/about/agenda/fr/ (consulté le 18 décembre 2014); voir aussi : http://www.who.int/about/who_reform/change_at_who/issue5/ihr-risk-communication/fr/#.VKplLqlDt1Y (consulté le 18 décembre 2014).

3. En 2014, l'OMS a détecté et assuré le suivi de nombreux risques et urgences de santé publique, et y a réagi dans les meilleurs délais en étroite collaboration avec les pays, dans le cadre du Règlement. À la fin de l'année, le nombre total d'« évènements » comptabilisés dans le système de gestion des évènements de l'OMS[1] s'élevait à 237. Après une première évaluation, 77 évènements détectés ont été confirmés et ont fait l'objet d'un suivi. Les 45 événements qui ont été enregistrés et suivis dans le système de gestion des évènements ont été affichés sur le site d'information à l'intention des points focaux nationaux RSI.[2] Des évènements ont été signalés dans 37 pays ; parmi ces évènements figuraient 14 maladies distinctes à l'origine de flambées. Le pays qui a notifié le plus grand nombre d'évènements, six cette année, est les États-Unis d'Amérique. Des flambées de coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) ont été signalées par 17 pays, soit, en termes de notification, par un plus grand nombre de pays que toute autre infection.

4. En 2014, conformément aux dispositions pertinentes du Règlement sanitaire international (2005), le Directeur général a déterminé que les évènements en Afrique de l'Ouest pour ce qui est de la maladie à virus Ebola et la situation en cours concernant la poliomyélite constituaient des urgences de santé publique de portée internationale. Des comités d'urgence ont été convoqués par l'OMS au titre du Règlement sanitaire international à de nombreuses reprises, comme suit : sept fois pour le MERS-CoV ; trois fois pour la poliomyélite ; et trois fois pour la maladie à virus Ebola. Des recommandations temporaires pour les États Membres ont été publiées en vertu du RSI pour la poliomyélite et la maladie à virus Ebola ; et le Secrétariat a donné des conseils sur le MERS-CoV. Au titre du Règlement sanitaire international (2005), 2014 a été une année sans précédent pour ce qui est des urgences de santé publique de portée internationale.

Maladie à virus Ebola

5. Le 18 septembre 2014, le Conseil de sécurité des Nations Unies a jugé que l'épidémie de maladie à virus Ebola constituait une « menace pour la paix et la sécurité internationales » et a adopté à l'unanimité la résolution S/RES/2177, qui a été présentée conjointement par 134 États Membres. Il s'agit du nombre de coauteurs record pour une résolution du Conseil de sécurité, et ce n'est que la troisième fois que le Conseil de sécurité adopte une résolution dans le cadre d'une crise de santé publique.

6. Cette résolution a conduit à l'adoption à l'unanimité par l'Assemblée générale des Nations Unies le 19 septembre 2014 de la résolution A/RES/69/1 et, peu de temps après, à la création par le Secrétaire général de la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (MINUAUCE). Le Siège de la Mission a été fixé à Accra et des équipes établies en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone.

7. En tant qu'institution spécialisée des Nations Unies pour la santé, et partenaire central de la MINUAUCE, l'OMS a été en première ligne des efforts déployés à l'échelon international, et elle a qualifié la flambée de maladie à virus Ebola de « plus grave urgence de santé publique des temps modernes ».[3]

---

[1] Ce système de gestion des évènements est un système de suivi interne.

[2] Pour plus d'informations sur les points focaux nationaux RSI, voir : http://www.who.int/ihr/nfp/fr/ (consulté le 19 décembre 2014).

[3] Voir le document EB136/26.

8. L'OMS a reçu la première notification de cas de maladie à virus Ebola en mars 2014 en Guinée et a immédiatement apporté son soutien. Un comité d'urgence sur la maladie à virus Ebola a été convoqué au titre du Règlement sanitaire international (2005) et s'est réuni trois fois : les 6 et 7 août, du 16 au 21 septembre et le 22 octobre 2014. À la suite de la première réunion, le Directeur général a déterminé que la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest constituait une urgence de santé publique de portée internationale et a publié des recommandations temporaires pour soutenir les pays dans leurs efforts visant à maîtriser l'épidémie et à prévenir sa propagation internationale.

9. Les flambées de maladie à virus Ebola au Sénégal et au Nigéria ont été déclarées terminées les 17 octobre 2014 et 19 octobre 2014 respectivement. Ces résultats ont été dus en grande partie à la réaction rapide des deux pays, notamment en termes de surveillance, riposte, mesures aux points d'entrée et communication sur les risques. La troisième réunion du Comité d'urgence a noté que la mise en œuvre des mesures recommandées avait sans doute contribué à limiter toute nouvelle propagation internationale de la maladie.

10. L'OMS et les organisations partenaires sont convenues d'un ensemble de mesures essentielles pour aider les pays non touchés par la maladie à virus Ebola à améliorer leur préparation au cas où la maladie viendrait à les frapper. S'appuyant sur les efforts de préparation existants à l'échelle nationale et internationale, y compris les activités antérieures visant à acquérir les principales capacités requises en vertu du Règlement, un ensemble d'outils ont été mis au point pour aider les pays à intensifier et accélérer leur préparation. Des visites dans les pays ont eu lieu dans toutes les Régions pour recenser les points ports des plans de préparation nationaux actuels et proposer des moyens de remédier aux points faibles.

11. L'une des principales difficultés rencontrées dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola consiste à veiller à ce que les recommandations temporaires émises par le Directeur général en vertu du Règlement sanitaire international (2005) concernant la maladie à virus Ebola soient correctement comprises et appliquées. La recommandation appelant les États Membres à ne pas adopter de mesures unilatérales de restrictions aux voyages et au commerce à l'encontre des pays où la transmission est intense, est à ce titre un sujet de préoccupation particulier. À cet égard, le Secrétariat assure le suivi des mesures concernant les voyages et le commerce qui s'écartent des recommandations ci-dessus et communique avec les États Membres pour obtenir confirmation de la nature exacte des mesures et des motifs de santé publique sous-jacents. Au 14 novembre 2014, 345 rapports avaient été enregistrés au sujet de telles mesures, concernant un total de 63 pays. Lorsque ces mesures ont été jugées excessives, 39 demandes de vérification ont été envoyées aux pays en question et 18 justifications des mesures ont été reçues ; six pays ont nié avoir fermé leurs frontières du fait de préoccupations liées à la maladie à virus Ebola. Le Secrétariat reste en contact avec les pays qui n'ont pas encore répondu à sa demande de vérification.

Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient

12. Le MERS-CoV a été identifié pour la première fois en Arabie saoudite en 2012. Il semble circuler largement dans toute la Péninsule arabique. Des cas ont été signalés dans huit pays du Moyen Orient, cinq autres en Europe, deux en Afrique, deux en Asie ainsi qu'aux États-Unis d'Amérique. À l'échelle mondiale, 909 cas d'infection par le MERS-CoV confirmés en laboratoire, parmi lesquels on compte au moins 331 décès liés au virus, avaient été notifiés à l'OMS au 21 novembre 2014.[1]

[1] Pour plus d'informations sur le MERS-CoV, voir : http://www.who.int/csr/don/21-november-2014-mers/fr/ (consulté le 19 décembre 2014).

13. Les graves préoccupations entourant la maladie ont conduit le Directeur général à convoquer un comité d'urgence sur le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient. Il s'est réuni pour la première fois le 9 juillet 2013,[1] et sept fois au total. Il n'a pas conseillé au Directeur général de déclarer l'évènement comme étant une urgence de santé publique de portée internationale, mais a recommandé aux États Parties de mieux appréhender la situation et de prendre des mesures préventives, notamment en ce qui concerne les pèlerins se rendant dans la région.

14. Lors de sa septième réunion le 1er octobre 2014, le Comité d'urgence a noté que des efforts notables avaient été faits pour améliorer les mesures de prévention et de maîtrise de l'infection, et que la transmission semblait généralement endiguée. Il a également constaté que les activités menées pour réduire la propagation internationale du MERS-CoV semblaient efficaces.

15. L'OMS travaille avec les pays touchés, ainsi qu'avec les partenaires et les réseaux techniques internationaux pour coordonner la riposte sanitaire mondiale, y compris en fournissant des informations actualisées, en menant des évaluations des risques et des enquêtes conjointes avec les autorités nationales, en convoquant des réunions scientifiques, et en élaborant des recommandations et des formations pour les autorités sanitaires et les organismes sanitaires techniques.

16. Le Secrétariat continue à fournir des informations actualisées aux membres et aux conseillers du Comité d'urgence.

Poliomyélite

17. Les cas de poliomyélite ont diminué de plus de 99 % depuis 1988 du fait des efforts mondiaux visant à éradiquer la maladie ; cependant, en 2013 le nombre de cas a augmenté de 82 % par rapport à 2012, huit pays signalant des cas alors qu'ils n'étaient que cinq l'année précédente. Le 5 mai 2014, le Directeur général a convoqué un comité d'urgence au titre du Règlement sanitaire international pour examiner la situation. Elle a déclaré que la propagation internationale du poliovirus en 2014 constituait une urgence de santé publique de portée internationale en vertu du Règlement. Le Directeur général a également formulé des recommandations temporaires pour réduire la propagation internationale du poliovirus. En vertu de celles-ci, les pays d'où le poliovirus sauvage est actuellement exporté doivent veiller à ce que toutes les personnes résidant ou effectuant un séjour de longue durée sur leur territoire (de plus de quatre semaines) reçoivent une dose de vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) ou de vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) dans un délai de quatre semaines à 12 mois avant un voyage international, et à ce que ces voyageurs se voient remettre un certificat de vaccination. Les autres États infectés par le poliovirus sauvage mais d'où il n'est pas actuellement exporté sont encouragés à vacciner les personnes résidant ou effectuant un séjour de longue durée sur leur territoire avant un voyage international.[2]

18. Les recommandations temporaires ont été prolongées de trois mois après avoir été réévaluées par le Comité d'urgence sur la poliomyélite le 14 novembre 2014.

---

[1] Pour plus d'informations sur le Comité d'urgence, voir : http://www.who.int/ihr/ihr_ec_2013/fr/ (consulté le 19 décembre 2014).

[2] Pour plus d'informations, voir : http://www.polioeradication.org/Infectedcountries/PolioEmergency.aspx#sthash.QuVm3bU5.dpuf (consulté le 19 décembre 2014).

Virus de la grippe aviaire A(H5N1) et A(H7N9)

19. Les pandémies de grippe sont des évènements récurrents qui peuvent avoir des répercussions sanitaires, économiques et sociales majeures dans le monde entier. Compte tenu de l'accroissement des voyages internationaux, il est essentiel de détecter l'émergence de tout nouveau virus de la grippe et de suivre l'activité des virus potentiellement pandémiques, tels que les virus de la grippe aviaire A(H5N1) et A(H7N9), étant donné que la propagation rapide de ces virus pourrait entraîner une pandémie, laissant peu de temps pour la préparation d'une action de santé publique.

20. Le virus de la grippe aviaire A(H7N9) est un sous-type du virus de la grippe qui infecte normalement les oiseaux mais peut aussi parfois infecter l'homme. La première épidémie chez l'être humain a été signalée en Chine en mars 2013 et a été suivie d'une deuxième vague épidémique en 2014. L'infection humaine par le virus de la grippe aviaire A(H5N1) au Cambodge a été régulièrement signalée tout au long de l'année. Les virus de la grippe aviaire A(H5N1) et A(H7N9) sont considérés comme susceptibles de donner lieu à une pandémie pour les raisons suivantes : ils circulent toujours largement dans certaines populations de volailles ; la plupart des êtres humains ne sont sans doute pas immunisés contre ces virus ; et ils sont fortement pathogènes voire mortels pour l'homme.

21. Conformément au Règlement sanitaire international (2005), l'OMS et les États Membres continuent à suivre étroitement les virus de la grippe aviaire A(H7N9) et A(H5N1) et les autres virus grippaux potentiellement pandémiques, et à mener des évaluations des risques. L'OMS met au point des interventions appropriées et les adapte, en collaboration avec ses partenaires, notamment les agences pour la santé animale et les services vétérinaires nationaux ; l'OMS collabore en particulier avec l'OIE et la FAO moyennant divers mécanismes visant à assurer le suivi et à évaluer le risque des virus de la grippe animale préoccupants pour la santé publique.[1] Au moment de la rédaction du présent rapport, le risque pandémique global associé à ces deux virus reste stable.

PROGRÈS ACCOMPLIS DANS L'APPLICATION DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005)

22. Les États Parties ont continué à fournir des informations au Secrétariat sur l'application du Règlement sanitaire international (2005) en ce qui concerne les capacités nationales requises en vertu de l'annexe 1 dudit Règlement. Au 11 décembre 2014, 78 États Parties sur 196 au total avaient répondu au questionnaire d'autoévaluation qui leur avait été adressé en mars 2014. La dernière notation des capacités par Région de l'OMS pour les États Parties ayant rempli et renvoyé le questionnaire est disponible dans le tableau figurant en annexe.

23. L'analyse des informations fournies par les États Parties au Secrétariat laissent à penser que des progrès notables ont été obtenus dans les domaines suivants : instauration d'une permanence 24 heures sur 24 des points focaux nationaux RSI ; amélioration de la transparence dans la notification des évènements ; utilisation plus systématique des systèmes d'alerte précoce ; amélioration de la communication et de la collaboration entre les secteurs de la santé animale et de la santé humaine (par exemple, application des enseignements tirés de l'expérience du virus de la grippe aviaire A(H5N1) au virus A(H7N9)) ; coordination des efforts collectifs des pays et des partenaires pour acquérir les capacités requises ; mise en place de mécanismes de riposte d'urgence, de structures de coordination et amélioration des mécanismes internationaux d'échange d'informations pour une action rapide.

[1] Pour plus d'informations sur la grippe aviaire, voir : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/avian_influenza/fr/ (consulté le 19 décembre 2014).

24. À tous les niveaux de l'Organisation, des initiatives ont été prises afin d'accélérer les progrès dans l'application du Règlement sanitaire international (2005). Elles ont fait l'objet d'un examen approfondi lors de toutes les récentes réunions des Comités régionaux. Les enseignements tirés de la maladie à virus Ebola et des autres évènements et urgences de santé publique relevant du Règlement ont été débattus lors de ces réunions.

COMITÉ D'EXAMEN DES DEUXIÈMES DEMANDES DE PROLONGATION DES DÉLAIS POUR L'ÉTABLISSEMENT DES CAPACITÉS NATIONALES EN SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'APPLICATION DU RSI

25. En vertu des articles 5 et 13 du Règlement sanitaire international (2005), les États Parties peuvent demander une prolongation du délai imparti pour se doter des principales capacités requises pour la surveillance et l'action énoncées à l'annexe 1 du Règlement. Au total, 64 États Parties ont indiqué au Secrétariat qu'ils avaient acquis ces capacités essentielles, 81 ont demandé une prolongation du délai imparti et 48 n'ont pas fait part de leur situation ou intention. Toutes les demandes de prolongation des délais pour la période 2014-2016 ont été accordées par le Directeur général à la suite de la convocation du Comité d'examen des deuxièmes demandes de prolongation des délais pour l'établissement des capacités nationales en santé publique et de l'application du RSI (2005), qui s'est réuni les 13 et 14 novembre 2014.[1]

CONCLUSION

26. L'opinion selon laquelle le Règlement sanitaire international (2005) a aidé la communauté internationale à nettement mieux gérer les urgences et les problèmes aigus de santé publique, fait l'objet d'un large consensus. De nombreux États Parties ont évalué et renforcé avec succès les principales capacités locales et nationales requises par le Règlement. Toutefois, comme l'illustre la flambée de maladie à virus Ebola actuelle, ces capacités ne sont pas encore établies de manière appropriée, d'où les conséquences catastrophiques sur les plans humain, financier et économique induites par la maladie dans les trois pays où la transmission est intense. Compte tenu du coût de la riposte, la nécessité d'investir aujourd'hui dans les capacités permettant de mieux prévenir et détecter les évènements de santé publique et d'y répondre rapidement n'a jamais été plus manifeste.

27. La récente réunion du Comité d'examen a recommandé d'aller au-delà d'une simple conformité avec le Règlement sanitaire international (2005) pour mettre l'accent au niveau des pays sur la réalisation progressive des droits et obligations en vertu du Règlement. Le Comité a en outre indiqué que l'application du Règlement, et en particulier le renforcement des capacités publiques, devait être considérée comme un processus continu, par opposition à un processus qui prendrait fin à une date donnée, y compris en 2016. Ces importants changements de perspective soulignent le lien intrinsèque existant entre le Règlement sanitaire international (2005) et les systèmes de santé, et la nécessité d'un investissement durable.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

28. Le Conseil est invité à prendre note du rapport.

---

[1] Voir le document EB136/22 Add.1.

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 2014

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	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Algérie	Données 2014 pas encore disponibles												
Angola	50	73	15	28	0	14	0	0	0	0	20	0	0
Bénin	0	90	50	58	46	29	80	66	40	56	13	0	38
Botswana	Données 2014 pas encore disponibles												
Burkina Faso	Données 2014 pas encore disponibles												
Burundi	Données 2014 pas encore disponibles												
Cabo Verde	Données 2014 pas encore disponibles												
Cameroun	100	100	85	94	100	100	100	100	40	100	73	92	100
Comores	Données 2014 pas encore disponibles												
Congo	Données 2014 pas encore disponibles												
Côte d'Ivoire	Données 2014 pas encore disponibles												
Érythrée	100	100	95	100	91	71	60	86	38	78	33	54	0
Éthiopie	Données 2014 pas encore disponibles												
Gabon	Données 2014 pas encore disponibles												
Gambie	Données 2014 pas encore disponibles												
Ghana	Données 2014 pas encore disponibles												
Guinée	Données 2014 pas encore disponibles												
Guinée-Bissau	Données 2014 pas encore disponibles												
Guinée équatoriale	Données 2014 pas encore disponibles												
Kenya	Données 2014 pas encore disponibles												
Lesotho	Données 2014 pas encore disponibles												
Libéria	Données 2014 pas encore disponibles												
Madagascar	Données 2014 pas encore disponibles												
Malawi	Données 2014 pas encore disponibles												
Mali	Données 2014 pas encore disponibles												
Maurice	Données 2014 pas encore disponibles												
Mauritanie	Données 2014 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
Mozambique	Données 2014 pas encore disponibles												
Namibie	Données 2014 pas encore disponibles												
Niger	Données 2014 pas encore disponibles												
Nigéria	50	100	80	73	60	57	60	67	4	78	53	8	69
Ouganda	Données 2014 pas encore disponibles												
République centrafricaine	Données 2014 pas encore disponibles												
République démocratique du Congo	Données 2014 pas encore disponibles												
République-Unie de Tanzanie	Données 2014 pas encore disponibles												
Rwanda	Données 2014 pas encore disponibles												
Sao Tomé-et-Principe	0	46	40	28	8	0	0	36	12	22	0	0	0
Sénégal	Données 2014 pas encore disponibles												
Seychelles	Données 2014 pas encore disponibles												
Sierra Leone	Données 2014 pas encore disponibles												
Soudan du Sud	Données 2014 pas encore disponibles												
Swaziland	Données 2014 pas encore disponibles												
Tchad	Données 2014 pas encore disponibles												
Togo	Données 2014 pas encore disponibles												
Zambie	Données 2014 pas encore disponibles												
Zimbabwe	Données 2014 pas encore disponibles												

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	100	100	82	73	71	100	95	86	100	100	85	23
Argentine	Données 2014 pas encore disponibles												
Bahamas	Données 2014 pas encore disponibles												
Barbade	Données 2014 pas encore disponibles												
Belize	Données 2014 pas encore disponibles												
Bolivie (État plurinational de)	Données 2014 pas encore disponibles												
Brésil	100	100	100	100	100	100	100	96	80	100	100	85	92
Canada	100	90	95	100	100	100	100	100	100	89	100	100	100
Chili	75	83	95	94	66	71	60	86	35	100	93	23	62
Colombie	100	63	55	94	33	100	80	76	91	78	67	69	69
Costa Rica	100	100	95	100	71	100	80	76	97	100	100	77	62
Cuba	Données 2014 pas encore disponibles												
Dominique	75	100	90	83	60	100	20	73	64	89	87	31	23
El Salvador	100	100	100	100	90	86	100	100	100	100	93	62	77
Équateur	75	100	85	76	71	71	80	71	73	89	80	54	100
États-Unis d'Amérique	100	100	100	100	100	100	100	50	100	100	100	100	100
Grenade	Données 2014 pas encore disponibles												
Guatemala	0	73	75	76	45	57	50	75	60	78	100	67	50
Guyane	Données 2014 pas encore disponibles												
Haïti	Données 2014 pas encore disponibles												
Honduras	Données 2014 pas encore disponibles												
Jamaïque	50	73	60	75	73	57	20	53	70	67	47	38	31
Mexique	Données 2014 pas encore disponibles												
Nicaragua	100	83	100	94	90	100	100	86	90	100	80	92	100
Panama	75	100	95	88	60	71	40	96	65	89	60	15	31
Paraguay	Données 2014 pas encore disponibles												
Pérou	100	83	100	94	90	100	80	100	27	100	100	46	85

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 dominicaine	Données 2014 pas encore disponibles												
Saint-Kitts-et-Nevis	Données 2014 pas encore disponibles												
Sainte-Lucie	25	20	65	58	25	86	40	86	6	89	60	23	0
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	75	73	80	66	53	43	20	35	48	100	40	8	0
Suriname	50	83	90	100	83	71	40	100	84	67	87	62	0
Trinité-et-Tobago	Données 2014 pas encore disponibles												
Uruguay	Données 2014 pas encore disponibles												
Venezuela (République bolivarienne du)	50	90	100	100	100	71	100	90	59	100	93	92	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	50	63	90	58	26	71	20	53	15	67	20	23	38
Arabie saoudite	Données 2014 pas encore disponibles												
Bahreïn	Données 2014 pas encore disponibles												
Djibouti	Données 2014 pas encore disponibles												
Égypte	Données 2014 pas encore disponibles												
Émirats arabes unis	Données 2014 pas encore disponibles												
Iran (République islamique d')	Données 2014 pas encore disponibles												
Iraq	Données 2014 pas encore disponibles												
Jordanie	Données 2014 pas encore disponibles												
Koweït	Données 2014 pas encore disponibles												
Liban	Données 2014 pas encore disponibles												
Lybie	Données 2014 pas encore disponibles												
Maroc	Données 2014 pas encore disponibles												
Oman	Données 2014 pas encore disponibles												
Pakistan	Données 2014 pas encore disponibles												
Qatar	Données 2014 pas encore disponibles												
République arabe syrienne	Données 2014 pas encore disponibles												
Somalie	Données 2014 pas encore disponibles												
Soudan	Données 2014 pas encore disponibles												
Tunisie	Données 2014 pas encore disponibles												
Yémen	Données 2014 pas encore disponibles												

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 2014 pas encore disponibles												
Allemagne	Données 2014 pas encore disponibles												
Andorre	75	30	70	44	8	14	0	25	0	44	67	0	0
Arménie	Données 2014 pas encore disponibles												
Autriche	100	90	80	100	83	100	100	100	91	89	93	100	92
Azerbaïdjan	Données 2014 pas encore disponibles												
Bélarus	Données 2014 pas encore disponibles												
Belgique	100	63	85	100	46	100	60	91	70	89	100	92	100
Bosnie-Herzégovine	75	73	65	53	25	86	20	59	0	78	100	38	54
Bulgarie													
Chypre	75	100	60	89	28	57	0	14	97	89	100	0	100
Croatie	50	36	75	83	90	43	40	46	34	100	87	85	73
Danemark	100	90	95	100	100	86	100	91	100	89	100	92	100
Espagne	100	100	100	94	100	86	100	86	76	100	100	69	100
Estonie	Données 2014 pas encore disponibles												
Ex-République yougoslave de Macédoine	Données 2014 pas encore disponibles												
Fédération de Russie	Données 2014 pas encore disponibles												
Finlande	Données 2014 pas encore disponibles												
France	100	80	95	100	80	86	60	100	24	100	100	92	100
Géorgie	100	100	95	85	100	100	75	96	94	100	100	62	83
Grèce	Données 2014 pas encore disponibles												
Hongrie	75	100	85	94	100	100	0	96	32	100	93	85	100
Irlande	Données 2014 pas encore disponibles												
Islande	Données 2014pas encore disponibles												
Israël	Données 2014 pas encore disponibles												
Italie	Données 2014 pas encore disponibles												
Kazakhstan	Données 2014 pas encore disponibles												
Kirghizistan	Données 2014 pas encore disponibles												
Lettonie	100	66	90	88	100	100	60	100	88	100	100	92	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
Liechtenstein	75	90	90	83	83	71	0	80	0	100	93	92	85
Lituanie	100	83	90	77	63	100	0	77	97	89	100	100	100
Luxembourg	Données 2014 pas encore disponibles												
Malte	100	100	100	89	75	71	0	87	42	100	100	77	62
Monaco	75	90	90	94	100	71	20	57	100	88	100	92	54
Monténégro	25	83	85	59	65	86	20	77	9	56	67	31	62
Norvège	Données 2014 pas encore disponibles												
Ouzbékistan	Données 2014 pas encore disponibles												
Pays-Bas	100	100	100	100	80	100	60	96	83	88	100	100	100
Pologne	Données 2014 pas encore disponibles												
Portugal	Données 2014 pas encore disponibles												
République de Moldova	100	56	90	72	26	57	20	28	4	89	67	62	69
République tchèque	100	83	95	100	75	86	60	96	48	100	100	100	100
Roumanie	75	66	80	89	81	71	40	76	62	89	87	85	92
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord	Données fournies sous une forme ne permettant pas de les inclure dans l'analyse												
Saint-Marin	Données 2014 pas encore disponibles												
Saint-Siège	Données 2014 pas encore disponibles												
Serbie	Données 2014 pas encore disponibles												
Slovaquie	Données 2014 pas encore disponibles												
Slovénie	100	53	95	66	70	43	20	41	54	100	100	100	91
Suède	Données 2014 pas encore disponibles												
Suisse	100	100	90	100	100	100	20	80	91	100	100	100	100
Tadjikistan	Données 2014 pas encore disponibles												
Turkménistan	Données 2014 pas encore disponibles												
Turquie	Données 2014 pas encore disponibles												
Ukraine	Données 2014 pas encore disponibles												

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	100	83	90	81	63	100	100	100	44	89	73	92	46
Bhoutan	75	90	40	94	61	57	100	66	15	100	53	15	0
Inde	Données 2014 pas encore disponibles												
Indonésie	100	100	90	94	100	86	80	100	94	100	100	85	100
Maldives	50	90	55	65	61	71	40	96	61	100	100	54	15
Myanmar	100	73	100	100	100	100	100	70	94	100	100	46	8
Népal	Données 2014 pas encore disponibles												
République populaire démocratique de Corée	100	80	95	76	56	71	40	79	39	89	73	31	62
Sri Lanka	Données 2014 pas encore disponibles												
Thaïlande	Données 2014 pas encore disponibles												
Timor-Leste	Données 2014 pas encore disponibles												

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	83	100	100	100	100	100	96	100	100	87	100	100
Brunéi Darussalam	100	100	100	100	90	71	100	100	88	100	100	38	54
Cambodge	50	56	80	47	0	43	0	39	77	78	67	0	0
Chine	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	87	92	100
Fidji	100	100	95	100	100	100	100	100	97	100	100	92	92
Îles Cook													
Îles Marshall													
Îles Solomon	25	56	85	94	43	86	40	90	60	56	53	15	31
Japon	75	100	100	87	100	100	100	100	94	100	100	100	100
Kiribati	100	73	68	78	91	57	40	41	71	100	73	15	23
Malaisie	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Micronésie (États fédérés de)	75	40	40	65	70	100	60	91	87	33	53	54	38
Mongolie	100	83	75	94	61	86	0	100	97	100	53	77	46
Nauru													
Nioué	25	66	95	87	73	100	20	96	42	67	73	46	0
Nouvelle-Zélande	100	100	100	100	100	100	100	96	100	100	100	100	100
Palaos	100	100	100	94	100	100	100	80	91	100	100	92	38
Papouasie-Nouvelle-Guinée													
Philippines	100	100	94	100	90	86	80	90	28	89	80	85	100
République de Corée	100	100	100	100	100	100	100	96	100	100	100	100	100
République démocratique populaire lao	100	46	80	58	46	86	100	81	17	89	80	0	0
Samoa	75	100	95	78	91	83	80	100	71	88	93	54	31
Singapour	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	92
Tonga													
Tuvalu													
Vanuatu													
Viet Nam	100	100	100	94	100	71	80	100	97	100	100	100	100