

F. MISE EN ŒUVRE DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Introduction

1. Le présent rapport a pour objet de faire le point des progrès réalisés par les États Membres de la Région des Amériques et par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) en vue d'honorer leurs obligations et engagements afférents à la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI, dénommé ci-après le "Règlement"). Il s'agit d'une mise à jour du dernier rapport présenté en 2011 au 51^e Conseil directeur (1).

2. En outre, le présent rapport vise à encourager les États parties à utiliser plus amplement le RSI et non seulement comme un cadre cherchant à assurer la sécurité sanitaire mondiale. En effet, le RSI est également l'occasion et l'outil permettant d'institutionnaliser des fonctions essentielles de santé publique¹ par le biais de la mobilisation de ressources durables à l'appui de mécanismes efficaces venant soutenir la collaboration intersectorielle et les préparatifs, en santé publique, de riposte aux multiples risques spécifiques.

3. Le présent rapport est structuré selon les domaines stratégiques de travail, tel qu'ils sont définis dans le document de l'OMS intitulé Règlement sanitaire international (2005) : Domaines de travail pour la mise en œuvre du RSI (2). Il se concentre sur la situation concernant les capacités nationales essentielles dont il est question dans l'annexe 1 du Règlement, devant être mises en place en date du 15 juin 2012.

Promouvoir des partenariats régionaux et mondiaux

4. L'OPS continue de collaborer avec des initiatives et mécanismes d'intégration sous-régionaux.² L'objectif le plus important à cet égard consiste à encourager l'appropriation et le leadership des États parties dans leurs activités de mise en œuvre du RSI. D'autres objectifs se rapportent à l'utilisation optimale des ressources techniques et

¹ Document *La Salud Pública en las Américas – Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública* (PAHO 2001) est disponible à l'adresse suivante : http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Instrumento_Medicion_Desempeno.pdf.

² Ces initiatives et mécanismes d'intégration sous-régionale sont notamment le Marché commun du sud (MERCOSUR), par le truchement de son Groupe de travail sur la santé (SGT-11) en charge de la Commission intergouvernementale du Règlement sanitaire international (CIRSI); de la Communauté des Andes (CAN), par le truchement du Réseau des Andes pour la surveillance épidémiologique (RAVE) coordonné par l'Accord Agence régionale de santé des Andes-Accord Hipólito Unanue (ORAS-CONHU); de l'Union des pays de l'Amérique du Sud (UNASUR), par le truchement de son groupe de travail technique pour la surveillance et la réponse (GTVR); du système de l'intégration de l'Amérique centrale (SICA), par le truchement du Secrétariat exécutif du Conseil des Ministres de la santé de l'Amérique centrale (SE-COMISCA); et de la Communauté des Caraïbes (CARICOM), par le truchement du Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC).

financières et à une plus grande sensibilisation au respect des droits et des obligations stipulés par le Règlement parmi les partenaires et les États parties.

5. Si la mise en œuvre du RSI est traitée dans les documents programmatiques et stratégiques des initiatives sous-régionales et soutenue par l'OPS/OMS dans le cadre de plans de travail sous-régionaux dédiés à cette cause,³ par contre les divers mécanismes de gouvernance, structures organisationnelles et l'expertise technique entrant dans les initiatives sous-régionales continuent à être caractérisés par une imprécision de leurs rôles et responsabilités face au RSI. S'agissant notamment de la perception selon laquelle les initiatives infrarégionales entreraient dans des responsabilités déléguées qui sont des prérogatives des États parties (à savoir la gestion d'événements de santé publique d'éventuelle préoccupation internationale); du fait qu'elles sont dictées par les programmes et objectifs des donateurs associé au danger que l'attention s'écarte donc de la mise en œuvre des plans d'action nationaux du RSI ; du potentiel insuffisamment exploité pour s'assurer de l'engagement politique et de la coordination intersectorielle nécessaires pour mettre en œuvre les plans d'actions nationaux du RSI.

6. L'Organisation devrait explorer et élaborer davantage les divers mécanismes renforçant au maximum la contribution des réseaux existants de coopération technique. Les résultats d'une telle évaluation pourront être utilisés par les autorités nationales pour renforcer les efforts existants.⁴

7. L'OPS/OMS et l'Organisation de l'aviation civile internationale (OACI) ont réalisé des évaluations conjointes des aéroports internationaux dans 15 pays de la

³ Marché commun du Sud (MERCOSUR), Accord Agence régionale de santé des Andes-Accord Hipólito Unanue (ORAS-CONHU), Secrétariat exécutif du Conseil des Ministres de la Santé de l'Amérique centrale (SE-COMISCA), Centre d'épidémiologie des Caraïbes (CAREC).

⁴ L'information est disponible auprès des sources suivantes:

- International Food Safety Authorities Network (INFOSAN) :
http://www.who.int/foodsafety/fs_management/infosan/en/index.html.
- Global Foodborne Infections Network (GFN):
http://thor.dfvf.dk/portal/page?_pageid=53,1&_dad=portal&_schema=PORTAL
- PulseNet: <http://www.pulsenetinternational.org/networks/Pages/latinamerica.aspx>
- Poison Centres Network:
http://www.who.int/gho/phe/chemical_safety/phe_poison_centres_20110701.xls
- Strategic Approach to International Chemicals Management (SAICM) of the United Nations Environment Programme:
<http://www.saicm.org/documents/List%20of%20SAICM%20National%20Focal%20Points%20web.doc>
- Red de Emergencias Químicas de Latinoamérica y el Caribe (REQUILAC):
<http://www.bvsde.paho.org/requilac/e/miembros.html>
- Red de Toxicología de Latinoamérica y el Caribe (RETOXLAC):
<http://www.bvsde.paho.org/bvstox/e/retoxlac/review.html>
- Radiation Emergency Medical Preparedness and Assistance Network (REMPAN):
http://www.who.int/ionizing_radiation/a_e/rempan/REMPAN_directory_2007.pdf

Région, aux termes de l'Accord de coopération pour la prévention des maladies transmissibles par le transport aérien (CAPSCA).⁵

8. L'OPS a collaboré avec l'Agence internationale de l'Énergie atomique (AIEA) pour réaliser un atelier visant au renforcement de l'infrastructure nationale pour la sécurité contre la radiation et les sources radioactives dans des pays membres de la Communauté des Caraïbes (CARICOM). L'atelier s'est tenu en Jamaïque du 11 au 15 juin 2012.

9. Lors de la session sur la surveillance intégrée de la 16^e Réunion interaméricaine, au niveau ministériel, sur la santé et l'agriculture (RIMSA)—organisée par l'OPS au Chili en juillet 2012—l'Organisation a utilisé le cadre du RSI pour renforcer la collaboration intersectorielle avec des agences et organisations internationales. La réunion ciblait l'interface animal-humain et mettait en exergue les obligations nationales face au RSI dans les secteurs autres que celui de la santé.⁶

10. L'OPS continue à renforcer les partenariats avec le Centre collaborateur de l'OMS (CC OMS) pour la mise en œuvre de la capacité nationale de surveillance et réponse du RSI, aux Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis. L'OPS dans sa quête à conférer un accès au niveau le plus élevé d'expertise technique a notamment fait participer le CC de l'OMS tant à la gestion d'événements spécifiques qu'au processus décisionnel concernant la prorogation de la date butoir de 2012.

11. En juin 2011, l'OPS dans son rôle de facilitateur contribuait à la mise en place du volet régional du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie/OMS (GOARN).

12. Cherchant à promouvoir l'échange d'expériences et de meilleures pratiques parmi les États parties dans la Région—ainsi que pour relever les défis communs et les solutions communes—l'OPS a organisé la Seconde Réunion régionale sur la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI) dans les Amériques, tenue à Cancún au Mexique, les 1^{er} et 2 septembre 2011.

13. La Coupe du monde de football de la FIFA et les jeux olympiques d'été dont le Brésil sera l'hôte en 2014 et en 2016 respectivement représenteront encore une occasion en plus de forger des partenariats et d'accélérer les préparatifs en santé publique dans la Région. A cette fin, le 12 et le 13 décembre 2011, l'OPS et le Ministère de la Santé du Brésil ont organisé la première réunion en Amérique latine sur les actions du secteur de la santé pour les rencontre collectives/cinquième réunion de l'Equipe spéciale de la coupe du monde/FIFA 2014 de Brasilia, Brésil

⁵ Pour de plus amples information sur les visites dans les pays de CAPSCA, voir <http://www.capsca.org/AmericasEventsRefs.html>.

⁶ Par exemple, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), l'Institut inter-américain pour la coopération agricole (IICA), l'Organisation internationale régionale pour la protection des plantes et la santé animale (OIRSA), et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE).

Renforcer les systèmes nationaux de prévention, surveillance, contrôle et riposte aux maladies et la sécurité en santé publique dans les déplacements et transports

14. Dans le Règlement, conformément aux dispositions des Articles 5 et 13 ainsi que de l'annexe 1, les États parties auraient dû avoir évalué leurs capacités essentielles sur le plan surveillance et riposte, y compris à des points d'entrée désignés, en date du 15 juin 2009. Ils auraient également dû avoir formulé un plan d'action national relatif au RSI pour l'obtention des capacités essentielles en date du 15 juin 2012 et institutionnalisé les mécanismes en vue de maintenir ces capacités après ladite date.

15. Les dates butoirs stipulés dans le Règlement devraient être vues davantage comme des jalons dans un processus continu de préparatifs de santé publique. Par ailleurs, il relève souvent du défi que d'atteindre ces dates. Aussi, conformément aux dispositions susmentionnées qui permettent à la date butoir d'être prorogée au 15 juin 2014 dans un premier cas, aussi bien l'OMS que l'OPS ont informé en septembre 2011 les États parties sur les procédures à suivre pour demander une prorogation.

16. A cet effet, l'OPS dès février 2012 a organisé des réunions avec des autorités nationales, virtuelles et face à face. Dans un souci de transparence et de responsabilisation lors de ces sessions, on a invité tous les États parties à communiquer à l'OPS/OMS leur position respective quant à une prorogation possible avant la 65^e Assemblée mondiale de la Santé – cependant avant le 15 juin 2012. Auparavant et, dans un premier essai fait pour compiler la liste des points d'entrée désignés devant être dotés d'une fonction de riposte, on avait invité les États parties à communiquer explicitement la liste des points d'entrée désignés qui soit n'avaient pas atteint les capacités essentielles ou qui demandaient une prorogation.

17. Tel que prévu dans le Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) en relation avec la pandémie du H1N1 en 2009, présenté à la 64^e Assemblée, “un grand nombre des États parties manque des capacités essentielles pour dépister, évaluer et notifier d'éventuelles menaces de santé et ne sont pas en voie de pouvoir honorer leurs obligations concernant les plans et l'infrastructure d'ici la date de 2012 spécifiée dans le RSI” (3). Le 15 juin 2012 était la date limite à laquelle les États parties devaient présenter leur demande de prorogation de 2012. En date du 11 juillet 2012⁷, à échelle mondiale, 90 (46%) des 194 États parties avaient demandé et obtenu une prorogation de la date butoir de 2012. Dans la Région des Amériques, en date du 11 juillet 2012, 28 des 35 États parties avaient demandé et obtenu la prorogation, cinq avaient déterminé que les capacités essentielles étaient présentes et deux n'avaient pas communiqué officiellement leur décision.

⁷ Parmi les États parties de la Région des Amériques, les États Unis d'Amérique ont une date butoir fixée au 18 juillet 2012 car le Règlement est entré en vigueur le 18 juillet 2007.

18. Le statut des capacités essentielles dans la Région est plutôt hétérogène entre les sous-régions, tel qu'il en ressort dans le tableau brossé sur la base des interactions directes avec les autorités nationales et du Rapport annuel des États parties présenté à la 65^e Assemblée mondiale de la Santé par 31 des 35 États parties (89%) en date du 18 mai 2012.⁸ Le tableau en annexe du présent document présente le classement en pourcentage des capacités essentielles moyennes – tel que défini dans le Cadre de suivi aux fins de la mise en œuvre du RSI : Liste de contrôle et indicateurs pour les suivi des progrès réalisés dans la mise en place des principales capacités dans les États parties (4), qui constitue la base du format proposé par l'OMS pour la notification à l'Assemblée. La situation actuelle au niveau mondial et dans d'autres Régions a été présentée à la 65^e Assemblée (2012) dans la Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005): Rapport du Directeur général (5).

19. Les faiblesses les plus critiques qui ont été retenues se situent dans les domaines suivants: urgences de radiation, événements chimiques, points d'entrée, ressources humaines et état des préparatifs. Ces domaines, tant soit peu variables, ont été traités dans les Plans d'action nationaux (PAN) liés au RSI qui ont été présentés par les États parties, de pair avec leurs demandes de prorogation de la date butoir de 2012. Pendant que l'OPS achève l'analyse des plans présentés, il est important de démarrer des efforts d'envergure pour la mobilisation des ressources afin de soutenir les États parties pour qu'ils puissent combler les lacunes identifiées.

20. Il convient de tenir compte des points suivants: la grande variance dans la capacité et la qualité observées entre les États parties quant à leur approche adoptée dans le processus de planification du point de vue de l'engagement intersectoriel ; la gamme des capacités mentionnées dans les plans ; l'établissement des priorités dans les composantes visant à pérenniser les capacités obtenues; le statut et l'intégration des plans dans le contexte de la stratégie nationale de la santé; les processus de planification, les cycles financiers et les mécanismes de suivi et d'évaluation ; les stratégies prévues sur l'usage des plans en tant qu'outil de mobilisation des ressources et le rôle du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre desdits plans.

21. Une rotation élevée dans le secteur de la santé, qui n'épargne pas les institutions des Points focaux nationaux (PFN) freine le secteur dans ses efforts de mise en place

⁸ Le statut de présentation par pays du Rapport annuel des États parties (appelé par la suite "le Rapport") à la 65^e Assemblée mondiale de la Santé, en date du 15 avril 2012, est le suivant :

- Le Pérou, la République dominicaine, l'Uruguay et le Venezuela n'ont pas encore présenté le Rapport.
- L'Argentine, la Bolivie, le Brésil, le Chili, la Colombie et le Paraguay ont présenté le Rapport utilisant l'outil du MERCOSUR, transférant les données des sections pertinentes au format proposé par l'OMS, conformément à l'accord avec le Groupe technique de l'UNASUR pour la surveillance et la réponse.
- Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines, et Trinité-et-Tobago ont présenté le Rapport en utilisant des versions modifiées du format proposé par l'OMS.

d'une capacité durable en ressources humaines. Dans certains pays comptant une petite population et une capacité gouvernementale limitée, il est courant de trouver une seule personne responsable de tout un éventail de tâches. Ce sont des situations difficiles qui entravent les efforts et les investissements faits tant par l'Organisation que par d'autres partenaires depuis l'entrée en vigueur du Règlement. Le Plan régional de l'OPS pour la formation en épidémiologie dans les Amériques, 2010, devrait être revigoré dans le dessein de mettre en place et de maintenir les compétences épidémiologiques nécessaires en fonction de modèles en harmonie avec le contexte national.

22. Conformément aux recommandations formulées par le Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) en relation avec la pandémie du H1N1 2009, et suivant la demande faite par divers États Membres de l'OMS lors de la 130^e Session du Conseil exécutif, le siège de l'OMS et ses bureaux régionaux ont réalisé une analyse des facteurs limitant les progrès des pays dans la mise en place de leurs capacités essentielles ainsi que des actions possibles que l'OPS/OMS pouvait prendre pour surmonter ces obstacles. L'analyse intégrale a été présentée à la 65^e Assemblée (2012) dans le rapport intitulé Mise en place des capacités essentielles nationales requises par le Règlement (6). Ce rapport a servi de base à l'élaboration et à l'approbation de la Résolution WHA65.23 sur la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) (7). La Résolution WHA65.23 précise les actions à prendre par les États parties et par le Secrétariat de l'OMS pour vérifier l'application des Plans d'action nationaux liés au RSI et pour définir les procédures de suivi connexes. En anticipation de demandes supplémentaires de prorogation de la date butoir de mise en place des capacités essentielles rapportée à 2016, un Comité d'examen du RSI sera mis sur pied conformément à l'Article 50 du Règlement.

Renforcer les systèmes régionaux et mondiaux d'alerte et de réponse de l'OPS/OMS

23. L'OPS fait fonction de point de contact de l'OMS du RSI pour la Région des Amériques et facilite le processus de gestion des événements de santé publique, notamment pour la détection des risques, l'évaluation des risques et la communication des risques. Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2011, un total de 196 événements de portée internationale ont été dépistés et évalués. Les autorités sanitaires nationales – par le biais des PFN – étaient la source initiale d'information pour 94 des 196 envisagés. Pour les 102 événements restants, une vérification a été demandée et obtenue du PFN pour tous à l'exception de deux. Parmi les événements envisagés, 82 (42%) représentaient effectivement des risques de santé publique de portée internationale, affectant 22 États parties dans la Région. La plus grande proportion de ces événements était attribuée à des risques d'infection (52 événements, 63%): les étiologies notifiées le plus souvent étaient les importations de rougeole (10), de virus de la grippe (9) et de dengue (6). Venaient ensuite les événements liés à l'innocuité alimentaire (11), les événements liés aux zoonoses (8), les événements d'origine non déterminée (5), les événements liés aux

produits (3), les événements se présentant dans un contexte de catastrophe (2) et un seul événement se rapportant à un danger radionucléaire.

24. L'OPS continue à apporter un soutien aux autorités en Haïti et en République dominicaine pour enrayer la propagation de la flambée de choléra. Le 11 janvier 2012, les Présidents d'Haïti et de la République dominicaine – de pair avec l'OPS/OMS, l'UNICEF et les CDC – ont lancé un appel à de vastes investissements internationaux dans une infrastructure d'approvisionnement en eau et assainissement pour éliminer le choléra de l'île d'Hispaniola.⁹ Une réunion binationale s'en est suivie, à laquelle assistait le Directeur adjoint de l'OPS. Tenue en Haïti en mars 2012, elle visait à harmoniser les plans d'action nationaux de lutte contre le choléra d'Haïti et de la République dominicaine.

25. Pendant la période envisagée, l'OPS a soutenu les autorités nationales dans leurs efforts d'endiguement de plusieurs flambées de cas dans la Région, mobilisant des experts d'institutions qui sont membres du réseau régional de GOARN.

26. Dans le cadre de la régionalisation du réseau GOARN, une réunion visant à tirer les enseignements des réponses conjointes CDC-OPS s'est tenue à Atlanta, en Géorgie, aux États-Unis, en mai 2012.

Maintenir les droits, les obligations et les procédures ; réaliser des études et suivre les progrès

27. Plusieurs pays ont revu les dispositions du Règlement et ont harmonisé les dispositions nationales au cadre juridique et normatif. Il leur reste cependant la tâche de faire approuver et appliquer les normes et les lois revues. A cette fin, l'OPS a organisé un atelier sur la législation du RSI à l'intention des pays des Caraïbes orientales à Bridgetown, à la Barbade, les 22 et 23 novembre 2011.

28. En 2011, tous les 35 États parties de la Région avaient soit présenté leur confirmation annuelle des PFN ou mis à jour les détails de contact des PFN. Au 31 mars 2012, la liste des experts du RSI comprend 309 experts dont 71 proviennent de la Région des Amériques. En 2011, les procédures pour le renouvellement ou l'interruption de l'adhésion à la liste – la durée de la qualité de membre est valide pour quatre ans – ont été activées et sont applicables actuellement.

29. Le 31 mars 2012, 412 ports dans 19 États parties de la Région des Amériques ont été autorisés pour la délivrance des Certificats sanitaires des navires. La liste des ports autorisés est mise à jour et affichée en ligne régulièrement.¹⁰

⁹ *Appel à l'action: Une île d'Hispaniola exempte de choléra* ; voir <http://new.paho.org/colera/?lang=fr>.

¹⁰ La liste des ports autorisés est disponible à l'adresse suivante:

30. En 2011, 15 États parties de la Région ont informé l'OMS de leurs dispositions concernant les vaccinations pour les voyageurs. Cette information a été incluse à l'édition 2012 de l'OMS Voyages internationaux et Santé (8). L'OPS a pris les mesures nécessaires pour rendre davantage transparentes les procédures et la participation se rapportant à la définition des régions à risque de transmission de la fièvre jaune. Une approche en deux étapes pour la mise à jour des dispositions concernant la vaccination contre la fièvre jaune devrait être introduite au niveau mondial et être incluse à l'édition de 2013 du RSI.

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Mise en oeuvre du Règlement sanitaire international [Internet]. 51^e Conseil directeur de l'OPS, 63^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; 26-30 septembre 2011 ; Washington (DC), US. Washington (DC): OPS; 2011 (Document CD51/INF/1) [cité le 25 mars 2012]. Disponible à l'adresse suivante:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5723&Itemid=4139&lan=fr.
2. Organisation mondiale de la Santé. Règlement sanitaire international (2005) - Domaines de travail pour la mise en oeuvre. Genève: OMS, 2007 [cité le 25 mars 2012]. Disponible à l'adresse suivante:
http://www.who.int/entity/ihr/area_of_work/fr/
3. Organisation mondiale de la Santé. Mise en oeuvre du Règlement sanitaire international (2005) – Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) en relation avec la pandémie du H1N1 2009 [Internet]. 64^e Assemblée mondiale de la Santé; 16-24 mai 2011; Genève (Suisse). Genève : OMS; 2011 (Document A64/10) [cité le 25 mars 2012]. Disponible à l'adresse suivante:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-fr.pdf
4. Organisation mondiale de la Santé. Cadre de suivi aux fins de la mise en oeuvre du RSI: Liste de contrôle et indicateurs pour le suivi des progrès réalisés dans la mise en place des principales capacités dans les États parties [Internet]. Genève : OMS; 2011 [cité 25 mars 2012]. Disponible à l'adresse suivante:
www.who.int/entity/ihr/IHR_Monitoring_Framework_Checklist_and_Indicators_fr.pdf.
5. Organisation mondiale de la Santé. Mise en oeuvre du Règlement sanitaire international (2005) – Rapport du Directeur général [Internet]. 65^e Assemblée

mondiale de la Santé; 21-26 mai 2012; Genève (Suisse). Genève: OMS; 2012 (Document A65/17) [cité le 5 avril 2012]. Disponible à l'adresse suivante:

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_17-fr.pdf.

6. Organisation mondiale de la Santé. Mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) – Rapport sur la mise en place des capacités principales requises par le Règlement sanitaire international – Rapport du Secrétariat [Internet]. 65^e Assemblée mondiale de la Santé; 21-26 mai 2012 ; Genève (Suisse). Genève: OMS; 2012 (Document A65/17 Add.1) [cité le 6 juillet 2012]. Disponible à l'adresse suivante:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_17Add1-fr.pdf.
7. Organisation mondiale de la Santé. Mise en oeuvre du Règlement sanitaire international (2005). 65^e Assemblée mondiale de la Santé; 21-26 mai 2012 ; Genève (Suisse). Genève: OMS; 2012 (Résolution WHA65.23) [cité le 6 juillet 2012]. Disponible à l'adresse suivante :
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R23-fr.pdf
8. Organisation mondiale de la Santé. Voyages internationaux et Santé [Internet]. Genève: OMS; 2012 [cité le 18 mai 2012]. Disponible à l'adresse suivante:
<http://www.who.int/ith/fr/index.html>

Annexe

SCORE MOYEN DES CAPACITÉS ESSENTIELLES (%) PAR SOUS-RÉGION

Capacité	Sous-région				Amériques ⁵
	Amérique du Nord ¹	Caraïbes ²	Amérique centrale ³	Amérique du Sud ⁴	
Législation, politiques et financement (plan national)	92%	42%	71%	81%	64%
Coordination et communication avec les points focaux nationaux	82%	68%	87%	70%	74%
Surveillance	90%	79%	78%	71%	78%
Réponse	88%	79%	75%	75%	78%
Préparatifs	68%	51%	57%	62%	57%
Communication des risques	76%	76%	69%	67%	72%
Ressources humaines	100%	47%	42%	58%	55%
Laboratoire	80%	66%	78%	78%	73%
Points d'entrée	71%	56%	56%	41%	46%
Événements zoonoses	82%	77%	78%	78%	78%
Salubrité alimentaire	92%	71%	59%	68%	70%
Événements chimiques	75%	32%	35%	54%	43%
Urgences radiation	86%	19%	50%	43%	39%

¹ La sous-région de l'Amérique du Nord comprend le Canada, les États-Unis et le Mexique. Le taux de réponse était de 3 sur 3 États parties (100%). Le tableau présente l'information donnée par les 3 États parties.

² La sous-région des Caraïbes comprend Antigua-et-Barbuda, les Bahamas, la Barbade, Belize, Cuba, Dominique, Grenade, Haïti, Jamaïque, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les-Grenadines et Trinité-et-Tobago; le taux de réponse était de 13 sur 13 États parties (100%). Le tableau présente l'information donnée par 12 États parties.

³ La sous-région de l'Amérique centrale comprend le Costa Rica, El Salvador, le Guatemala, le Honduras, le Nicaragua, le Panama et la République dominicaine; le taux de réponse était de 6 sur 7 États parties (86%). Le tableau présente l'information donnée par 6 États parties.

⁴ La sous-région de l'Amérique du Sud comprend l'Argentine, la Bolivie, le Brésil, le Chili, la Colombie, l'Équateur, la Guyane, le Paraguay, le Pérou, le Suriname, l'Uruguay et le Venezuela; le taux de réponse était de 9 sur 12 États parties (75%). Le tableau présente l'information donnée par 9 États parties. L'information se rapportant aux capacités de surveillance et de réponse de l'Argentine, de la Bolivie, du Brésil, du Chili, de la Colombie et du Paraguay a été présentée en utilisant le format mis au point par MERCOSUR et a été converti dans le format de l'OMS. L'information se rapportant aux points d'entrée de l'Argentine, de la Bolivie, du Brésil, de la Colombie et du Paraguay a été présentée dans un format ne permettant pas la conversion dans le format de l'OMS.

⁵ Pour la Région des Amériques, le taux de réponse était de 32 sur 35 États parties (91%). Le tableau représente l'information donnée par 30 États parties.