Règlement sanitaire international (2005)

CADRE DE SUIVI DE LA MISE EN PLACE
DES PRINCIPALES CAPACITÉS :

LISTE DE CONTROLE ET INDICATEURS POUR LE SUIVI DES PROGRES REALISES DANS LA MISE EN PLACE DES PRINCIPALES CAPACITES DANS LES ÉTATS PARTIES

Coordination du
Règlement sanitaire international

Décembre 2010

CADRE DE SUIVI DE LA MISE EN PLACE
DES PRINCIPALES CAPACITÉS :

LISTE DE CONTROLE ET INDICATEURS POUR LE SUIVI DES PROGRES REALISES DANS LA MISE EN PLACE DES PRINCIPALES CAPACITES DANS LES ÉTATS PARTIES

© Organisation mondiale de la Santé 2010
Tous droits réservés.
Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif. La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé. L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Table des matières

REMERCIEMENTS 6

SIGLES 7

GLOSSAIRE 8

1. Introduction 15

1.1 Histoire du Règlement sanitaire international (2005) 15

1.2 But et objet 15

1.3 Procédure d'élaboration du cadre de suivi 16

1.4 À qui le présent document est-il destiné 16

2. Objectifs du suivi de la mise en place et du renforcement des principales capacités 16

3. Cadre conceptuel utilisé pour suivre le renforcement des principales capacités 17

4. Structure de la liste de contrôle 18

5. Domaines devant faire l'objet d'un suivi 20

6. Définition des niveaux de capacité dans le cadre de suivi 22

7. Analyse des données et interprétations des constatations 23

7.1 Analyse des données 23

7.2 Interprétation des constatations 26

7.3 Rapport des États Parties 27

8. Résultats attendus 27

8.1 Produits d'information 27

8.2 Visualisation des données 27

9. Gestion des données aux niveaux national et mondial 28

10. Gestion des données au niveau mondial 29

11. Processus de recueil des données sur les indicateurs au niveau des pays 29

12. Indicateurs sur lesquels il doit être fait rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé 31

13. APPENDICES 32

Appendice 13.1 : Liste de contrôle recommandée pour le suivi des progrès réalisés dans la mise en place des principales capacités 32

Appendice 13.2 : Concepts utilisés pour établir la liste de contrôle aux fins du suivi de la mise en place des principales capacités 56

Appendice 13.3 : Exemple de formulaire de recueil de données 59

Appendice 13.4 : Exemple de tableau synoptique de l'état d'avancement de la mise en place des principales capacités 60

Appendice 13.5 : Exemple de programme d'un atelier sur le suivi des principales capacités 61

Appendice 13.6 : Exemple de grille d'analyse des insuffisances 64

Appendice 13.7 : Liste générale des indicateurs (28 indicateurs) 65

Appendice 13.8 : Critères de sélection des indicateurs sur lesquels il doit être fait rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé (prescription obligatoire) 67

REMERCIEMENTS

L'élaboration du présent document a été coordonnée par le Dr Stella Chungong, Coordonnateur technique de l'équipe chargée du suivi de la mise en place des capacités nationales requises en vertu du RSI, à l'Organisation mondiale de la Santé, à Genève.

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL SURVEILLANCE AU SIÈGE DE L'OMS
Dr Stella Chungong, Dr Rajesh Sreedharan, Dr Jun Xing, Dr Bernardus Ganter, Dr Max Hardiman, M. Bruce Plotkin, Mme Riikka Koskenmaki, Dr Daniel Menucci, Mme Anouk Berger, Dr Sébastien Cognat, M. John Rainford, Mme Asiya Odugleh-Kolev, Dr Dominique Legros, Dr Angela Merianos, Dr May Chu, Dr Véronique Thouvenot, Mme Kathy O'Neill, Dr Jonathan Abrahams, Dr Heather Papowitz, Dr Kersten Gutschmidt, Dr Zhanat Carr, Mme Jennifer Bishop, Dr Céline Gossner, Dr Bernadette Abela, Dr Andrea Ellis, M. Dominique Métais, Dr Guénaël Rodier.

BUREAUX RÉGIONAUX DE L'OMS
Bureau régional OMS de l'Afrique : Dr Florimond Tshioko, Dr Adamou Yada, Dr Wondimagegnehu Alemu, Dr Louis Ouedraogo, D Fernando Da Silveira, Dr Ali Yahaya, Dr Peter Gaturuku.
Bureau régional OMS des Amériques : Dr Marlo Libel, Dr Carmen Heras.
Bureau régional OMS de l'Asie du Sud-Est : Dr Suzanne Westman, Dr Ayana Yeneabat, Dr Augusto Pinto.
Bureau régional OMS de l'Europe : Dr Roberta Andragetti, Dr Kivi Marten.
Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale : Dr Hassan El Bushra, Dr Martin Opoka, Dr Manmur Malik, Dr John Jabbour.
Bureau régional OMS du Pacifique occidental : Dr Kasai Takeshi, Dr Ailan Li, Mme Amy Cawthorne.

AUTRES INSTITUTIONS
Les Centres de Prévention et de Contrôle des Maladies, Atlanta : Dr Mike St Louis, Dr Ramesh Krishnamurthy, Dr Scott McNabb, Dr Tadesse Wuhib, Dr Helen Perry, Dr Robert Pinner, Dr Ray Arthur, Dr Goldie MacDonald.
Le Centre national d'épidémiologie et de santé des populations, Université nationale australienne : Dr Mahomed Patel.
School of Public Health and Health Sciences, University of Massachusetts : Mme Martha Anker.
Centre européen pour la prévention et le contrôle des maladies, Stockholm : Dr Denis Coulombier.
Institut national des Maladies infectieuses du Japon : Dr Kiyosu Taniguchi.
Institut de Veille sanitaire (France) : Dr Marc Gastellu-Etchegorry.
Réseau africain d'épidémiologie de terrain : Dr Monica Musenero.

MEMBRES DE LA RÉUNION DU GROUPE D'EXPERTS ÉLARGIE :
Des experts techniques, auxquels nous exprimons toute notre reconnaissance, ont participé à de multiples consultations ; ces experts venaient d'États Membres de l'OMS (Brésil, Canada, États-Unis d'Amérique, France, Géorgie, Japon, Kenya, Liban, Ouganda, Philippines, République démocratique du Congo, Thaïlande et Yémen), de bureaux régionaux et d'institutions partenaires.

ÉTATS MEMBRES
L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) remercie les États Membres ci-après pour leur contribution aux essais de terrain aux fins du présent document : Bahreïn, Cambodge, Canada, Chine, Égypte, Ghana, Inde, Népal, Ouganda, République démocratique populaire lao et Suisse.

SIGLES

INFOSAN	Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments
IPC	Prévention et lutte contre les infections
OACI	Organisation de l'Aviation civile internationale
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PAHO	Bureau régional OMS des Amériques/Organisation panaméricaine de la Santé
RSI	Règlement sanitaire international (2005)

GLOSSAIRE

Note : Les termes et définitions ci-après ne doivent être utilisés que dans le contexte du présent document et peuvent être différents de ceux qui sont utilisés dans d'autres documents.

administration générale

l'OMS met en avant la notion nouvelle d'administration générale, c'est-à-dire la définition et la mise en œuvre des règles et d'une orientation stratégique destinée à toutes les parties prenantes. Cette notion a été conçue et définie comme étant la prise en charge consciencieuse et avisée du bien-être d'une population – l'essence même d'un bon gouvernement. Elle implique un certain nombre de tâches, parmi lesquelles recueillir des informations, définir des orientations générales stratégiques, mettre à disposition des outils de mise en œuvre comme les capacités, les incitations et les sanctions, renforcer les coalitions et créer des partenariats, adapter les objectifs généraux à la structure organisationnelle et à la culture et, enfin, garantir la responsabilité (*Rapport sur la santé dans le monde, 2000*, Organisation mondiale de la Santé).

affecté

personnes, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises, colis postaux ou restes humains qui sont infectés ou contaminés, oui qui véhiculent des sources d'infection ou de contamination, et qui constituent de ce fait un risque pour la santé publique.

agent de santé

tout employé d'un établissement de soins qui est en contact étroit avec des patients, les espaces de soins ou les produits de soins ; également appelé personnel de santé, c'est-à-dire les divers membres des professions de santé (médecins, personnels infirmiers, spécialistes de thérapie physique et ergothérapeutes, assistants sociaux, pharmaciens, conseillers spirituels, etc.) qui participent à la fourniture de soins coordonnés et globaux (*Prévenir et combattre les maladies respiratoires aiguës à tendance épidémique ou pandémique dans le cadre des soins. Recommandations provisoires de l'OMS*).

agrégat

concentration dans l'espace et/ou dans le temps d'événements ou de maladies relativement rares, dont le nombre est tel qu'ils sont considérés ou perçus comme supérieurs à ce que l'on pourrait attribuer au simple hasard (*adapté de Last JM, ed. A Dictionary of Epidemiology, 2001*).

autorité compétente

autorité responsable de la mise en œuvre et de l'application de mesures sanitaires prises en vertu du Règlement sanitaire international (2005).

communication des résultats

diffusion régulière de données de surveillance provenant d'analyses et d'interprétations à tous les niveaux du système de surveillance, de sorte que l'ensemble des participants soient informés des tendances et des résultats.

communication en matière de risques

pour les urgences de santé publique, la communication en matière de risques recouvre toute la gamme des moyens de communication nécessaires durant les phases de préparation, d'action et de redressement lors d'un événement grave de santé publique, qui visent à encourager la prise de décision en connaissance de cause, un changement de comportement positif et le maintien de la confiance (*Rapport du groupe de travail Communications de l'OMS, mars 2009*).

composante

sous-catégorie de la principale capacité. Une série d'indicateurs contribuent à la composante et un groupe de composantes permet d'évaluer la mise en place de la capacité principale ; celle-ci peut être considérée comme mise en place lorsque toutes ses composantes sont effectives.

contamination

présence d'une matière ou d'agent infectieux ou toxiques sur la surface du corps d'une personne ou d'un animal, dans ou sur un produit destiné à la consommation ou sur d'autres objets inanimés, y compris des moyens de transport, pouvant constituer un risque pour la santé publique (RSI (2005)).

danger pour la santé

facteur ou exposition qui peut nuire à la santé d'une population humaine. Les dangers pour la santé peuvent avoir une origine ou une source biologique (infectieuse, zoonosique, liée à la sécurité sanitaire des aliments ou autre), chimique, radiologique et nucléaire.

déclaration zéro

fait de ne pas déclarer de cas, lorsqu'aucun cas de maladie donnée n'a été détecté par l'unité chargée de la déclaration. Le niveau suivant du système de déclaration peut ainsi être certain que les données notifiées ont une valeur zéro et n'ont pas été perdues ou omises.

décontamination

procédure qui consiste à prendre des mesures sanitaires pour éliminer une matière ou un agent infectieux ou toxique présent sur la surface du corps d'une personne ou d'un animal, dans ou sur un produit destiné à la consommation ou sur d'autres objets inanimés, y compris des moyens de transport, pouvant constituer un risque pour la santé publique.

définition du cas

ensemble de critères de diagnostic qui doivent être utilisés dans le cadre de la surveillance et des enquêtes sur les flambées épidémiques et qui doivent être remplis pour qu'un individu soit considéré comme un cas de maladie déterminée. Les définitions des cas peuvent être fondées sur des critères cliniques, des critères de laboratoire ou une combinaison de ces critères et des éléments temps, lieu et personne. Les définitions de cas relatives aux quatre maladies dont tous les cas doivent être notifiés à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) par les États Parties, quelles que soient les circonstances, sont publiées sur le site Web de l'OMS, à l'annexe 2 du Règlement sanitaire international (RSI) (2005).

dératisation

procédure qui consiste à prendre des mesures sanitaires pour maîtriser ou éliminer les rongeurs vecteurs de maladies humaines présents dans les bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, services, marchandises et colis postaux au point d'entrée.

désinfection

1) méthode permettant d'éliminer tous les micro-organismes pathogènes, à l'exception des spores de bactéries, des objets inanimés, de façon à réduire au maximum le risque d'infection (*Prévenir et combattre les maladies respiratoires aiguës à tendance épidémique ou pandémique dans le cadre des soins. Recommandations provisoires de l'OMS*) ;

2) procédure qui consiste à prendre des mesures sanitaires pour maîtriser ou éliminer des agents infectieux présents sur la surface du corps d'une personne ou d'un animal ou dans ou sur des bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux (RSI (2005)).

élément

l'un d'une série de paramètres ou caractéristiques spécifiques rendant compte du niveau de résultat ou de réalisation atteint pour un indicateur donné.

équipement protecteur individuel

vêtement et équipement spécialisés conçus pour protéger les individus contre les risques pour leur santé ou leur sécurité ; ce sont par exemple les protections oculaires (comme les lunettes ou les écrans de protection faciale), les gants, les masques chirurgicaux et les respirateurs munis de filtres à particules.

États Membres (OMS)

les 193 États qui sont aujourd'hui membres de l'OMS, conformément au chapitre III de la Constitution de l'Organisation et recensés sur le site http://www.who.int/ihr/fr/index.html, ainsi que tout autre État pouvant le devenir à l'avenir conformément à ladite Constitution.

États Parties

États Parties au RSI (2005), c'est-à-dire les 193 États Membres de l'OMS et le Saint-Siège, actuellement recensés sur le site http://www.who.int/ihr/fr/index.html et tout État pouvant y adhérer à l'avenir, conformément aux dispositions du Règlement sanitaire et de la Constitution de l'OMS.

évaluation

action visant à déterminer aussi systématiquement et objectivement que possible la pertinence, l'efficacité et l'effet d'activités, compte tenu de leurs objectifs. Cette action pourrait consister à évaluer les structures, les processus et les aboutissements (*adapté de Last JM, ed. A Dictionary of Epidemiology, 2000*).

évaluation des risques

estimation qualitative ou quantitative de la probabilité de survenue d'effets nocifs par suite d'une exposition à des risques sanitaires spécifiés ou de l'absence d'influences bénéfiques (*adapté de Last JM, ed. A Dictionary of Epidemiology, 2001*).

événement

manifestation pathologique ou fait créant un risque de maladie et dû à des événements incluant, mais sans que cela ne soit une limitation, ceux ayant une origine ou une source infectieuse, zoonosique, liée à la sécurité sanitaire des aliments, chimique, radiologique ou nucléaire.

événement urgent manifestation pathologique ou fait créant un risque de maladie, qui peut avoir des effets graves sur la santé publique et/ou revêt un caractère inhabituel ou inattendu, assortis d'un fort potentiel de propagation. Remarque : le terme « urgent » a été utilisé en association avec d'autres termes, par exemple événement lié à un agent infectieux ou événement chimique, afin de faire comprendre simultanément la nature de l'événement et les caractéristiques qui le rendent « urgent » (c'est-à-dire des effets graves pour la santé publique et/ou un caractère inhabituel ou inattendu, assortis d'un fort potentiel de propagation).

flambée épidémique épidémie qui se limite à une augmentation localisée de l'incidence d'une maladie, par exemple dans un village, une ville ou un établissement fermé (*adapté de Last JM, ed. A Dictionary of Epidemiology, 2001*).

incidence nombre de cas de maladie se déclarant pendant une période donnée, ou de personnes tombant malades pendant cette période, dans une population spécifiée (Prevalence and Incidence. Bulletin de l'OMS, 1966, 35: 783–784).

indicateurs variables qui peuvent être mesurées de façon répétée (directement ou indirectement) dans le temps pour révéler la transformation d'un système. Ils peuvent être qualitatifs ou quantitatifs et permettre d'évaluer de façon objective les progrès d'un programme ou l'évolution d'un événement. Les mesures quantitatives doivent être interprétées dans un contexte plus large, en tenant compte d'autres sources d'information (par exemple les rapports généraux et les études spéciales) et elles devraient être complétées par des informations qualitatives.

infection pénétration et développement ou multiplication d'un agent infectieux dans l'organisme de personnes ou d'animaux pouvant constituer un risque pour la santé publique (RSI (2005)).

isolement mise à l'écart de malades ou personnes contaminées ou de bagages, conteneurs, moyens de transport, marchandises ou colis postaux affectés de façon à prévenir la propagation de l'infection ou de la contamination.

législation gamme d'instruments juridiques, administratifs ou autres instruments publics dont les États Parties peuvent disposer pour mettre en œuvre le RSI. Citons notamment les instruments contraignants, par exemple la constitution, les lois, les décrets, les arrêtés, les règlements et les ordonnances ; les instruments juridiquement non contraignants, par exemple les lignes directrices, les normes, les règles pratiques, les procédures ou règles administratives ; et, enfin, d'autres types d'instruments comme les protocoles, les résolutions et les accords intersectoriels ou interministériels. Tous les secteurs sont visés, par exemple la santé, l'agriculture, les transports, l'environnement, les ports et les aéroports, et à tous les niveaux pertinents du gouvernement par exemple national, intermédiaire et communautaire/primaire.

législation nationale voir législation.

lutte contre l'infection — mesures appliquées par des professionnels de santé dans des lieux de soins en vue de limiter l'introduction et la transmission d'agents infectieux et la contamination par ces agents dans ces lieux (par exemple hygiène des mains, méthodes de travail scrupuleuses et utilisation d'équipements protecteurs individuels comme les masques ou les respirateurs munis de filtres à particules, les gants, les blouses et les protections oculaires. Les mesures de lutte contre l'infection dépendent de la manière dont un agent infectieux se transmet et incluent les précautions usuelles, les précautions en cas de contact et les précautions contre les projections salivaires et les germes aéroportés).

maladie — pathologie humaine ou affection, quelle qu'en soit l'origine ou la source, ayant ou susceptible d'avoir des effets nocifs importants pour l'être humain.

maladie à déclaration obligatoire — maladie qui, en vertu de dispositions légales/juridiques, doit être notifiée aux autorités de santé publique ou autre autorité dans la juridiction pertinente dès que le diagnostic est établi (*adapté de Last JM, ed. A Dictionary of Epidemiology, 2000*).

maladie infectieuse — voir maladie transmissible.

maladie transmissible ou maladie infectieuse — maladie due à un agent infectieux spécifique ou ses produits toxiques, qui survient par transmission de cet agent ou ses produits d'une personne, d'un animal ou d'un réservoir infecté à un hôte sensible, soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire d'un hôte animal ou végétal, d'un vecteur ou de l'environnement inanimé (*Last JM, ed. A Dictionary of Epidemiology, 2001*).

maladies prioritaires — maladies qui sont préoccupantes pour un pays et pour l'identification desquelles des critères précis ont été définis.

marchandises — produits tangibles, y compris des animaux et des végétaux, transportés lors d'un voyage international, notamment pour être utilisés à bord d'un moyen de transport (RSI (2005)).

mesure sanitaire — moyens utilisés pour prévenir la propagation des maladies ou la contamination ; une mesure sanitaire ne comprend pas des mesures d'application de la loi ni de sécurité (RSI (2005)).

niveau de capacité — niveau de résultat atteint par un État Partie pour une composante, une capacité principale et un indicateur donné.

notification — dans le contexte du RSI, la notification est la communication officielle de l'existence d'une maladie/d'un événement de santé à l'OMS par l'administration de la santé de l'État Membre affecté par cette maladie/cet événement.

personnel qualifié — Personnel possédant les diplômes et/ou ayant bénéficié de l'enseignement spécifique nécessaires pour s'acquitter d'une tâche ou s'adapter à une situation.

plan de travail — plan d'activité élaboré en vue d'exécuter chacune des grandes fonctions liées à la mise en place des principales capacités visées par le RSI, par exemple un plan de formation, un plan de surveillance et d'évaluation, un plan de supervision, un plan de renforcement des laboratoires, etc.

point d'entrée	point de passage pour l'entrée ou la sortie internationales des voyageurs, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux, ainsi que des organismes et secteurs leur apportant des services à l'entrée ou à la sortie (RSI (2005)).
point de contact RSI à l'OMS	service qui, à l'OMS, doit être à tout moment à même de communiquer avec le point focal national RSI. Les points de contact RSI se trouvent dans les Bureaux régionaux des six Régions de l'OMS.
point focal national RSI	centre national, désigné par chaque État Partie, qui doit être à tout moment à même de communiquer avec les points de contact RSI à l'OMS, conformément au Règlement sanitaire international (2005).
port	port de mer ou port intérieur où arrivent et d'où partent les navires effectuant un voyage international (RSI (2005)).
poste-frontière	point d'entrée terrestre dans un État Partie, y compris un point utilisé par les véhicules routiers et les trains (RSI (2005)).
principales capacités	principales capacités en matière de santé publique que les États Parties doivent avoir mises en place d'ici 2012 sur la totalité de leur territoire conformément aux prescriptions énoncées aux articles 5 et 12 et à l'annexe 1A du RSI (2005). Huit principales capacités sont définies dans le présent document.
programme national de prévention et de lutte contre l'infection	politiques, objectifs, stratégies, cadre juridique et technique et surveillance des infections nosocomiales (Principaux volets des programmes de lutte contre l'infection. WHO/HSE/EPR/2009.1).
publié	dans le présent document, « publié » signifie disponible dans un domaine accessible au grand public, avec une référence ou un URL.
quarantaine	restriction des activités et/ou mise à l'écart des personnes suspectes qui ne sont pas malades ou des bagages, conteneurs, moyens de transport ou marchandises suspects, de façon à prévenir la propagation éventuelle de l'infection ou de la contamination (RSI (2005)).
rappel	fait de retirer de la vente un produit commercialisé, d'en empêcher l'utilisation ou d'y apporter une rectification ; processus consistant à rappeler le produit considéré, à tous les niveaux du système de distribution de ce produit.
réservoir	animal, plante ou substance qui héberge normalement un agent infectieux et dont la présence peut constituer un risque pour la santé publique (RSI) (2005).
risque	situation dans laquelle on peut s'attendre à ce que l'utilisation d'un agent ou d'un produit contaminé, ou l'exposition à cet agent ou ce produit, aura des effets nocifs pour la santé ou entraînera la mort.
risque pour la santé publique	probabilité d'un événement qui peut nuire à la santé des populations, l'accent étant mis dans le RSI sur les événements pouvant se propager au niveau international ou constituer un danger grave et direct pour la communauté internationale (RSI (2005)).

santé publique

science et art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé par une action structurée de la société. C'est une combinaison de connaissances scientifiques, de compétences et de croyances, qui vise au maintien et à l'amélioration de la santé de tous au moyen d'une action collective ou sociale. L'objectif est de réduire le nombre de maladies, de décès prématurés et l'inconfort et l'incapacité dus à des maladies dans la population (résumé élaboré à partir du dictionnaire d'épidémiologie de John Last).

sécurité biologique

maintien de bonnes conditions de sécurité dans le cadre de la recherche biologique afin d'éviter tout effet nocif pour les techniciens, ainsi que pour les organismes non expérimentaux et pour l'environnement.

suivi

processus consistant à obtenir régulièrement une vue d'ensemble la mise en œuvre des activités et visant à s'assurer que les moyens, les délais, les résultats recherchés et autres actions requises progressent comme prévu. Réalisation et analyse intermittentes de mesures systématiques, en vue de détecter des changements dans l'environnement et la situation sanitaire des populations (*adapté de Last JM, ed. A Dictionary of Epidemiology, 2000*). Dans le contexte des systèmes de surveillance et d'action, ce terme désigne le suivi systématique et continu de la mise en place des activités prévues et des résultats généraux de ces systèmes. Celui-ci permet de suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre des activités prévues, en veillant à ce que les objectifs prévus soient atteints en temps utile, en identifiant les problèmes dans le système, qui nécessitent des mesures correctives, en fournissant une base pour un réajustement de l'affectation des ressources selon les priorités et besoins du moment et en garantissant la responsabilité pour des activités définies.

surveillance

collecte, compilation et analyse systématiques et continues de données à des fins de santé publique et diffusion d'informations de santé publique en temps voulu à des fins d'évaluation et aux fins d'une action de santé publique, selon les besoins (RSI (2005)).

surveillance des événements

recueil rapide et organisé d'informations concernant les événements qui peuvent constituer un risque pour la santé publique, notamment les événements liés à la survenue de maladies humaines ou dus à une exposition à des risques potentiels pour l'être humain. Cette information peut consister en rumeurs ou autres constats ponctuels transmis par les voies officielles (par exemple, des systèmes de notification systématique établis) ou des voies non officielles (par exemple, diffusion d'informations par les médias, les agents de santé ou les ONG).

surveillance fondée sur les indicateurs

déclaration systématique des cas de maladie, notamment dans le cadre des systèmes de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, de la surveillance par réseau sentinelle, de la surveillance fondée sur les laboratoires, etc. Le plus souvent, cette déclaration systématique émane d'un établissement de soins, où des notifications sont communiquées toutes les semaines ou tous les mois.

système d'alerte précoce	dans le cadre de la surveillance des maladies, procédure spécifique visant à détecter le plus rapidement possible tout fait anormal ou tout écart par rapport à la fréquence habituelle des phénomènes ou la fréquence normalement observée (par exemple un cas de fièvre à virus Ébola). Le système d'alerte précoce n'est utile que s'il est lié à des mécanismes d'intervention rapide (*adapté de Last JM, ed. A Dictionary of Epidemiology, 2001*).
système d'information géographique	ensemble organisé de matériel informatique, logiciels, données géographiques et personnelles, qui vise à recueillir, stocker, actualiser, manipuler, analyser et présenter d'une manière efficace toutes catégories d'information référencée d'un point de vue géographique. Il s'agit d'abord et avant tout d'un système d'information avec une variable géographique, qui permet aux utilisateurs de traiter, visualiser et analyser facilement les données ou informations dans l'espace. Il peut aussi être utilisé pour établir des modèles montrant les évolutions dans le temps et dans l'espace. L'imagerie par satellite et la télédétection en ont élargi le champ d'application (par exemple pour identifier les régions exposées au paludisme).
urgence de santé publique de portée internationale	événement extraordinaire dont il est déterminé, comme prévu dans le RSI, i) qu'il constitue un risque pour la santé publique dans d'autres États en raison du risque de propagation internationale de maladies ; et ii) qu'il peut requérir une action internationale coordonnée. Voir la définition de « risque pour la santé publique » (RSI (2005)).
vecteur	insecte ou tout animal qui véhicule normalement un agent infectieux constituant un risque pour la santé publique (RSI) (2005).
vérification	fourniture à l'OMS par un État Partie d'informations confirmant un événement sur le ou les territoires de cet État Partie (RSI).
zoonose	infection ou maladie infectieuse pouvant se transmettre dans les conditions naturelles des vertébrés à l'homme (site Web de l'OMS www.who.int/topics/zoonoses/en/).

1. Introduction

1.1 Histoire du Règlement sanitaire international (2005)

Le Règlement sanitaire international (RSI) a été adopté initialement par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1969 ; il portait alors sur six maladies. Il a été modifié en 1973, puis en 1981, pour mettre l'accent sur trois maladies : le choléra, la fièvre jaune et la peste. Compte tenu de la multiplication des voyages et des échanges internationaux et de l'émergence ou la réémergence de menaces pour la santé et autres menaces, et de leur propagation au niveau international, l'Assemblée mondiale de la Santé a appelé, en 1995, à une révision substantielle du RSI. Cette révision a élargi le nombre de maladies et d'événements connexes visés par le RSI de façon à prendre en considération pratiquement tous les événements de santé publique (d'origine biologique, chimique, radiologique ou nucléaire) risquant d'avoir un effet sur la santé de l'homme, quelle qu'en soit la source. Le Règlement révisé est entré en vigueur le 15 juin 2007.

Tous les États Parties sont tenus d'avoir ou de mettre en place des capacités essentielles minimales en matière de santé publique afin de mettre en œuvre le RSI (2005) dans de bonnes conditions d'efficacité. Conformément aux articles 5 et 13, respectivement, du RSI (2005) :

> Chaque État Partie acquiert, renforce et maintient, dès que possible mais au plus tard dans les cinq ans suivant l'entrée en vigueur du présent Règlement à l'égard de cet État Partie (c'est-à-dire d'ici à 2012), la capacité de détecter, d'évaluer, de notifier et de déclarer des événements en application du présent Règlement, comme indiqué à l'annexe 1[1],...

et

> ...la capacité de réagir rapidement et efficacement en cas de risque pour la santé publique et d'urgence de santé publique de portée internationale, conformément à l'annexe 1.

1.2 But et objet

Le présent document propose un cadre et des méthodes permettant aux États Parties de suivre la mise en place des principales capacités au niveau d'action intermédiaire ou national, au niveau communautaire et/ou au niveau primaire d'action de santé, conformément aux prescriptions prévues à l'annexe 1, et il va dans le sens de l'article 54 du RSI (2005) où il est demandé aux États Parties et à l'OMS de faire rapport à l'Assemblée de la Santé sur l'application du Règlement.

Le présent cadre de suivi comporte :

- 20 indicateurs, au niveau mondial, pour le suivi de la mise en place des principales capacités requises en vertu du RSI sur lesquelles tous les États Parties doivent faire rapport chaque année à l'Assemblée mondiale de la Santé ; et
- d'autres indicateurs pour le suivi de l'acquisition, du renforcement et du maintien globaux de ces capacités.

Les pays sont encouragés à faire rapport sur ces 28 indicateurs.

Le présent document n'est pas juridiquement contraignant. Il représente toutefois le consensus auquel sont parvenus, à l'échelle internationale, des experts techniques venant d'États Membres de l'OMS, d'institutions techniques, d'organismes partenaires et des services de l'Organisation.

1 Articles 5 et 13 du RSI 2005 et annexe 1A, 5: http://www.who.int/ihr/9789241596664/fr/index.html

1.3 Procédure d'élaboration du cadre de suivi

La liste des principales capacités requises aux fins de l'application du RSI et les indicateurs appropriés pour le suivi de leur mise en place ont été définis par un groupe d'experts techniques conformément à l'annexe 1 du Règlement. Le cadre repose à la fois sur les connaissances existantes dans ce domaine, ainsi que sur des concepts et modèles qui ont été utilisés avec succès lors du suivi d'activités visant au développement des capacités. Il s'appuie notamment sur la connaissance que les spécialistes ont de la capacité actuelle des États Parties et sur les stratégies régionales et nationales existantes en matière de développement des capacités et autres données et outils disponibles. Ces outils s'inspirent également d'autres moyens utilisés par les États Parties pour évaluer les principales capacités prescrites en vertu du RSI.

1.4 À qui le présent document est-il destiné ?

Le présent document est essentiellement destiné aux pouvoirs publics, et notamment aux professionnels et gestionnaires de santé publique, aux points focaux nationaux RSI, aux autorités aux points d'entrée, aux représentants de secteurs portant sur la santé animale, la sécurité sanitaire des aliments, l'environnement, la sécurité de l'eau, et les domaines nucléaire, radiologique et chimique, ainsi qu'à d'autres secteurs et acteurs responsables de la mise en œuvre du RSI. Les décideurs, les organismes internationaux d'aide au développement et les organismes donateurs peuvent également utiliser le document pour bien cibler l'appui aux pays aux fins de la mise en œuvre du RSI.

2. Objectifs du suivi de la mise en place et du renforcement des principales capacités

Les États Parties et l'OMS sont tenus de faire rapport à l'Assemblée de la Santé (article 54 du RSI (2005)) chaque année (résolution 61.2) sur les progrès réalisés dans le soutien apporté aux États Membres aux fins de l'observation et de la mise en l'application du Règlement. Il est important de noter que le processus de suivi décrit dans le présent document n'est pas destiné à être utilisé pour classer les résultats des pays ou les comparer. Au lieu de cela, il doit constituer un moyen d'aider les différents pays à suivre les progrès accomplis en vue de se doter des principales capacités requises en vertu du RSI.

S'agissant des États Parties, il s'agit :

- de leur permettre d'évaluer eux-mêmes l'état d'avancement de la mise en place ou du renforcement de leurs principales capacités ;
- de les aider à déterminer quels sont les progrès réalisés dans la mise en place de ces capacités et à définir dans quels domaines des améliorations sont nécessaires ;
- de leur fournir des informations utiles leur permettant de planifier des programmes stratégiques fondés sur des données factuelles et de les améliorer si nécessaire, ainsi que des appréciations et des recommandations adaptées afin de faciliter la prise de décisions ;
- de leur permettre de communiquer tous les ans à l'OMS des informations sur l'état d'avancement de la mise en œuvre du RSI ;

- de leur permettre de démontrer, au niveau national et vis-à-vis des partenaires extérieurs (par exemple les donateurs internationaux et les organismes d'aide au développement), si cela est souhaitable, que le pays s'est doté des principales capacités requises en vertu du RSI.

S'agissant de l'OMS, il s'agit :

- d'identifier plus facilement les domaines spécifiques dans lesquels l'OMS et ses partenaires doivent apporter un soutien aux pays ;
- de permettre à l'Organisation de faire rapport chaque année à l'Assemblée mondiale de la santé sur les progrès réalisés par les États Parties sur la mise en place des principales capacités.

3. Cadre conceptuel utilisé pour suivre le renforcement des principales capacités

Lors de l'élaboration du cadre de suivi, il a été tenu compte de la mission du RSI, à savoir :

> les États Parties utilisent les structures et ressources nationales existantes en vue de se doter des principales capacités requises en vertu du présent Règlement pour s'acquitter notamment : a) de leurs activités de surveillance, de déclaration, de notification, de vérification, d'action et de collaboration ; et b) de leurs activités concernant les aéroports, ports et postes-frontières désignés (RSI (2005) ; annexe 1).

Le groupe d'experts a reconnu que les États Parties pourraient avoir besoin de mobiliser des ressources additionnelles ou de réaffecter les ressources – ou pourraient choisir de le faire – afin d'acquérir, de renforcer ou de maintenir ces capacités. Il a également recommandé, chaque fois que cela était possible, de recueillir les données dans le cadre de stratégies et programmes régionaux pertinents, comme la stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique dans les Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est, la stratégie intégrée de surveillance de la maladie et de riposte dans la Région africaine, les stratégies relatives aux maladies infectieuses émergentes dans la Région des Amériques et la Région de la Méditerranée orientale et les stratégies appliquées dans la Région européenne.

Sur la base de ces recommandations, une liste de contrôle (voir l'appendice 13.1) a été établie pour aider les pays à se doter des capacités requises en vertu du RSI ; cette liste est fondée d'une façon générale sur trois modèles : le modèle de l'indice de maturation des capacités (CMI), qui propose des niveaux progressifs de réalisation, le modèle de l'effet d'entraînement, qui décrit un renforcement graduel des capacités, et le modèle de Potter qui préconise le renforcement des capacités institutionnelles et des structures et systèmes existants (voir l'appendice 13.2 pour une description plus précise de ces modèles).

Le modèle CMI donne des orientations utiles sur la façon de mesurer les progrès réalisés dans l'acquisition des capacités, selon le niveau effectif de capacité atteint, qui est qualifié de niveau de base, niveau modéré, niveau élevé ou niveau avancé.

La liste de contrôle repose sur l'hypothèse selon laquelle les efforts déployés pour renforcer les capacités peuvent être mesurés, à mesure que les méthodes purement réactives utilisées se transforment en une action préventive et gérée, le passage d'un niveau au suivant étant clairement défini. Les concepts du modèle de l'effet d'entraînement

ont quant à eux permis de voir comment mettre en évidence les changements survenus dans le temps sur le plan des moyens mis en œuvre, des processus, des résultats attendus et de l'aboutissement de l'action, et de définir les transitions fructueuses entre les différents niveaux. Le modèle de Potter a inspiré le choix des composantes du développement des systèmes de santé pour chaque niveau de capacité.

Ces composantes sont notamment les moyens institutionnels, l'administration générale, la direction, les structures et services appropriés, les ressources (humaines, matérielles et financières), les systèmes effectifs et les mécanismes opérationnels.

Une combinaison de ces trois modèles a été utilisée aux fins de l'élaboration du cadre. Les critères suivants ont permis de mesurer la maturation d'un niveau au suivant et aucun modèle n'a été utilisé de manière exclusive. Compte tenu de ces concepts, les critères suivants ont été utilisés pour mettre au point les indicateurs et leurs éléments constitutifs :

1. Pertinence pour le RSI : les indicateurs et leurs éléments constitutifs doivent être appropriés pour faire progresser l'objectif visant à développer la capacité de détecter, d'évaluer, de déclarer, de notifier, de vérifier et d'agir en cas de risque pour la santé publique et d'urgence de santé publique de portée nationale ou internationale.
2. Couverture : les indicateurs et leurs éléments constitutifs reflètent la couverture territoriale au niveau d'action intermédiaire ou national, au niveau communautaire et/ou au niveau primaire d'action de santé.
3. Mode d'application des indicateurs et de leurs éléments constitutifs aux risques entrant dans le cadre du RSI, notamment les risques biologiques (agents pathogènes infectieux, zoonosiques ou d'origine alimentaire), les risques chimiques et les risques radiologiques ou nucléaires.
4. Qualité de la fonction ou du service : la qualité fait référence au respect des normes ou procédures nationales et internationales relatives à l'élément constitutif.
5. Rapidité avec laquelle les fonctions et les services opèrent.
6. Établissement de documents concernant les pratiques et diffusion de ces pratiques.

4. Structure de la liste de contrôle

Le processus de suivi dont il est fait état dans le présent cadre consiste à évaluer la mise en place de huit capacités principales au moyen d'une liste d'indicateurs spécifiquement établis pour suivre chacune de ces capacités, leur développement aux points d'entrée ainsi que leur mise en place pour les types de risques entrant dans le cadre du RSI (risques infectieux, zoonoses et sécurité sanitaire des aliments (risques biologiques), risques radiologiques ou nucléaires et risques chimiques). La structure de la liste est la suivante : composante particulière de la capacité principale à prendre en considération, éléments préalables recommandés pour la mise en place de la capacité, indicateurs spécifiques liés à chacune des composantes et éléments constitutifs de chaque indicateur présentés sous la forme de niveaux de capacité.

Figure 1 : Exemple de structure de la liste de contrôle pour les principales capacités : composantes, indicateurs, éléments constitutifs et niveaux de capacité

Composante	Indicateur niveau pays	État d'avancement de la mise en place des principales capacités			
		< 1			

Niveau de base	1 Moyens et processus	2 Résultats attendus et aboutissement	3 Autres réalisations
Élément constitutif	Élément constitutif Élément constitutif Élément constitutif	Élément constitutif Élément constitutif	Élément constitutif

Principales capacités

Les principales capacités (décrites ci-après) sont les capacités nécessaires pour détecter les risques pour la santé, expressément spécifiés, et les événements aux points d'entrée et y faire face. Ces huit capacités sont le fruit d'une interprétation, élaborée par un groupe d'experts techniques, des prescriptions en matière de capacité prévues par le RSI (2005). Elles reflètent le sens opérationnel des capacités requises pour détecter, évaluer, notifier et déclarer les événements, et pour mener une action en cas de risques pour la santé et d'urgence de portée nationale ou internationale.

Composantes

Pour évaluer la mise en place et le renforcement des principales capacités, on mesure une série de composantes pour chacune des huit capacités.

Indicateurs

Pour chacune des composantes, on utilise un à trois indicateurs afin d'évaluer le stade atteint et les progrès réalisés dans la mise en place et le renforcement des principales capacités.

Éléments constitutifs

Chaque indicateur représente un ensemble complexe d'activités ou de paramètres. Il peut être difficile de mesurer ces indicateurs par une simple question appelant une réponse par oui ou par non. Chaque indicateur est donc évalué au moyen d'un groupe d'éléments spécifiques dénommés « éléments constitutifs » dans le présent document. Chacun de ces éléments fait l'objet d'une à trois questions, qui s'inscrivent dans le cadre d'un questionnaire.

Formulaires de recueil de données

Une série de questionnaires contenant des questions sur l'ensemble des éléments associés aux principales capacités et aux risques seront distribués tous les ans aux pays. Ces questionnaires comportent une section destinée à recueillir des informations sur les éléments partiellement mis en place et autres données pertinentes. Ils doivent être complétés chaque année et envoyés à l'OMS.

Niveaux de capacité

Pour chacun des éléments constitutifs, il est fixé un niveau de réalisation, ou « niveau de capacité ». Pour pouvoir atteindre un niveau donné de capacité, il faut avoir mis en place tous les éléments du niveau inférieur.

Dans la liste de contrôle, on mesure l'état d'avancement de la mise en place des principales capacités grâce à quatre niveaux de capacité : **Niveau < 1 :** éléments préalables (niveau de base) ; **Niveau 1 :** moyens et processus ; **Niveau 2 :** résultats attendus et aboutissement ; **Niveau 3 :** autres réalisations.

- Le **niveau < 1** représente un niveau de base, qui implique d'ordinaire que certains éléments essentiels permettant d'atteindre le niveau de capacité suivant soient en place. Les éléments constitutifs du niveau < 1 sont considérés comme des éléments préalables pour pouvoir atteindre le niveau 1.

- Le **niveau 1** indique qu'un niveau modéré de fonctionnement est atteint et suppose habituellement l'existence des moyens et des processus requis se rapportant à l'élément constitutif.

- Le **niveau de capacité 2** représente la transition des moyens et des processus aux résultats attendus et aux aboutissements, traduisant un niveau élevé de fonctionnement. En principe, les **États Parties devraient avoir atteint les niveaux 1 et 2 d'ici 2012** pour l'ensemble des principales capacités. Le Directeur général de l'OMS peut prolonger ce délai pendant une période maximale de quatre ans.
- Le **niveau 3** représente un niveau avancé de réalisation, où les connaissances, les constatations, les enseignements tirés et l'expérience acquise lorsque les résultats ont été obtenus et que l'action a abouti sont évalués, attestés par des documents et communiqués sur le plan national et international.

Les différents niveaux de capacité sont présentés d'une manière plus approfondie à la section 6.

5. Domaines devant faire l'objet d'un suivi

Risques pour la santé

Les risques pour la santé peuvent avoir une origine ou une source biologique (infectieuse, zoonosique, liée à la sécurité sanitaire des aliments ou autre), chimique, radiologique et nucléaire.

Événements aux points d'entrée

La mise en place des principales capacités, de même que les risques potentiels, concerne aussi les points d'entrée et permet donc une application efficace de mesures sanitaires visant à empêcher la propagation internationale des maladies. Les États Parties sont tenus de désigner les aéroports et ports internationaux (et un État Partie peut désigner des postes-frontières terrestres, si des raisons de santé publique le justifient) qui devront acquérir des capacités spécifiques aux fins de l'application des mesures de santé publique nécessaires à la gestion des multiples risques pouvant nuire à la santé publique.

Principales capacités

Principale capacité N° 1 : Législation nationale, politiques et financement

Le RSI (2005) établit des obligations et des droits pour les États Parties. Depuis son entrée en vigueur en 2007, les États Parties doivent se conformer aux dispositions du RSI et leur donner effet. Ils doivent pour cela être dotés d'un cadre juridique satisfaisant qui permette et facilite la mise en œuvre de l'ensemble de leurs obligations et de leurs droits. Dans certains États Parties, la mise en œuvre du RSI exigera peut-être qu'ils adoptent des textes d'application ou d'habilitation pour une partie ou pour la totalité de leurs obligations et de leurs droits. En outre, les États devront peut-être adopter une nouvelle législation ou modifier la législation existante pour développer les nouvelles capacités techniques acquises conformément à l'annexe 1. Même lorsqu'une législation nouvelle ou révisée n'est pas expressément requise dans le cadre du système juridique du pays pour mettre en œuvre les dispositions du RSI (2005), les États décideront peut-être tout de même de réviser certaines législations, réglementations ou autres instruments pour faciliter la mise en œuvre et la rendre plus efficiente, efficace et pertinente. Les textes d'application pourront servir à institutionnaliser et à renforcer le rôle du RSI (2005) et des opérations réalisées au titre du RSI dans l'État Partie. Ils peuvent également faciliter la coordination entre les différentes

entités impliquées dans la mise en œuvre. On trouvera des informations détaillées sur la mise en œuvre du RSI dans le cadre de la législation nationale à l'adresse suivante : http://www.who.int/ihr/legal_issues/legislation/en/index.html.

Par ailleurs, des politiques générales qui identifient les structures et responsabilités à l'échelle nationale (et qui facilitent par d'autres moyens la mise en œuvre ainsi que l'affectation de ressources financières appropriées) sont également essentielles.

Principale capacité N° 2 : Coordination et communications au niveau du point focal national

La bonne application du RSI nécessite des approches multisectorielles et multidisciplinaires dans le cadre de partenariats nationaux, de façon que les systèmes d'alerte et d'action soient efficaces. La coordination des ressources à l'échelle nationale, y compris la désignation d'un point focal national qui constitue le centre national pour les communications aux fins du RSI, est une condition essentielle à la mise en œuvre du Règlement. Le point focal national devrait être à tout moment à même de communiquer avec les points de contact RSI à l'OMS et avec tous les secteurs concernés et autres parties prenantes dans le pays. Les États Parties doivent communiquer tous les ans à l'OMS les coordonnées actualisées de leur point focal national.

Principale capacité N° 3 : Surveillance

En vertu du RSI, les États Parties doivent détecter rapidement les risques pour la santé publique et les évaluer, les notifier et engager sans délai une action pour y faire face. Il leur faut donc disposer d'un système de surveillance sensible et flexible, comportant si nécessaire un dispositif d'alerte précoce. La structure du système de même que les rôles et responsabilités des personnes participant à la mise en œuvre de ce système doivent être clairs et ils devraient être définis, de préférence, dans le cadre d'une politique et d'une législation en matière de santé publique. Il convient de bien établir les chaînes de responsabilité pour garantir des communications efficaces à l'intérieur du pays, avec l'OMS et, le cas échéant, avec d'autres pays.

Principale capacité N° 4 : Action

Des mécanismes de décision, de communication et de contrôle sont nécessaires pour faciliter la coordination et la gestion des opérations en cas de flambée épidémique ou autre événement de santé publique. Des équipes d'intervention rapide multidisciplinaires et multisectorielles devraient être établies, qui seraient disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Elles devraient être capables de faire face rapidement à des événements liés à la sécurité sanitaire des aliments qui peuvent constituer une urgence de santé publique de portée nationale ou internationale. La prise en charge appropriée des patients, la lutte contre les infections et la décontamination sont autant de composantes essentielles de cette capacité, qui doivent être prises en considération.

Principale capacité N° 5 : Préparation

La préparation consiste en l'élaboration de plans d'intervention pour les urgences de santé publique au niveau intermédiaire ou national, au niveau communautaire et/ou au niveau primaire en cas de risques biologiques, chimiques, radiologiques ou nucléaires pertinents. Les autres composantes de la préparation sont notamment la cartographie des risques potentiels et des sites présentant un danger, l'identification des ressources disponibles, la constitution de stocks nationaux appropriés de ressources et l'aptitude à appuyer les opérations au niveau intermédiaire, au niveau communautaire et/ou au niveau primaire.

Principale capacité N° 6 : Communication du risque

La communication du risque devrait être un processus à plusieurs niveaux et à plusieurs facettes, visant à aider les parties prenantes à définir les risques, les identifier, évaluer les vulnérabilités et renforcer la résilience des communautés, favorisant ainsi l'aptitude à faire face aux urgences de santé publique lorsqu'elles se produisent. Une partie essentielle de la communication du risque est la diffusion au public d'informations sur les risques pour la santé et les événements connexes, tels que les flambées épidémiques de maladies.

Pour que la communication sur les risques causés par un événement particulier soit efficace, elle doit prendre en compte les aspects sociaux, religieux, culturels, politiques et économiques associés à cet événement, ainsi que le point de vue de la population affectée. Ce type de communication favorise la mise en place de mesures appropriées de prévention et de lutte dans le cadre d'interventions réalisées au niveau local par des individus, des familles et des communautés. La diffusion des informations par des voies appropriées est également essentielle.

Il y a lieu d'identifier les partenaires et parties prenantes de la communication dans le pays, et d'instituer des mécanismes fonctionnels de coordination et communication. En outre, il est important de mettre en place des mesures et procédures de communication pour la diffusion d'informations dans les meilleurs délais, avec une transparence dans la prise de décisions, qui est essentielle pour créer la confiance entre les autorités, les populations et les partenaires. Il convient d'élaborer des plans de communication d'urgence, de les tester et de les actualiser, selon le cas.

Principale capacité N° 7 : Ressources humaines

Le renforcement des qualifications et des compétences du personnel de santé publique est essentiel si l'on veut assurer une surveillance durable de la santé publique et mener une action à tous les niveaux du système de santé, et garantir la bonne application du RSI.

Principale capacité N° 8 : Services de laboratoire

Les services de laboratoire font partie de chaque phase d'alerte et d'action, notamment la détection, l'enquête et l'intervention, l'analyse en laboratoire de prélèvements étant réalisée soit dans le pays, soit par des centres collaborateurs. Les États Parties doivent instituer des mécanismes permettant d'assurer une identification en laboratoire fiable et rapide des agents infectieux et autres risques susceptibles d'être à l'origine d'urgences de santé publique de portée nationale ou internationale, y compris l'expédition de spécimens aux laboratoires compétents lorsque cela est nécessaire.

6. Définition des niveaux de capacité dans le cadre de suivi

Aux fins de l'évaluation des progrès réalisés, on a défini les composantes essentielles de chacune des principales capacités et choisi des indicateurs. Ces indicateurs sont définis de manière plus précise selon les éléments qui les constituent. Pour chacune des capacités, on distingue quatre niveaux différents :

- Le niveau de capacité < 1 (niveau de base) comprend des éléments constitutifs qui sont essentiels à la mise en place des moyens et processus nécessaires à l'application du RSI.
- Le niveau de capacité 1 est généralement défini comme un niveau « modéré » et les éléments constitutifs répertoriés ici comprennent les « moyens et processus » nécessaires à la constitution et au maintien des principales capacités requises en vertu du RSI.
- Le niveau de capacité 2 représente un degré de capacité technique « élevé » et un niveau de réalisation important, les résultats attendus et l'aboutissement de l'action en matière de santé publique étant bien définis.
- Le niveau de capacité 3 représente un niveau avancé de capacité et il établit un « modèle de référence »[2].

7. Analyse des données et interprétations des constatations

7.1 Analyse des données

Pour mettre en place d'ici 2012 les principales capacités requises en vertu du RSI, les pays doivent évaluer tous les éléments des niveaux 1 et 2 inclus dans la liste de contrôle, quel que soit le niveau de mise en place du RSI auquel ils sont parvenus.

Un système analytique dont la finalité est de suivre le niveau atteint dans l'acquisition des principales capacités a été élaboré ; il permet de réaliser une analyse des données nationales avec un niveau de détail élevé pour chacune des huit capacités principales, pour les points d'entrée et pour les quatre risques. Il vise essentiellement à aider les pays à évaluer à tout moment le stade auquel ils sont parvenus et à mesurer leurs progrès dans le temps. Il facilite l'identification des points forts et des faiblesses, ainsi que des progrès graduels réalisés d'une année sur l'autre. Le groupe d'experts a reconnu qu'il n'était pas possible d'élaborer un système de mesure global qui prenne en compte l'importance respective de chaque élément par rapport à chacun des autres éléments. Par conséquent, bien que les éléments n'aient pas nécessairement la même importance pour l'évaluation des capacités, on considère qu'ils l'ont pour simplifier l'analyse. Deux valeurs différentes sont utilisées pour l'évaluation des principales capacités nationales : le niveau de capacité et la notation des éléments constitutifs. Ces valeurs s'appliquent à chacun des indicateurs, composantes et principales capacités, ainsi qu'aux points d'entrée et aux risques.

7.1.1 Analyse du niveau de capacité

Le niveau de capacité constitue le niveau le plus élevé auquel au moins un élément constitutif est présent. Il faut qu'au moins un élément du niveau < 1 et un élément du niveau 1 soient mis en place pour parvenir au niveau 1. En revanche, pour parvenir au niveau 2, tous les éléments du niveau 1 et au moins un élément du niveau 2 doivent être mis en place. Pour parvenir au niveau 3, tous les éléments des niveaux 1 et 2 et au moins un élément du niveau 3 doivent être mis en place. Le niveau de capacité peut donc prendre la valeur < 1, 1, 2 ou 3.

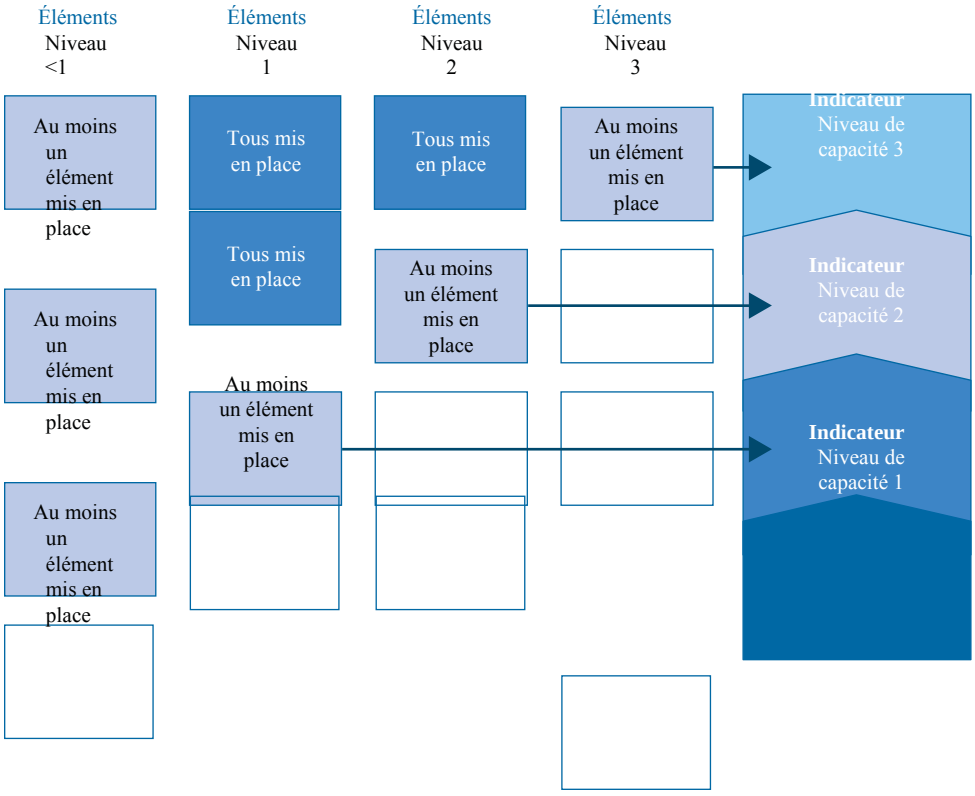
1 L'expression « de base » désigne ici les fonctions ou éléments essentiels qui devraient être en place et sur lesquels les moyens et les processus devraient s'appuyer.

2 Il faut donc pour cela produire des informations et créer des produits et outils qui constituent des modèles de bonne pratique et de normes pouvant être adoptés ou communiqués à l'échelle mondiale. Pour qu'un élément puisse relever du niveau 3, la liste de contrôle devrait donner une bonne description des produits et outils, ainsi que les URL des sites Web pertinents, ce qui faciliterait également la diffusion des produits et outils.

7.1.1.1 Niveau de capacité d'un indicateur

Le niveau de capacité d'un indicateur est fondé sur tous les éléments des niveaux 1 et 2 au sein de cet indicateur. On considère qu'un indicateur est mis en place si tous les éléments au sein de cet indicateur le sont.

Figure 2 : Niveau de capacité d'un indicateur



Pour chaque indicateur, le niveau est le suivant :

Niveau < 1 : Si aucun élément du niveau < 1 ou du niveau 1 n'est mis en place.

Niveau 1 : Si au moins un élément du niveau < 1 ***et*** un élément du niveau 1 est mis en place.

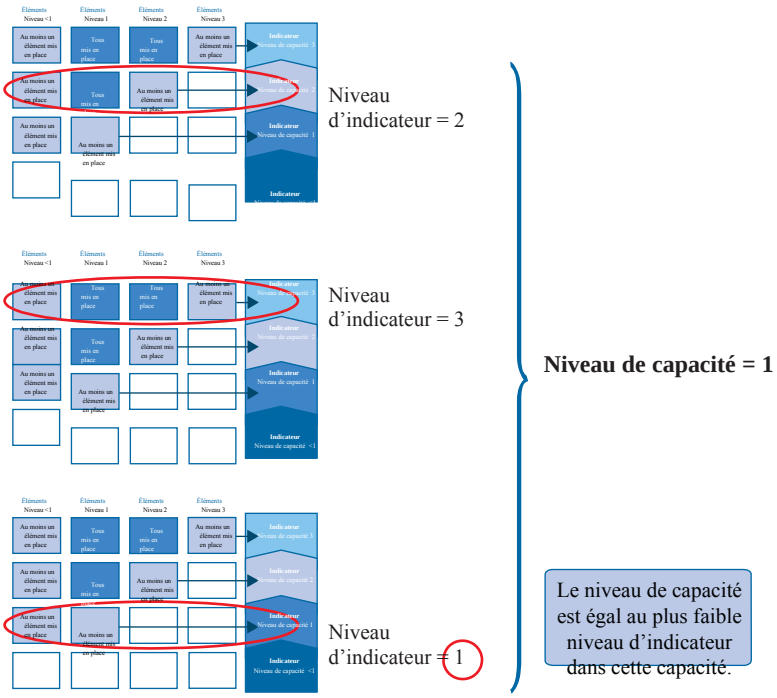
Niveau 2 : Si tous les éléments du niveau 1 ***et*** au moins un élément du niveau 2 sont mis en place.

Niveau 3 : Si tous les éléments des niveaux 1 et 2 ***et*** au moins un élément du niveau 3 sont atteints.

7.1.1.2 Niveau de capacité d'une capacité principale

Le niveau de capacité d'une composante est le même que celui de l'indicateur lié à cette composante, car il existe un rapport de un à un entre une composante et un indicateur.

Figure 3 : Niveau de capacité d'une capacité principale



Le niveau de capacité d'une capacité principale est déterminé par le niveau le plus bas de tous les indicateurs pour cette principale capacité.

La réalisation de tous les éléments des niveaux 1 et 2 signifie que les pays ont satisfait aux prescriptions pour 2012.

7.1.2 Notation des éléments

La notation des éléments permet de mesurer les progrès réalisés sur la voie de la mise en place de telle ou telle principale capacité.

7.1.2.1 Analyse de la notation des éléments pour un indicateur

Dans le cas d'un indicateur, la note des éléments est la proportion d'éléments réalisés à la fois aux niveaux de capacité 1 et 2 sur le nombre total d'éléments des niveaux de capacité 1 et 2 pour cet indicateur. Les éléments des niveaux de capacité 1 et 3 ne sont pas comptabilisés pour la notation. Ces notes, qui vont de 0 à 100 %, sont automatiquement calculées à l'aide du logiciel d'analyse de données incorporé dans l'outil en ligne. Pour plus de simplicité, on accorde la même importance à tous les éléments.

Dans le calcul de la note des éléments, le numérateur est le nombre total d'éléments qui ont été mis en place à la fois aux niveaux 1 et 2 et le dénominateur est la somme des éléments des niveaux 1 et 2. Par exemple, si, pour un indicateur :

- le nombre d'éléments du niveau 1 mis en place au niveau de capacité 1 = A et que
- le nombre total d'éléments du niveau 1 au niveau de capacité 1 = B et que
- le nombre d'éléments du niveau 2 mis en place au niveau de capacité 2 = C et que
- le nombre total d'éléments du niveau 2 au niveau de capacité 2 = D, alors

la note des éléments pour cet indicateur = (A+C)/(B+D).

7.1.2.2 Notation des éléments pour une composante

La note des éléments pour une composante est la moyenne des notes des éléments de tous les indicateurs pour cette composante.

7.1.2.3 Notation des éléments pour la principale capacité

La note des éléments pour une capacité principale est la moyenne des notes des éléments de toutes les composantes pour cette capacité principale.

7.2 Interprétation des constatations

7.2.1 Interprétation des niveaux de capacité

7.2.1.1 Niveau de capacité < 1

Les éléments constitutifs énumérés pour le niveau < 1 sont des paramètres de base qui permettent de mettre en œuvre le RSI et de faciliter sa mise en œuvre. Les éléments identifiés à ce niveau dans le plan de travail national, mais qui ne sont pas mis en place, pourraient également être considérés comme prioritaires en vue de la mise en œuvre du RSI. Si les éléments du niveau < 1 ne sont pas considérés comme faisant partie des principales capacités minimales devant être mises en place d'ici 2012, leur mention constitue une reconnaissance des efforts accomplis par les États Parties pour atteindre cet objectif.

7.2.1.2 Niveau de capacité 1

Le fait d'atteindre le niveau de capacité 1 traduit un bon niveau d'organisation et d'affectation des ressources, des unités spécifiques ayant été désignées pour exécuter les fonctions requises et des lignes directrices, procédures opératoires standardisées et plans pertinents élaborés et diffusés au niveau national et sous-national. D'ordinaire, les processus sont en place et certaines actions ont été engagées en vue de la mise en œuvre des politiques, plans, lignes directrices et procédures opératoires standardisées.

7.2.1.3 Niveau de capacité 2

Le fait d'atteindre le niveau de capacité 2 signifie que les prescriptions du RSI concernant l'indicateur, la composante ou la principale capacité à l'horizon 2012 sont satisfaites. À ce stade, les fonctions, les services et les interventions sont assurés en temps utile et les systèmes et les processus sont attestés par des documents, évalués et actualisés si cela est nécessaire. Cette situation dénote la mise en œuvre efficace des activités requises, à l'échelle nationale et sous-nationale, mais aussi pour l'ensemble des risques visés par le RSI (biologiques, chimiques et radiologiques).

7.2.1.4 Niveau de capacité 3

Le RSI (2005) invite les pays dotés de ressources, compétences et capacités suffisantes à fournir un appui, au-delà de leurs propres frontières, à d'autres États Parties, afin que ceux-

ci se dotent des principales capacités requises en vertu du RSI. Le fait d'atteindre le niveau de capacité reflète la contribution des États Parties à la santé publique à l'échelle internationale, qui est à la fois reconnue et encouragée.

7.2.2 Interprétation des notes des éléments

C'est la présence des éléments constitutifs qui détermine le niveau de réalisation d'un indicateur, d'une composante et d'une capacité principale. Un État Partie qui a mis en place tous les éléments des niveaux 1 et 2 satisfait alors aux prescriptions minimales en matière de capacités principales, auxquelles les États Parties sont tenus de se conformer d'ici à 2012. Si un pays n'indique pas qu'un élément particulier est absent ou présent, celui-ci est considéré comme absent aux fins de la notation.

7.3 Rapport des États Parties

Les rapports de chaque pays donnent une indication de l'état d'avancement de la mise en œuvre du RSI pour ce pays à un moment donné, ainsi que des progrès réalisés dans le temps en ce qui concerne la mise en place des huit capacités principales et leur développement pour les risques et aux points d'entrée. Ils fournissent également des précisions supplémentaires sur certains indicateurs et composantes qui revêtent de l'intérêt. L'appendice 13.4 contient un exemple de tableau synoptique, établi par le pays, de l'état d'avancement de la mise en place des principales capacités aux fins du RSI.

8. Résultats attendus

8.1 Produits d'information

Les produits d'information sont notamment les suivants :

- Rapport détaillé établi par le pays (destinataires : points focaux nationaux RSI, bureaux de pays de l'OMS, bureau régional et Siège).
- Rapport établi par chaque État Partie sur les progrès réalisés dans la mise en place des principales capacités ; comparaison dans le temps des progrès pour chacune des principales capacités (destinataires : points focaux nationaux RSI, bureaux de pays de l'OMS, bureau régional et Siège).
- Rapport couvrant l'ensemble des pays de la Région établi à l'intention du bureau régional de l'OMS (destinataire : bureau régional de l'OMS).
- Rapport global de situation des États Parties (destinataires : Assemblée mondiale de la Santé, membres du Conseil exécutif, OMS).

Les pays et l'OMS auront accès à cette information. Tous autres produits propres à certains pays devraient être établis et diffusés par les États Parties comme ils le jugent nécessaire.

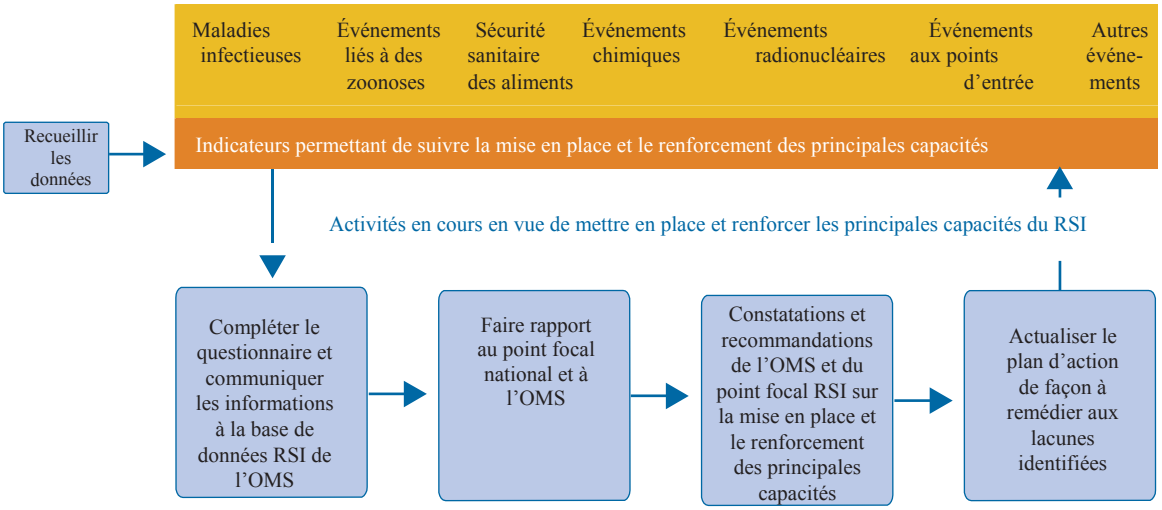
8.2 Visualisation des données

Un outil RSI sur Internet propose des profils de pays portant sur l'état d'avancement de la mise en place des principales capacités, ainsi que des tableaux, des graphiques et des visualisations fondés sur les systèmes d'information géographique (cartes).

9. Gestion des données aux niveaux national et mondial

La liste de contrôle est proposée comme outil de recueil des données (appendice 13.1) ; elle peut être complétée au moyen d'un formulaire (questionnaire) sur Internet ou d'un formulaire au format PDF (voir un exemple de questionnaire à l'appendice 13.3). Le formulaire de recueil de données peut également être imprimé et envoyé à l'OMS sur support papier. Les données recueillies seront stockées dans une base de données sécurisée à l'OMS à laquelle seuls les points focaux nationaux RSI et l'OMS auront accès, ce qui garantira la confidentialité des informations relatives au pays[1]. L'outil de recueil des données fournit un résumé des résultats qui facilite la planification et la mobilisation des ressources. Au niveau national, le questionnaire pourrait être complété par les personnes interrogées dans le cadre d'une opération dirigée par le point focal national, en consultation avec les spécialistes de la question dans le pays et, si la demande en est faite, avec le concours du bureau régional et des bureaux de pays de l'OMS. Les résultats et les recommandations seront présentés par l'OMS au point focal national RSI, qui pourra communiquer ces résultats aux parties prenantes concernées. La figure 4 résume le processus de gestion des données entre l'OMS et le pays.

Figure 4 : Processus de recueil et d'analyse des données et communication des résultats aux destinataires



Il est possible de solliciter l'appui de l'OMS, de sorte qu'elle puisse apporter son concours à l'interprétation des résultats ou à la formulation de recommandations sur les mesures complémentaires à prendre et contribuer aux efforts visant à renforcer des capacités spécifiques. Outre l'élaboration du rapport de situation et du résumé des constatations, les pays sont encouragés à interpréter et utiliser les données pour prendre des mesures visant à répondre aux priorités qui leur sont propres.

1 Les pays ne peuvent pas voir les données des autres pays.

10. Gestion des données au niveau mondial

Les données sur le suivi de la mise en place et du renforcement des principales capacités seront gérées dans le cadre de la stratégie institutionnelle de l'OMS, au moyen de la plate-forme ouverte sur les questions afférentes à la santé, structure permettant d'intégrer les outils et données en santé publique, qui fait partie de l'Observatoire de la santé mondiale[1]. Cette plate-forme consiste en une série d'outils intégrés et interactifs[2] destinés aux usages suivants : recueil, gestion et analyse de données, présentation des données sous diverses formes, notification, échange d'informations et sécurité des données. Elle relie et exploite les outils et services existants pour des utilisations très diverses dans le domaine de la surveillance des maladies, de la gestion de la santé au niveau des districts, de la gestion des programmes, du suivi et autres activités. Elle fonctionne dans différents environnements technologiques (par exemple portails en ligne, entreprises, environnement indépendant).

La base de données établie aux fins du RSI fera partie des bases de données regroupées dans le cadre de la plate-forme ouverte, qui forment l'Observatoire de la santé mondiale. Les données électroniques sont hébergées dans un environnement sécurisé, avec des droits d'accès appropriés. Des outils améliorés d'analyse, de communication et de visualisation font partie de l'application. Les éléments structurels des données recueillies dans le cadre du RSI sont notamment des bases de données, des services de données et une application concernant les formulaires du RSI. Une base de données avec SQL est utilisée pour stocker les données.

11. Processus de recueil des données sur les indicateurs au niveau des pays

Les États Parties feront rapport sur les indicateurs dans le cadre d'un processus supervisé par le point focal national RSI, avec l'appui de l'OMS si la demande en est faite. Les pays peuvent utiliser l'une de deux séries d'indicateurs, à savoir la liste complète des 28 indicateurs ou les 20 indicateurs qui seront utilisés pour faire rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé. Ils sont encouragés à faire rapport sur la liste complète d'indicateurs (appendice 13.7), mais sont libres de le faire uniquement pour les indicateurs qui seront utilisés pour faire rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé (20 indicateurs répertoriés à la section XII). Le niveau de réalisation pour chacun des indicateurs sera déterminé dans les pays. Les pays pourront choisir de créer un groupe bénéficiant du concours d'un animateur et composé, par exemple, de personnels ayant des responsabilités dans la mise en place des différentes capacités et de personnels chargés des systèmes nationaux de surveillance et d'action pour les divers risques, ainsi que de représentants des parties prenantes qui jouent un rôle dans la mise en œuvre du RSI.

Atelier

Si les pays peuvent choisir d'autres méthodes pour recueillir des informations sur les progrès réalisés dans la mise en place ou le renforcement des principales capacités, il leur est recommandé d'organiser un atelier avec toutes les parties prenantes pour déterminer le niveau de réalisation et compléter la liste de contrôle et/ou le formulaire électronique de déclaration de données. L'appendice 13.5, Exemple de programme d'un d'atelier sur le suivi des principales capacités, propose un exemple de contenu pour cet atelier.

1 En 2005, l'OMS a mis en place l'Observatoire mondial de la cybersanté, qui a pour mission d'améliorer la santé en fournissant aux États Parties des informations et indications stratégiques sur les pratiques et normes efficaces.

2 L'interactivité est une propriété qui fait référence à la capacité de divers outils à agir ensemble.

Avant la tenue de l'atelier, il pourrait être utile de donner aux parties prenantes (par exemple, les unités ou départements chargés de la surveillance, de l'intervention, des points d'entrée, des risques chimiques, etc.) la possibilité d'examiner la liste de contrôle et le formulaire électronique de déclaration de données dans le cadre d'un processus interne. Elles pourraient ainsi préparer les avis qu'elles pourraient donner sur ces outils lors de l'atelier.

Des spécialistes des risques, des domaines (comme les points d'entrée) et/ou de la mise en place et du renforcement des principales capacités devraient être invités pour provoquer les débats. Par ailleurs, les principales capacités et les risques pourraient faire l'objet de groupes de discussion. Le programme pourrait également comprendre une discussion sur les moyens de remédier aux insuffisances constatées et de mettre au point des plans d'action.

Il est important que les pays recueillent des informations qualitatives sur les points forts, les faiblesses, les possibilités et les menaces liés à l'amélioration de l'action menée pour renforcer les capacités. Ce processus pourrait notamment consister en un examen des documents pertinents existants (par exemple manuels, définitions des cas, rapports ou analyses des données en matière de surveillance) qui pourraient favoriser les activités de suivi. Ces documents (ou les liens permettant d'y accéder) pourraient être joints au formulaire de recueil de données une fois celui-ci complété.

Les mécanismes et les systèmes devant être utilisés pour le suivi quotidien des indicateurs RSI seront déterminés par les pays, afin qu'ils répondent du mieux possible aux besoins de ces pays et qu'ils soient adaptés à leurs spécificités.

Action complémentaire

L'atelier pourrait par ailleurs permettre d'élaborer des recommandations en vue de tenter de remédier aux insuffisances constatées (voir l'appendice 13.6 pour un exemple de grille d'analyse des insuffisances) et de mettre au point un plan d'action. Les informations recueillies grâce au questionnaire devraient permettre aux pays d'élaborer un plan visant à améliorer leurs principales capacités. Elles formeront en outre la base du rapport des États Parties à l'Assemblée mondiale de la Santé et, le cas échéant, peuvent être utilisées pour solliciter le soutien de l'OMS aux fins d'amélioration.

12. Indicateurs sur lesquels il doit être fait rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé

Vingt indicateurs ont été retenus, qui sont présentés ci-après et sur lesquels il doit être fait rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé (voir les précisions données à l'appendice 13.8 concernant les critères de sélection). Pour plus de commodité, ces indicateurs figurent en caractères gras dans la liste de contrôle et sont accompagnés d'un astérisque :

1. La législation, les lois, les réglementations, les prescriptions administratives, les politiques ou les autres instruments publics en vigueur sont suffisants pour la mise en œuvre du RSI.
2. Un mécanisme a été établi pour coordonner les secteurs pertinents dans le cadre de la mise en œuvre du RSI.
3. Les fonctions et opérations du point focal national RSI sont assurées, comme le définit le Règlement sanitaire international (2005).
4. La surveillance fondée sur les indicateurs comprend un dispositif d'alerte précoce destiné à la détection rapide des événements de santé publique.
5. Un système de surveillance des événements a été mis en place.
6. Des mécanismes d'action en cas d'urgence de santé publique ont été mis en place.
7. Des mesures de prévention et de lutte contre les infections ont été instituées au niveau national et dans les hôpitaux.
8. Un plan national multirisques de préparation et d'action a été élaboré pour faire face aux urgences de santé publique.
9. Les risques prioritaires et les ressources en matière de santé publique ont été cartographiés.
10. Des mécanismes permettant une communication efficace en matière de risques lors d'une urgence de santé publique ont été mis en place.
11. Le pays dispose de ressources humaines aptes à mettre en œuvre les prescriptions du RSI relatives aux principales capacités.
12. Des services de laboratoire à même de réaliser des analyses en cas de menace sanitaire prioritaire sont disponibles.
13. Des pratiques visant à assurer la sécurité et la sûreté biologiques en laboratoire (gestion du risque biologique) ont été instituées.
14. Il est satisfait aux obligations générales aux points d'entrée.
15. Une surveillance effective et d'autres capacités de surveillance systématique ont été mises en place aux points d'entrée[3].
16. Une action efficace a été mise en œuvre aux points d'entrée.
17. Des mécanismes permettant de détecter les zoonoses ou zoonoses potentielles et d'y faire face ont été mis en place.
18. Des mécanismes permettant de détecter les maladies d'origine alimentaire ou une contamination des produits alimentaires et d'y faire face ont été mis en place.
19. Des mécanismes permettant de détecter les urgences chimiques, de donner l'alerte à leur sujet et d'y faire face ont été mis en place.

20. Des mécanismes permettant de détecter les urgences radiologiques ou nucléaires et d'y faire face ont été mis en place.

[1] ~~Les disciplines et~~ secteurs pertinents sont, par exemple, tous les niveaux du système de soins (niveau communautaire local, niveau primaire d'action de santé publique, niveau intermédiaire et niveau national/central), les ONG et les ministères suivants : agriculture (zoonoses, laboratoires vétérinaires), transports (politique des transports, aviation civile, ports et transports maritimes), commerce et/ou industrie (sécurité sanitaire des aliments et contrôle de la qualité), commerce extérieur (protection des consommateurs et contrôle de l'application des normes obligatoires), communication, défense (informations relatives aux flux migratoires), finances (douanes), environnement, intérieur, santé et tourisme.

[2] La composante « alerte précoce » permet de détecter les écarts par rapport à une situation normale.

[3] La surveillance exercée aux points d'entrée est considérée comme faisant partie du système national de surveillance, à moins que le pays n'en ait décidé autrement.

13. APPENDICES

Appendice 13.1 : Liste de contrôle recommandée pour le suivi des progrès réalisés dans la mise en place des principales capacités

Principale capacité N° 1 : Législation[1], politiques et financement au niveau national

Composante[2]	Indicateur niveau pays	Mise en place des principales capacités, par niveau de capacité			
		< 1 Niveau de base	1 Moyens et processus	2 Résultats attendus et aboutissement	3 Autres réalisations
Législation[3] et politiques nationales	La législation, les lois, les réglementations, les prescriptions administratives, les politiques ou les autres instruments publics en vigueur sont suffisants[4] pour la mise en œuvre du RSI.	Sans objet[5]	Une évaluation[6] de la législation et des réglementations, prescriptions administratives et autres instruments publics pertinents pour la mise en œuvre du RSI a été réalisée.	Des recommandations ont été mises en œuvre suite à l'évaluation de la législation et des réglementations, prescriptions administratives et autres instruments publics.	Les points essentiels de la législation nationale liée au RSI ont été publiés[7].
			Un examen des politiques nationales visant à faciliter la mise en place des fonctions du point focal national RSI et des principales capacités techniques[8] a été réalisé.	Des politiques visant à faciliter les fonctions essentielles et élargies[9] du point focal national RSI et à renforcer les principales capacités ont été mises en œuvre.	
	Un financement est disponible et accessible aux fins du renforcement des fonctions du point focal national RSI et des principales capacités.	Des fonds sont disponibles pour financer les fonctions du point focal national RSI.	Un financement[10] est disponible pour les principales capacités[11], les risques entrant dans le cadre du RSI[12] et les points d'entrée.	Les principales capacités ont été renforcées au niveau sous-national et au niveau communautaire/primaire d'action au cours des 12 derniers mois.	Des ressources ont été affectées[13] en vue de satisfaire aux prescriptions du RSI au-delà des frontières du pays. (*Article 44 1c*)

1 – La Constitution de l'OMS dispose que, dès lors qu'une nouvelle révision du RSI est adoptée par l'Assemblée de la Santé, elle lie automatiquement l'ensemble des États Membres de l'OMS, à moins qu'un État Membre ne se déclare officiellement non lié par le nouveau Règlement dans un délai déterminé. Le délai fixé pour refuser le RSI (2005) ou formuler une réserve à son sujet est venu à expiration le 15 décembre 2006. Aucun État Membre n'a notifié de refus concernant le Règlement (2005) ou ne s'est déclaré non lié par lui ; seuls deux États Membres ont émis des réserves. Tous les États Membres sont donc juridiquement liés, en droit international, par cet instrument. En vertu de la

Constitution de l'OMS et du Règlement sanitaire international, à compter de 2007, les États membres ne sont pas tenus de ratifier ou de signer le RSI pour être liés par cet instrument.

Le niveau de capacité d'une composante est le même que celui de l'indicateur lié à cette composante, car il existe un rapport de un à un entre une composante et un indicateur.

3 – Il ne s'agit pas à proprement parler d'une principale capacité, mais elle est importante dans la mesure où elle facilite la mise en œuvre des autres principales capacités techniques.

4 – Un cadre juridique suffisant pour satisfaire aux obligations énoncées dans le RSI a été exigé à compter de la date à laquelle le RSI a pris force de loi pour tous les États Parties, en 2007 ; la date limite de 2012 pour la mise en œuvre des autres capacités techniques figurant à l'annexe 1 ne s'applique pas au cadre juridique.

5 – Voir 1.

6 – Si le RSI ne prescrit pas explicitement une évaluation et une révision de la législation nationale aux fins de sa mise en œuvre, les États Membres y sont vivement encouragés par l'Assemblée mondiale de la Santé et les documents d'orientation de l'OMS les y incitent. Pour plus d'informations, voir la section I.2 du Toolkit for IHR Implementation in National Legislation élaboré par l'OMS, qui peut être consulté à l'adresse http://www.who.int/ihr/3._Part_I_Questions_and_Answers.pdf.

En outre, les capacités techniques et les cadres administratifs et juridiques nationaux ayant évolué depuis l'entrée en vigueur du RSI (2005) en 2007, une évaluation de cette période est recommandée. Pour plus d'informations sur les avantages et l'intérêt que présente la révision de la législation, des lois, des réglementations, des prescriptions administratives, des politiques et des autres instruments publics, voir le paragraphe 4, page 14 de ce document.

7 – L'OMS ne préconise pas ou ne recommande pas une législation particulière. À des fins d'information, elle publie une compilation de la législation afférente au RSI adoptée par les États Parties sur son site Web, à l'adresse http://www.who.int/ihr/7._Part_III_Compilation_of_examples_of_national_legislation.pdf. D'autres documents et matériels utiles peuvent être téléchargés sur les pages du site Web de l'OMS consacrée au RSI, à l'adresse : http://www.who.int/ihr/legal_issues/legislation/fr/index.html.

8 – Les principales capacités techniques sont la surveillance, l'action, la préparation, la communication en matière de risques, les ressources humaines et les services de laboratoire.

9 – Outre la coordination et les communications, les rôles élargis du point focal national sont l'évaluation des risques, la mise en place des principales capacités, l'action de sensibilisation, etc.

10 – Il s'agit notamment d'un financement public ou d'autres sources de financement aux fins de la mise en œuvre du RSI.

11 – Si le RSI exige que les principales capacités techniques prévues à l'annexe 1 soient mises en place, celles-ci ne nécessitent toutefois pas un mécanisme de financement ou un mécanisme financier connexe particulier. Le fait de créer un poste budgétaire ou autre affectation pertinente a été considéré comme étant une option importante par le groupe d'experts, selon le contexte particulier.

12 – Risques tels que les maladies liées à des zoonoses, les événements liés à la sécurité sanitaire des aliments, les événements chimiques et les événements radiologiques et nucléaires, etc.

13 – « Affectées » : ressources destinées à la mise en œuvre du RSI.

Principale capacité N° 2 : Coordination[1] et communications au niveau du point focal national

Composante	Indicateur niveau pays	Mise en place des principales capacités, par niveau de capacité			
		< 1 Niveau de base	1 Moyens et processus	2 Résultats attendus et aboutisseme nt	3 Autres réalisations
Coordination, communication et action de sensibilisation[2]	Un mécanisme a été établi pour coordonner les secteurs pertinents[3] dans le cadre de la mise en œuvre du RSI.	Coordination au sein des ministères compétents pour les événements qui peuvent constituer des événements de santé publique ou des risques pour la santé publique de portée nationale ou internationale.	Des procédures opératoires standardisées[4] ou des procédures équivalentes permettant d'assurer la coordination entre le point focal national RSI et les secteurs concernés sont en place au niveau national. Un organe, comité ou groupe spécial[5] multisectoriel et multidisciplinaire chargé des prescriptions du RSI dans le domaine de la surveillance et de l'action en cas d'urgence de santé publique de portée nationale ou internationale a été établi.	Des mécanismes multisectoriels et multidisciplinaires de coordination et de communication ont été testés dans le cadre d'exercices ou lors de la survenue d'un événement effectif et ont été régulièrement actualisés.	Des informations actualisées sur l'état d'avancement de la mise en œuvre du RSI sont présentées tous les ans aux parties prenantes dans tous les secteurs concernés.
	Les fonctions et opérations du point focal national RSI sont assurées, comme le définit le Règlement sanitaire international (2005).	Le point focal national RSI[6] est en place. Les parties prenantes[7] à la mise en œuvre du RSI au niveau national ont été identifiées.	Les obligations[8] du point focal national RSI énoncées dans le RSI sont diffusées aux autorités et parties prenantes concernées au niveau national. Les rôles et responsabilités des autorités et parties prenantes concernées par la mise en œuvre du RSI ont été définis et diffusés. Le site d'information sur les événements entrant dans le cadre du RSI est utilisé à part	entière comme une source d'information du point focal national RSI[9].	Le point focal national RSI communique à l'OMS ses coordonnées actualisées, annuellement et lorsque cela est nécessaire. Les parties prenantes sont sensibilisées[1] à leurs rôle et responsabilités dans le cadre du RSI.

Une page ou un site Web actif[11] concernant le RSI est en service.	d	t		es[12] et
	’	r	r	responsabilités.
Le point focal national RSI a eu	a	e	ô	
	u	s	l	

1 – Un mécanisme de coordination (tel qu’un organe, comité ou groupe spécial multisectoriel et multidisciplinaire chargé des prescriptions du RSI dans le domaine de la surveillance) a été mis en place et est opérationnel, des membres venant de tous les secteurs concernés, des moyens de communication établis, un accès aux décideurs et interlocuteurs, des activités conjointes, des rapports de réunion, des plans et des évaluations.

2 – La sensibilisation est un processus stratégique dont le but est d’amener certains publics visés (tels que les dirigeants politiques et les parties prenantes) à manifester leur détermination à mettre en œuvre le RSI. Ils peuvent pour cela réviser certaines lois ou en adopter de nouvelles, accroître le financement ou s’employer activement à mieux faire connaître le RSI à l’ensemble des parties prenantes concernées ainsi que leur rôle dans sa mise en œuvre.

3 – Les disciplines et secteurs pertinents (privés et publics), par exemple, tous les niveaux du système de soins (national, sous-national et niveau communautaire/primaire d’action de santé publique), les ONG et les ministères suivants : agriculture (zoonoses, laboratoires vétérinaires), transports (politique des transports, aviation civile, ports et transports maritimes), commerce et/ou industrie (sécurité sanitaire des aliments et contrôle de la qualité), commerce extérieur (protection des consommateurs et contrôle de l’application des normes obligatoires), communication, défense (informations relatives aux flux migratoires), finances (douanes), environnement, intérieur, santé et tourisme.

4 – Les procédures opératoires standardisées devraient préciser le mandat et les rôles et responsabilités du point focal national RSI, ainsi que les structures de mise en œuvre et les parties prenantes à cette mise en œuvre.

5 – C'est aux pays de décider qui préside ce comité ou ce groupe spécial ; toutefois, les points focaux nationaux RSI devraient participer aux réunions et à la prise de décisions.

6 – Le point focal national RSI devait être mis en place à compter de 2007, avec les éléments obligatoires suivants pour tous les États Membres : possibilité de communiquer avec l'OMS 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ; capacité d'adresser des communications urgentes à l'OMS concernant le RSI ; recueil d'informations auprès de tous les secteurs concernés afin de les envoyer à l'OMS conformément aux dispositions du RSI (articles 5 à 12) ; diffusion urgente, par l'OMS, d'informations relevant du RSI aux secteurs publics compétents, etc. ; existence de voies de communication opérationnelles avec tous les secteurs et décideurs ; et communication avec les autorités compétentes concernant les mesures sanitaires prises.

7 – Les parties prenantes sont tous groupes, organismes ou systèmes qui peuvent jouer un rôle dans un événement de santé publique ou être affectés par cet événement.

8 – Les obligations ou droits des États Parties et autres dispositions les concernant sont inscrits dans l'ensemble du texte du RSI et représentent plus de la moitié des dispositions de cet instrument.

9 – C'est-à-dire utilisé au moins une fois par mois.

10 – Il s'agit d'activités spécifiques (telles que des réunions de sensibilisation, formations, ateliers, etc.) régulièrement menées pour faire mieux connaître le RSI aux parties prenantes, notamment auprès des ministères et des partenaires concernés.

11 – Le site Web devrait être revu à intervalles réguliers et actualisé au moyen d'informations à jour.

12 – http://www.who.int/ihr/elibrary/legal/fr/index.html.

Principale capacité N° 3 : Surveillance

Composante	Indicateur niveau pays	Mise en place des principales capacités, par niveau de capacité			
		< 1 Niveau de base	1 Moyens et processus	2 Résultats attendus et aboutissement	3 Autres réalisations
Surveillance fondée sur les indicateurs[1], surveillance (également appelée surveillance structurée, surveillance systématique ou surveillance d'affections bien définies)	La surveillance fondée sur les indicateurs[2] comprend un dispositif d'alerte précoce destiné à la détection rapide des événements de santé publique.	Une liste de maladies prioritaires[4], d'affections et de définitions des cas est disponible aux fins de la surveillance. Une unité spécifique a été désignée aux fins de la surveillance des risques pour la santé publique.	Les données relatives à la surveillance des maladies à tendance épidémique et des maladies prioritaires sont analysées au moins une fois par semaine aux niveaux national et sous-national. Des estimations, tendances et seuils de référence pour l'alerte et l'action ont été définis au niveau communautaire/primaire d'action en cas de maladies/d'événements prioritaires.	Au moins 80% de l'ensemble des unités chargées de la déclaration le font en temps voulu[5]. Des écarts ou des valeurs supérieures aux seuils ont été utilisés pour une action au niveau primaire d'action de santé publique[6] (annexe 1A, paragraphe 4.a). Les résultats[8] de la surveillance sont régulièrement[7] communiqués à l'ensemble des niveaux et à d'autres acteurs concernés.	Une évaluation portant sur le dispositif d'alerte précoce du système de surveillance fondée sur les indicateurs a été réalisée et l'expérience, les constatations et les enseignements tirés au niveau national ont été communiqués à la communauté internationale.
Surveillance des événements[9]	Une surveillance des événements[10] a été mise en place.	Des unités ont été désignées pour la surveillance des événements[11].	Des procédures opératoires standardisées et/ou des lignes directrices relatives à la surveillance des événements[12] sont en place au niveau national. Les sources d'information[13] sur les événements de santé publique et les risques pour la santé publique[14] ont été identifiées. Un système ou un mécanisme a été mis en place aux niveaux national et sous-national pour appréhender et enregistrer les événements de santé publique auprès de sources diverses[15].	Des procédures opératoires standardisées et/ou des lignes directrices relatives à la surveillance des événements sont en place. Les responsables communautaires, les réseaux, les bénévoles dans le domaine de la santé et autres membres de la communauté prennent une part active à la détection et la notification d'événements inhabituels, le cas échéant. Les déclarations au niveau d'action communautaire/primaire ont été évaluées et actualisées, le cas échéant.	L'expérience acquise et les constatations faites au niveau national concernant la surveillance des événements, ainsi que l'intégration à la surveillance fondée sur les indicateurs, sont attestées par des documents et communiquées à la communauté internationale. Des dispositions ont été mises en place avec les pays voisins en vue d'échanger des données sur la surveillance des événements de santé publique qui pourraient avoir une portée internationale et la lutte contre ces événements.

	L'instrument de décision figurant à l'annexe 2 du RSI (2005) est utilisé pour notifier les événements à l'OMS.	Au cours des 12 derniers mois, 100 % des événements répondant aux critères en matière de notification spécifiés à l'annexe 2 du RSI ont été notifiés par le point focal national à l'OMS (annexe 1A, paragraphe 6.b) dans les 24 heures suivant l'évaluation des risques[16] (article 6.1).	Tous les événements urgents[17] qui sont signalés[18] sont évalués dans les 48 heures suivant la déclaration (annexe 1A, paragraphe 6.a.) Le point focal national RSI a répondu dans les 24 heures à 100 % des demandes de vérification faites par l'OMS (article 10). L'utilisation de l'instrument de décision a fait l'objet d'un examen et les procédures de prise de décisions ont été actualisées sur la base des enseignements tirés.	L'expérience acquise et les constatations faites au niveau national concernant la notification et l'utilisation de l'annexe 2 du RSI sont attestées par des documents et ont été communiquées à l'échelle internationale.

1 – La surveillance fondée sur les indicateurs est la déclaration systématique des cas de maladies, et comprend les systèmes de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, la surveillance par réseau sentinelle, la surveillance fondée sur les laboratoires, etc. Cette déclaration systématique repose habituellement sur les établissements de santé, la déclaration se faisant sur une base hebdomadaire ou mensuelle.

2 – La surveillance est le recueil, la compilation et l'analyse continus systématiques de données aux fins de la santé publique et la diffusion en temps utile de ces données à ceux qui en ont besoin pour mener une action de santé publique. Les fonctions de surveillance devraient être exercées conformément aux normes internationales, avec des rôles bien définis, des chaînes de décision et de communication bien établies, sur le plan national et international, des normes, lignes directrices et procédures opératoires standardisées appropriées, une gestion et une analyse des données adéquates, la communication périodique des résultats et une supervision.

3 – Un élément d'alerte précoce permet de détecter les écarts par rapport à la situation normale.

4 – Les maladies prioritaires sont celles qui ont les plus fortes répercussions en matière de santé publique, comme le définit le pays ; les maladies figurant à l'annexe 2 du RSI devraient en faire partie.

5 – Conformément aux normes nationales.

6 – Par exemple des enquêtes bien documentées sur la situation effective de maladies autres que la paralysie flasque aiguë. (On suppose que toute déclaration de cas de paralysie flasque aiguë fait l'objet d'une enquête systématique.)

7 – Comme le définit le pays.

8 – Par exemple bulletins PEV, résumés électroniques, lettres d'information, rapports de surveillance, etc.

9 – La surveillance des événements consiste à obtenir, d'une manière rapide et structurée, des informations sur les événements qui constituent un risque potentiel pour la santé publique. Ces informations peuvent être des rumeurs ou autres constats ponctuels transmis par les voies officielles (c'est-à-dire les systèmes de déclaration systématique établis) ou non officielles (c'est-à-dire les médias, les agents de santé ou les ONG).

10 – La surveillance fondée sur les indicateurs et la surveillance des événements ne constituent pas nécessairement des systèmes de surveillance distincts et contribuent toutes les deux à la fonction d'alerte précoce qui est fondamentale pour une détection précoce et une action rapide. Bien que les fonctions de surveillance décrites soient souvent communes aux deux types de surveillance, le groupe d'experts a proposé de présenter les deux stratégies séparément dans le présent document afin d'aider les pays à mieux identifier les domaines à renforcer pour mettre en œuvre ce nouveau concept, si l'on considère notamment que la surveillance systématique est déjà bien établie dans un grand nombre de pays.

11 – Celles-ci peuvent faire partie du système de surveillance systématique existant.

12 – C'est-à-dire appréhender, déclarer, confirmer d'un point de vue épidémiologique, vérifier, évaluer et notifier les événements, selon le cas.

13 – Les sources d'information peuvent être les sources suivantes, ou uniquement certaines d'entre elles : les sources sanitaires sont notamment les centres antipoison, les sources vétérinaires et sources liées à la santé animale, les services chargés de l'hygiène du milieu, les centres de pharmacovigilance, les services de quarantaine, les services d'assainissement et laboratoires associés (surveillance de l'eau, des produits alimentaires, de l'environnement, etc.), les autorités/agences de sécurité sanitaire des aliments, les organismes d'inspection sanitaire (restaurants, hôtels, bâtiments), les entreprises de distribution de l'eau et les autorités compétentes aux points d'entrée. Les sources non sanitaires sont les organismes de radioprotection, les services de surveillance radiologique, les organismes de surveillance nucléaire, les groupes de protection des consommateurs, les sources politiques, les ONG, les ambassades, les milieux militaires, les prisons, les médias, les sources publiées (Internet, presse classique) et, enfin, les sources communautaires. Les sources reflétant l'incidence des événements de santé sont les pharmacies qui suivent l'évolution de la consommation de médicaments, les écoles qui surveillent l'absentéisme et les centres météorologiques qui surveillent les effets des changements climatiques (régime des pluies, températures).

14 – Il s'agit notamment d'événements liés à la survenue de maladies chez l'homme, comme des agrégats de cas de maladie ou de syndromes, une physionomie inhabituelle des maladies ou des décès inattendus constatés par des agents de santé ou autres informateurs clés dans le pays, et d'événements liés à une exposition potentielle chez l'homme.

15 – Notamment les vétérinaires et les médias (presse écrite, radiodiffusion, sources communautaires, électroniques, Internet, etc.)

16 – L'évaluation des risques peut être réalisée à divers niveaux (national ou sous-national), selon la structure nationale.

17 – Aux fins de l'annexe 1, les critères qui déterminent l'existence d'un événement urgent sont ses effets graves sur la santé publique et/ou son caractère inhabituel ou inattendu assortis d'un fort potentiel de propagation.

18 – L'évaluation des risques peut être réalisée à divers niveaux (national ou sous-national), selon la structure nationale.

Principale capacité N° 4 : Action

Composante	Indicateur niveau pays	Mise en place des principales capacités, par niveau de capacité			
		< 1 Niveau de base	1 Moyens et processus	2 Résultats attendus et aboutissement	3 Autres réalisations
Capacité à agir avec rapidité	Des mécanismes d'action en cas d'urgence de santé publique[1] ont été mis en place.	Les ressources permettant une action rapide lors d'urgences de santé publique de portée nationale ou internationale sont accessibles.	Des procédures visant à gérer l'action en cas d'urgence de santé publique ont été instituées afin que l'on puisse diriger les opérations, assurer les communications et mettre en œuvre les mesures de lutte dans le cadre de l'action d'urgence. Des lignes directrices sur la prise en charge des cas ont été établies pour les affections prioritaires. Des équipes d'intervention rapide[2] sont disponibles pour faire face aux événements pouvant constituer une urgence de santé publique. Des procédures opératoires standardisées et/ou des lignes directrices relatives au déploiement des équipes d'intervention rapide ont été établies.	Les procédures de gestion de l'action d'urgence (notamment le mécanisme permettant de déclencher un plan d'action) ont fait l'objet d'une évaluation à la suite d'une intervention en matière de santé publique réelle ou simulée. Une évaluation de l'action, notamment du point de vue de la rapidité[3] et de la qualité, est réalisée d'une manière systématique et les procédures d'action sont actualisées selon les besoins. Des équipes d'intervention rapide multidisciplinaires peuvent être déployées[4] dans les 48 heures[5] qui suivent la première déclaration d'un événement urgent[6].	Un centre opérationnel spécial pour la direction et le contrôle des opérations a été établi. Une assistance est proposée aux autres États Parties aux fins de la mise en place de leurs capacités d'action ou de la mise en œuvre des mesures de lutte.
	Des procédures de prise en charge des cas pour les risques entrant dans le cadre du RSI ont été élaborées[7].	Des lignes directrices sur la prise en charge des cas ont été élaborées pour les maladies à tendance épidémique prioritaires.	Des lignes directrices sur la prise en charge des cas sont disponibles aux niveaux appropriés du système de santé pour les maladies prioritaires[8] et les risques entrant dans le cadre du RSI[9].	Des procédures opératoires standardisées ont été établies pour la prise en charge et le transport des patients risquant d'être contagieux dans la population et aux points d'entrée[10].	Des systèmes d'orientation et de transport[11] des patients vers des établissements spécialisés ont été mis en place conformément aux lignes directrices nationales ou internationales. Un personnel approprié (comme le définit le pays) est formé à la gestion des urgences entrant dans le cadre du RSI.

L'expérience acquise par le pays en matière de prise en charge des cas lors de grands événements dus à une contamination biologique, chimique, radiologique ou nucléaire a fait l'objet de publications et a été communiquée à la communauté internationale.

Principale capacité N° 4 : Action **(Suite)**

Composante	Indicateur niveau pays	Mise en place des principales capacités, par niveau de capacité			
		< 1 Niveau de base	1 Moyens et processus	2 Résultats attendus et aboutissement	3 Autres réalisations
Lutte contre les infections[12]	Des mesures de prévention et de lutte contre les infections ont été instituées au niveau national et dans les hôpitaux.	Les responsabilités ont été attribuées aux fins de la surveillance des infections associées aux soins de santé. Les responsabilités ont été attribuées aux fins de la surveillance de la résistance aux antimicrobiens[13].	Des mesures nationales en matière de prévention et de lutte contre les infections, ainsi qu'un plan opérationnel ont été établis. Des procédures opératoires standardisées, des lignes directrices et des protocoles aux fins de la prévention et de la lutte contre les infections ont été établis pour tous les hôpitaux. Tous les hôpitaux tertiaires disposent d'une (des) zone(s) désignée(s) et de procédures définies pour la prise en charge des patients nécessitant des mesures d'isolement spécifiques[14], conformément aux lignes directrices nationales ou internationales. Des normes ont été définies ou des lignes directrices élaborées pour la protection des agents de santé contre les infections associées aux soins de santé.	Des plans de lutte contre les infections ont été mis en œuvre à l'échelle nationale. La prise en charge des patients atteints de maladies très contagieuses répond aux normes établies en matière de prévention et de lutte contre les infections. Une surveillance des groupes à risque[15] a été mise en place, de façon à détecter rapidement les agrégats de patients atteints de maladies infectieuses, ainsi que toute maladie inexpliquée touchant les agents de santé, et à procéder sans retard à une enquête à leur sujet. Au moins tous les hôpitaux tertiaires disposent de professionnels qualifiés dans le domaine de la prévention et de la lutte contre les infections.	Les mesures de lutte contre les infections et leur efficacité sont régulièrement évaluées et les résultats publiés. Un programme national[16] de protection des agents de santé est mis en œuvre. Un système de surveillance de la résistance aux antimicrobiens a été mis en place et des données sur son ampleur et son évolution sont disponibles.
Désinfection, décontamination et lutte contre les vecteurs[17]	Un programme de désinfection, de décontamination et de lutte contre les vecteurs[18] a été mis en place.	Un inventaire actualisé des matériels essentiels de désinfection et de lutte contre les vecteurs[19] a été réalisé.	Des matériels essentiels de désinfection[20], de décontamination et de lutte contre les vecteurs sont disponibles sur tous les sites concernés. Des mesures et procédures relatives à l'élimination des déchets médicaux et non médicaux dans de bonnes conditions de sécurité ont été mises en place.		Des capacités de décontamination[21] ont été mises en place pour la décontamination chimique, de façon à pouvoir faire face aux principaux risques chimiques. Des capacités de décontamination ont été mises en place pour les risques radiologiques et nucléaires, qui correspondent à la situation du pays.

Une assistance est proposée aux autres États Parties aux fins de	l a m	i s e	e n p	l a c e	de leurs capacités en matière de désinfection et de décontamination.

1 – Y compris les urgences entrant dans le cadre du RSI.

2 – Une équipe d'intervention rapide est un groupe de personnes représentatives de différents secteurs et disciplines, qui sont prêtes à réagir 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (annexe 1A, paragraphe 6.h) à un événement de santé publique, et qui sont formées dans les domaines suivants : enquêtes sur les flambées épidémiques et lutte contre ces flambées, lutte contre les infections et décontamination, mobilisation sociale et communication, collecte et transport des échantillons, enquête sur les événements chimiques et prise en charge de ces événements et, le cas échéant, enquête sur les événements radiologiques et prise en charge de ces événements. La composition de l'équipe est déterminée par le pays concerné.

3 – Le délai pris en considération ici est le délai qui s'écoule entre la détection de l'événement et la mise en route de l'action recommandée.

4 – Remarque : certains risques nécessitent peut-être une intervention dans un délai plus court que le délai de 48 heures.

5 – Le délai pris en considération ici est le délai qui s'écoule entre la détection de l'événement et la mise en route de l'action recommandée.

6 – Aux fins de l'annexe 1, les critères qui déterminent l'existence d'un événement urgent sont ses effets graves sur la santé publique et/ou son caractère inhabituel ou inattendu assortis d'un fort potentiel de propagation.

7 – Risques tels que les maladies liées à des zoonoses, les événements liés à la sécurité sanitaire des aliments, les événements chimiques et les événements radiologiques et nucléaires, etc.

8 – Les maladies prioritaires devraient inclure les maladies spécifiées à l'annexe 2 (RSI (2005)) : variole, poliomyélite due à un poliovirus de type sauvage, grippe humaine causée par un nouveau sous-type, syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), etc.

9 – Risques nucléaires ou chimiques, risques liés à des zoonoses et risques liés à la sécurité sanitaire des aliments.

10 – Ainsi qu'il est spécifié à l'article 57, paragraphe 2.d) du RSI (2005).

11 – Annexe 1B, paragraphe 1.b) du RSI (2005).

12 – Il s'agit ici d'une instance nationale institutionnalisée en matière de prévention et de contrôle des infections, disposant d'un personnel et d'un budget, et dotée d'objectifs et de fonctions spécialisées. Des établissements de santé sont nécessaires pour développer et mettre en œuvre les politiques locales conformément aux normes et programmes nationaux dans le domaine de la prévention et de la lutte contre les infections. On trouvera des informations complètes sur la lutte contre les infections dans le document de l'OMS « Principaux volets des programmes de lutte contre l'infection » sur le site suivant : http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_HSE_EPR_2009_1/fr/index.html

13 – Il peut s'agir de la même entité (service/personne) que celle chargée des infections associées aux soins de santé.

14 – Les mesures d'isolement comprennent une zone spécialement désignée à cet effet (par exemple une chambre seule ou un service désigné), un personnel en nombre suffisant et un équipement adapté à la prise en charge du risque d'infection.

15 – Il s'agit notamment des patients en soins intensifs, des nouveau-nés, des patients immunodéprimés, des patients des services d'urgence présentant des infections inhabituelles, etc.

16 – Consistant notamment en mesures préventives et en traitements proposés aux agents de santé, par exemple les programmes de vaccination contre la grippe ou l'hépatite et un équipement protecteur individuel.

17 – Cette capacité s'entend des mesures prises dans le cadre de l'action menée sur le terrain.

18 – Selon la définition du RSI (2005), le terme « vecteur » s'entend d'un insecte ou de tout animal qui véhicule normalement un agent infectieux constituant un risque pour la santé publique.

19 – Il convient de noter que cette condition peut ne pas être nécessaire pour les petits pays.

20 – Équipements protecteurs individuels, désinfectants, etc.

21 – La capacité en matière de décontamination inclut notamment l'inspection, l'inventaire, le stockage et l'achat d'équipements protecteurs individuels s'il y a lieu, l'entretien du matériel de décontamination, la tenue de registres sur la formation, la formation continue, le recrutement de nouveaux membres de l'équipe, la tenue de registres concernant l'exposition, etc.

Principale capacité N° 5 : Préparation[1]

Component	Indicateur niveau pays	Mise en place des principales capacités, par niveau de capacité			
		< 1 Niveau de base	1 Moyens et processus	2 Résultats attendus et aboutissement	3 Autres réalisations
Préparation et action en vue de faire face aux urgences de santé publique	Un plan national multirisques de préparation et d'action a été élaboré pour faire face aux urgences de santé publique.	Une évaluation[2] de la capacité des structures et ressources nationales existantes à mettre en place les principales capacités requises en vertu du RSI a été réalisée (annexe 1A, article 2). Un plan national visant à mettre en place les principales capacités requises en vertu du RSI a été élaboré (annexe 1A, article 2).	Des plans nationaux d'action en cas d'urgence de santé publique[3] ont été élaborés. Les plans nationaux d'action en cas d'urgence de santé publique englobent les risques entrant dans le cadre du RSI et les points d'entrée. Des procédures, des plans ou une stratégie ont été mis en place pour collecter des ressources ou les réaffecter à partir des niveaux national et sous-national afin de soutenir les activités au niveau communautaire/primaire d'action.	Le(s) plan(s) national(ux) d'action en cas d'urgence de santé publique a(ont) été testé(s) lors d'une situation d'urgence réelle ou dans le cadre d'exercices de simulation et, le cas échéant, actualisé(s). La capacité renforcée[4] permettant de faire face aux urgences de santé publique de portée nationale et internationale a été mise en place et testée au moyen d'un exercice ou lors de la survenue d'un événement réel (par exemple, dans le cadre des plans d'action).	L'expérience acquise et les constatations faites au niveau national concernant l'action d'urgence et le recours à une capacité renforcée sont attestées par des documents et communiquées à la communauté internationale.
Gestion des	Les risques prioritaires et les ressources en matière de santé publique ont été cartographiés .	Une liste d'experts dans le domaine de la santé et autres secteurs, à même de guider l'action menée pour faire face aux risques entrant dans le cadre du RSI, a été établie.	Une évaluation des risques[5] au niveau national a été réalisée en vue de déterminer les « événements de santé publique urgents » possibles et l'origine la plus probable de ces événements. Un plan national[7] de gestion et de distribution[8] des stocks a été élaboré.	Les ressources nationales permettant de faire face aux risques entrant dans le cadre du RSI et aux risques prioritaires ont été cartographiées[6]. Les stocks nécessaires (niveaux de stocks essentiels) pour faire face à des événements biologiques, chimiques ou radiologiques prioritaires et à d'autres urgences sont accessibles.	Le profil de risque et les ressources du pays sont évalués régulièrement de façon à permettre la prise en compte des menaces nouvelles. Le pays contribue aux stocks internationaux.

1 – Préparation à la mise en place de systèmes d'urgence en matière de santé publique, notamment la mise en œuvre du RSI.

2 – C'est-à-dire en établissant une cartographie de l'infrastructure locale, des points d'entrée, des établissements de soins, des principaux équipements et fournitures, du personnel, des sources de financement, des experts, de l'équipement,

des laboratoires, des institutions, des ONG pouvant collaborer au travail au niveau des communautés, et des transports.

3 – Selon le type d'État (fédéral ou centralisé).

4 – Capacité renforcée : capacité du système de santé à répondre à un accroissement soudain de la demande, en plus de ses activités normales. Elle peut englober les lits d'hôpitaux pouvant être mis à disposition ; l'espace disponible dans lequel les patients peuvent être triés, pris en charge, vaccinés, décontaminés ou simplement installés ; le personnel disponible dans toutes les catégories ; les médicaments, fournitures et équipements nécessaires ; voire la capacité juridique de dispenser des soins de santé dans des situations entraînant un dépassement de la capacité autorisée (Health Care at the Crossroads: Strategies for Creating and Sustaining Community-wide Emergency Preparedness Strategies. JCAHO 2003).

5 – Les risques ne sont plus uniquement dus à leur source, mais aussi aux vulnérabilités et à l'absence ou à la présence de capacités. Cette évaluation des risques devrait porter sur une cartographie des différents risques, les tendances des flambées épidémiques, le schéma de transmission des maladies au niveau local, les sources de contamination des aliments ou de l'eau, etc., ainsi que les sites ou installations pouvant présenter un danger, qui pourraient être à l'origine d'une urgence de santé publique chimique, radiologique, nucléaire ou biologique de portée internationale, et les populations vulnérables.

6 – C'est-à-dire en établissant une cartographie de l'infrastructure locale, des points d'entrée, des établissements de soins, des principaux équipements et fournitures, du personnel, des sources de financement, des experts, de l'équipement, des laboratoires, des institutions, des ONG pouvant collaborer au travail au niveau des communautés, et des transports.

7 – Il pourrait prévoir la gestion des ressources internationales, si nécessaire.

8 – Cette analyse porte notamment sur la rotation des stocks, pour ce qui est de leur date d'expiration, les bonnes conditions de stockage de divers médicaments, les prescriptions en matière de logistique et la distribution aux pharmacies et aux hôpitaux dans l'ensemble du pays.

Principale capacité N° 6 : Communication du risque

Des mécanismes permettant une communication efficace en matière de risques lors d'une urgence de santé publique ont été mis en place.	Les partenaires et parties prenantes[1] dans le domaine de la communication des risques ont été identifiés.	Une unité (pouvant faire partie d'une structure existante) chargée de coordonner les communications avec le public[2] lors d'un événement de santé publique a été désignée. Un plan de communication en matière de risques[3] a été élaboré. Des principes généraux, procédures opératoires standardisées ou lignes directrices concernant l'autorisation[4] et la diffusion des informations lors d'une urgence de santé publique ont été élaborés.	Le plan de communication en matière de risques a été mis en œuvre ou testé lors de la survenue d'une situation d'urgence réelle ou au moyen d'un exercice de simulation, et actualisé au cours des 12 derniers mois. Une évaluation de la communication en matière de santé publique à la suite d'urgences – notamment du point de vue de la rapidité, de la transparence[5] et de la pertinence des communications – est réalisée.	Les résultats de l'évaluation de l'entreprise de communication des risques lors d'une urgence de santé publique ont été communiqués à la communauté mondiale.
		Les médias et le public ont accès à une source d'information régulièrement actualisée en vue d'une diffusion des informations[6]. Des matériels d'information, matériels éducatifs et matériels de communication adaptés aux besoins de la population[7] sont accessibles et appropriés.	Lors des trois dernières urgences de santé publique de portée nationale ou internationale, les populations et les partenaires ont été informés de l'existence d'un risque réel ou potentiel dans les 24 heures suivant sa confirmation.	

1 – Les parties prenantes sont tous groupes, organismes ou systèmes qui peuvent avoir une incidence sur les communications ou être affectés par elles lors d'un événement de santé publique.

2 – Y compris le (les) porte-parole et suppléant(s) désigné(s).

3 – Le plan de communication en matière de risques devrait prévoir les rôles et responsabilités des parties prenantes, ainsi que la mobilisation sociale des communautés.

4 – Procédures en vigueur pour que l'information soit visée par du personnel scientifique et technique et des spécialistes de la communication avant qu'elle ne soit diffusée lors d'événements de santé publique.

5 – La transparence suppose l'ouverture, la communication et la responsabilité ; autrement dit, toutes les informations sur des risques pour la santé publique sont librement accessibles.

6 – Notamment, réunions au niveau communautaire, communiqués de presse, radiodiffusion à l'échelle nationale, sites/pages Web (au niveau national) etc., le cas échéant.

7 – Les points de vue et perceptions des individus, des partenaires et des communautés affectés par des urgences de santé publique devraient être systématiquement pris en compte, et notamment ceux des populations vulnérables, des minorités, des populations désavantagées et autres populations à risque.

Principale capacité N° 7 : Ressources humaines

Component	Indicateur niveau pays	Mise en place des principales capacités, par niveau de capacité			
		< 1 Niveau de base	1 Moyens et processus	2 Résultats attendus et aboutissement	3 Autres réalisations
Capacité en matière de ressources humaines	Le pays dispose de ressources humaines aptes à mettre en œuvre les prescriptions du RSI relatives aux principales capacités.	Une unité responsable du développement des capacités en termes de ressources humaines, y compris pour le RSI, a été désignée.	Une évaluation des besoins permettant de repérer les insuffisances sur le plan des ressources humaines et de la formation[1] a été réalisée de sorte que l'on puisse satisfaire aux prescriptions du RSI. Un plan de développement des ressources humaines ou de formation qui tienne compte des prescriptions du RSI en matière de ressources humaines a été élaboré.	Le pays est en bonne voie pour atteindre les objectifs en matière d'effectifs et de compétences en respectant les étapes fixées dans le plan de formation. Une stratégie ou un plan a été mis en place pour que le pays ait accès à une formation à l'épidémiologie de terrain (formation d'une année ou plus) au niveau national, régional ou international.	Un programme et un budget spécifiques ont été alloués à la formation des ressources humaines pour les risques entrant dans le cadre du RSI.

1 – Pour évaluer les besoins en matière de formation, on peut notamment distribuer un questionnaire, se fonder sur un consensus de spécialistes ou procéder à une analyse systématique.

Principale capacité N° 8 : Services de laboratoire[1,2]

Component	Indicateur niveau pays	Mise en place des principales capacités, par niveau de capacité			
		< 1 Niveau de base	1 Moyens et processus	2 Résultats attendus et aboutissement	3 Autres réalisations
Politiques et coordination des services	Un mécanisme de coordination des services de laboratoire a été établi.	Un point focal pour les laboratoires chargé de la coordination des services de laboratoire a été désigné.	Un plan d'action national couvrant les fonctions essentielles des laboratoires, les normes minimales et l'octroi de licences/l'enregistrement, a été établi.	Des principes directeurs actualisés détaillant les prescriptions minimales[3] dans le cadre des services de laboratoire autorisés[4] ont été communiqués aux laboratoires de diagnostic.	Des autorités de réglementation sont désignées pour valider ou réglementer les tests diagnostiques in vitro utilisés dans le pays.
Capacité de diagnostic en laboratoire et de confirmation de ce diagnostic	Des services de laboratoire à même de réaliser des analyses en cas de menace sanitaire prioritaire sont disponibles.	Des mesures ont été adoptées en vue de garantir la qualité de la capacité de diagnostic en laboratoire (par exemple l'octroi de licences, l'homologation, etc.).	Le pays a élaboré des normes de qualité/lignes directrices concernant les services de laboratoire. Un réseau de laboratoires nationaux et/ou internationaux a été mis en place pour répondre aux besoins en matière de diagnostic et de confirmation, et faciliter les enquêtes sur les flambées épidémiques pour les événements spécifiés à l'annexe 2 du RSI (2005). Un inventaire actualisé et accessible des laboratoires publics et privés et de leur capacité de diagnostic dans ce domaine a été réalisé.	Des systèmes nationaux ou internationaux d'évaluation externe de la qualité ont été mis en place pour les laboratoires de diagnostic dans les principaux domaines de la santé publique[5]. Plus de 10 échantillons autres que ceux de la paralysie flasque aiguë sont adressés annuellement pour analyse aux laboratoires de référence nationaux ou internationaux.	Tous les laboratoires de diagnostic sont certifiés ou homologués conformément aux normes internationales[6] ou à des normes nationales adaptées de normes internationales.
	Une surveillance de la grippe a été mise en place[7].	Accès au dépistage de la grippe, au niveau national ou international.	Des procédures ont été mises en place, qui permettent une évaluation virologique rapide des agrégats de cas de syndrome respiratoire aigu sévère de cause inconnue ou des cas individuels lorsque le risque épidémiologique est élevé.		Le pays participe au réseau mondial pour la surveillance de la grippe et fournit régulièrement des isolements viraux pour analyse.

Des données/cartes nationales sur les souches de grippe circulantes sont disponibles et communiquées à la communauté internationale.

Principale capacité N° 8 : Services de laboratoire (**Suite**)

Component	Indicateur niveau pays	Mise en place des principales capacités, par niveau de capacité			
		< 1 Niveau de base	1 Moyens et processus	2 Résultats attendus et aboutissement	3 Autres réalisations
Recueil et transport des échantillons	Un système de recueil, de conditionnement et de transport des échantillons cliniques a été établi.	Des nécessaires pour le recueil et le transport des échantillons sont disponibles.	Des procédures opératoires standardisées nationales conformes aux lignes directrices internationales dans ce domaine ont été établies pour le recueil et le transport des échantillons cliniques. Des nécessaires pour le recueil et le transport des échantillons ont été installés à l'avance aux niveaux appropriés en vue d'une utilisation immédiate lors des événements de santé publique.	Des échantillons cliniques viables prélevés durant l'enquête lors d'événements de santé publique à caractère urgent[8] sont livrés au laboratoire compétent dans un délai approprié suivant leur collecte aux fins d'analyse ou d'expédition au laboratoire international de référence. Le personnel au niveau national ou au niveau pertinent est formé au transport d'agents infectieux dans de bonnes conditions de sécurité, conformément aux normes internationales (OACI/IATA[9]).	Au moins un échantillon dangereux est expédié chaque année à un laboratoire collaborateur au niveau international, dans le cadre d'une enquête ou d'un exercice.
Sécurité et sûreté biologiques en laboratoire	Des pratiques visant à assurer la sécurité et la sûreté biologiques en laboratoire (gestion du risque biologique[10]) ont été instituées.	Les laboratoires ont accès aux lignes directrices en matière de sécurité biologique.	Le personnel (notamment les membres des équipes d'intervention rapide) est formé au recueil et au transport des échantillons. Une institution ou personne[11] a été chargée de l'inspection des laboratoires (notamment l'homologation du matériel de sécurité biologique) afin de vérifier s'ils satisfont aux prescriptions requises en matière de sécurité Des réglementations, principes directeurs[12] ou stratégies concernant la sécurité biologique en laboratoire ont été	Les méthodes utilisées lors de l'enquête sur un événement urgent de santé publique aux fins de l'expédition des agents infectieux sont toujours conformes aux normes de l'IATA/OACI. mis en place. Une entité responsable[13] a été désignée aux fins de la sécurité et de la sûreté biologiques en laboratoire (gestion du risque biologique). Le personnel concerné a bénéficié d'une formation sur les lignes directrices relatives à la sécurité et à la sûreté biologiques en laboratoire.	Des procédures en matière de sûreté et de sécurité biologiques en laboratoire ont été mises en œuvre et font l'objet d'une surveillance régulière. Une évaluation des risques biologiques[14] es réalisée dans les laboratoires qui doit servir de base à la réglementation, aux procédures et aux pratiques en matière de sécurité biologique ou permettre de les actualiser, notamment pour la décontamination et la gestion des déchets infectieux.

Des laboratoires de diagnostic[15] ont été désignés et autorisés, ou certifiés comme relevant du niveau 2 de sécurité biologique ou d'un niveau supérieur, pour les niveaux pertinents du système de soins.

Principale capacité N° 8 : Services de laboratoire (**Suite)**

Component	Indicateur niveau pays	Mise en place des principales capacités, par niveau de capacité			
		< 1 Niveau de base	1 Moyens et processus	2 Résultats attendus et aboutissement	3 Autres réalisations
Surveillance fondée sur les laboratoires	Un système de gestion et de notification des données de laboratoire a été établi.	Les agents pathogènes prioritaires dans le cadre de la surveillance fondée sur les laboratoires ont été identifiés.	Des procédures standardisées de communication des données entre les services de laboratoire et le département chargé de la surveillance, notamment sur la communication des données dans les meilleurs délais par classe d'agent pathogène, ont été instituées.	Des procédures opératoires standardisées en matière de gestion, de sécurité et de qualité des données sont en vigueur dans les laboratoires de diagnostic. L'analyse des données de laboratoire assortie d'un compte rendu est communiquée aux parties prenantes concernées[16].	L'expérience acquise et les constatations faites au niveau national concernant la surveillance fondée sur les laboratoires sont communiquées à la communauté internationale.

1 – RSI (2005), annexe 1, paragraphe 6.b) : « Action de santé publique. La capacité : d'apporter un soutien par la mise à disposition de personnel spécialisé, l'analyse au laboratoire des prélèvements (au niveau national ou par l'intermédiaire des centres collaborateurs) et une aide logistique (matériel, fournitures et transport) ».

2 – Pour cette capacité principale, on entend par « laboratoires » les laboratoires nationaux ou les laboratoires extérieurs auxquels le pays peut faire appel dans le cadre d'accords.

3 – En fonction des besoins et des priorités des pays liés au RSI.

4 – Ces services sont les analyses, les procédures et les ressources (humaines et budgétaires) autorisées.

5 – Par exemple la virologie, l'hématologie, l'immunologie, la microbiologie, etc.

6 – Normes internationales ISO 9001, ISO 17025, ISO 15189, normes de l'OMS pour la poliomyélite, la rougeole, etc.

7 – On utilise ici la surveillance de la grippe à la place de celle des maladies figurant à l'annexe 2 du RSI.

8 – C'est-à-dire plus de 80 % des échantillons.

9 – Organisation de l'Aviation civile internationale (OACI) ; Association du Transport aérien international (IATA).

10 – Gestion du risque biologique dans les laboratoires ou associé à ceux-ci.

11 – Des ressources ayant été affectées à cet effet, des procédures opératoires standardisées élaborées, etc.

12 – Il s'agit notamment des principes directeurs ou de la réglementation adoptés au niveau local pour la protection des techniciens de laboratoire (par exemple la vaccination, la thérapie antivirale d'urgence, les mesures spécifiques pour les femmes enceintes, l'utilisation d'un équipement protecteur individuel, etc.) et des lignes directrices relatives à la gestion et l'enlèvement des substances dangereuses.

13 – Cette entité pourrait être un groupe d'experts, un comité ou une institution

14 – Le risque biologique correspond à la probabilité de la survenue d'effets nocifs associée à la gravité de ces effets, qui ont pour origine un agent biologique ou une toxine ; par exemple, les risques liés à la manipulation, au stockage et à l'enlèvement de substances infectieuses.

15 – Ces laboratoires pourraient être dans des services de santé publique ou des structures cliniques ou hospitalières.

16 – Il s'agit notamment du département d'épidémiologie du ministère de la santé, des laboratoires nationaux de référence et de laboratoires privés, selon le cas.

Points d'entrée

Il est satisfait aux obligations générales aux points d'entrée.	Une réunion de synthèse (ou autre méthode selon le cas) a eu lieu en vue de désigner les points d'entrée. Une réunion de synthèse (ou autre méthode selon le cas) a eu lieu afin de permettre l'établissement de la liste des ports habilités à proposer des certificats de contrôle sanitaire de navire (le cas échéant).	Le pays a désigné les ports/aéroports qui doivent acquérir les capacités prévues à l'annexe 1 (spécifiées à l'article 20, paragraphe 1). Les pays ont précisé quelles étaient les autorités compétentes[2] à chaque point d'entrée désigné, ainsi qu'il est prévu à l'article 19B du RSI (2005). Une liste des ports habilités à proposer des certificats de contrôle sanitaire de navire a été communiquée à l'OMS (ainsi qu'il est spécifié à l'article 20, paragraphe 3), le cas échéant.	Les documents sanitaires actualisés prévus par le RSI (2005)[3] sont utilisés aux points d'entrée désignés. Les points d'entrée désignés font l'objet d'une évaluation[4]. La législation, les réglementations, actes administratifs, protocoles, procédures et autres instruments publics pertinents sont actualisés selon les besoins.	Les pays désignent conjointement les points d'entrée aux fins de la mise en place des principales capacités.
Une coordination[6] est assurée en vue de prévenir et de détecter les urgences de santé publique aux points d'entrée et d'y faire face.	Une liste des secteurs et organismes pour lesquels une coordination doit être assurée aux points d'entrée a été établie.	Des procédures[7] ont été établies aux fins de la coordination et de la communication entre le point focal national RSI et l'autorité compétente aux points d'entrée et avec les secteurs et niveaux concernés.	Les procédures relatives à la coordination et la communication entre le point focal national RSI et l'autorité compétente aux points d'entrée et avec les secteurs et niveaux concernés ont été testées et des plans d'action corrective ont été mis en place, le cas échéant. Les procédures établies aux fins de la communication internationale[8] entre l'autorité compétente aux points d'entrée et les autorités compétentes aux points d'entrée d'autres pays ont été testées et	actualisées, le cas échéant.

L'efficacité de la coordination entre les acteurs concernés pour ce qui est des points d'entrée a été évaluée et l'expérience acquise a été communiquée à la communauté internationale.

Des accords ou arrangements bilatéraux ou multilatéraux portant sur la prévention ou la lutte contre la transmission internationale des maladies aux points d'entrée ont été élaborés.

Points d'entrée (**Suite)**

Une surveillance effective et d'autres capacités de surveillance systématique ont été mises en place aux points d'entrée.	La surveillance prioritaire aux points d'entrée désignés a été identifiée.	Les informations obtenues dans le cadre de la surveillance aux points d'entrée désignés sont communiquées au département/à l'unité chargé(e) de la surveillance. Des mécanismes d'échange d'informations entre les points d'entrée désignés et les établissements médicaux ont été établis. Les points d'entrée désignés ont accès à un service médical approprié, y compris à des moyens diagnostiques permettant un examen et une prise en charge rapides des voyageurs malades, qui dispose de personnels, de matériel et de locaux adéquats (annexe 1B, article 1.a)).	Un programme d'inspection garantissant l'hygiène des services aux points d'entrée[10] a été mis en place. Un programme opérationnel a été mis en place pour la lutte contre les vecteurs et les réservoirs aux points d'entrée et à proximité de ceux-ci (annexe 1B, article 1.e)). Les points d'entrée désignés disposent d'un personnel qualifié pour l'inspection des moyens de transport (annexe 1B, article 1.c)).	Une analyse de la surveillance des menaces pour la santé aux points d'entrée a été réalisée au cours des 12 derniers mois et les résultats ont été publiés.
Une action efficace a été mise en œuvre aux points d'entrée.	Des procédures opératoires standardisées ont été établies aux fins de l'action aux points d'entrée.	Un plan d'intervention pour les urgences de santé publique a été mis en place à chaque point d'entrée désigné et communiqué aux principales parties prenantes. Un espace approprié, séparé des autres voyageurs, pour les entretiens avec les personnes suspectes ou affectées, est prévu aux points d'entrée désignés (annexe 1B, article 2.c)).	Un plan d'intervention pour les urgences de santé publique aux points d'entrée désignés a été intégré aux autres plans d'action et est testé et actualisé, s'il y a lieu. Les points d'entrée désignés peuvent assurer l'examen et la mise en quarantaine des voyageurs suspects et la prise en charge des voyageurs ou des animaux affectés[11]	(annexe 1B, articles 2.b) et 2.d)).[11]

Le plan d'intervention pour les urgences	d e s	a n t é	p u b	l i q u	e a été testé dans le cadre d'exercices à l'échelle régionale.
			Un système d'orientation et de transport des voyageurs malades vers des services médicaux dotés des équipements appropriés dans de bonnes conditions de sécurité est assuré aux points d'entrée désignés (annexe 1B, articles 1.b) et 2.g)).	Les points d'entrée désignés peuvent soumettre les voyageurs à l'arrivée et au départ à des contrôles d'entrée et de sortie et appliquer d'autres mesures de santé publique recommandées[12] (Annexe 1B, articles 2.e) et 2.f)). Les points d'entrée désignés peuvent donner accès à des équipements spécialement conçus et à des personnels ayant bénéficié d'une formation et dotés d'une protection personnelle appropriée, aux fins du transfert de voyageurs susceptibles d'être porteurs d'une infection ou une contamination.	

1 – Indiquez le nombre d'aéroports, de ports et de postes-frontières désignés dans la case réservée aux observations.

2 – L'autorité compétente est l'autorité chargée de la mise en œuvre et de l'application des mesures sanitaires prises en vertu du Règlement sanitaire international (2005). Le point focal national RSI est le centre national désigné par un État Partie pour s'occuper du Règlement sanitaire international (2005), qui doit être à tout moment à même de communiquer avec les points de contact RSI à l'Organisation mondiale de la Santé. (articles 1 et 22).

3 – Certificat international de vaccination ou certificat attestant l'administration d'une prophylaxie, certificat de contrôle sanitaire de navire, déclaration maritime de santé et partie relative aux questions sanitaires de la déclaration générale d'aéronef.

4 – Par exemple, à l'aide de l'outil d'évaluation des principales capacités des points d'entrée et du tableur Excel disponibles à l'adresse http://www.who.int/ihr/ports_airports/PoE/fr/index.html.

5 – Il est à noter que ce point renvoie également à la principale capacité N° 2 et que ces éléments devraient aussi être examinés dans le cadre de cette capacité.

6 – Assurée par une structure efficace de coordination et de communication entre les autorités compétentes aux points d'entrée, et par le point focal national RSI et les autorités sanitaires aux niveaux national, intermédiaire et local.

7 – Il s'agit par exemple de procédures opératoires standardisées ou de protocoles.

8 – Article 27, paragraphe 2, alinéa a) du RSI (2005) : a) « l'autorité compétente, au moment du départ, communique à l'autorité compétente au prochain point d'entrée connu les données mentionnées à l'alinéa b) » ; et b) « dans le cas d'un navire, les signes constatés et les mesures de lutte requises [sont] consignés dans le certificat de contrôle sanitaire de navire ».

9 – Éventuellement dans le cadre du système national de surveillance ou comme le pays en a décidé.

10 – Y compris l'approvisionnement en eau potable, les établissements de restauration, les services de restauration à bord, les toilettes publiques, les services d'évacuation des déchets solides et liquides et autres domaines potentiellement à risque, selon le cas.

11 – Grâce à la conclusion d'accords avec les services médicaux et vétérinaires locaux permettant de les isoler et de les traiter, et d'assurer les autres services d'appui qui peuvent être nécessaires.

12 – Notamment les mesures de contrôle à l'arrivée et au départ des voyageurs et les mesures pour désinsectiser, dératiser, désinfecter, décontaminer ou traiter d'une autre façon les bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux, y compris, si nécessaire, dans des lieux spécialement affectés et équipés à cette fin.

Risque potentiel N° 1 : Événements liés à des zoonoses

Composante du risque	Indicateurs	Mise en place des principales capacités aux fins de la détection et de l'action en cas d'événement lié à des zoonoses, par niveau de capacité			
		< 1 Niveau de base	1 Moyens et processus	2 Résultats attendus et aboutissement	3 Autres réalisations
Capacité à détecter des événements liés à des zoonoses de portée nationale ou internationale et à y faire face	Des mécanismes permettant de détecter les zoonoses ou zoonoses potentielles et d'y faire face ont été mis en place.	Une coordination a été mise en place au sein de l'(des) autorité(s) publique(s) responsable(s) en vue de détecter les événements liés à des zoonoses et d'y faire face[1].	Une politique, une stratégie ou un plan national(e) permettant de surveiller les événements liés à des zoonoses et d'y faire face a été mis(e) en place. Le(s) point(s) focal (focaux) chargé(s) de la santé animale (y compris les espèces sauvages) a (ont) été désigné(s) aux fins de la coordination avec le ministère de la santé et/ou le point focal national RSI[2].	Des mécanismes opérationnels fonctionnels[3] ont été établis aux fins d'une collaboration intersectorielle, à laquelle participent notamment les unités et laboratoires de surveillance de la santé animale et de la santé humaine.	L'expérience acquise et les constatations faites au niveau national concernant les risques et événements liés à des zoonoses pouvant avoir une portée nationale ou internationale ont été communiquées à la communauté internationale au cours des 12 derniers mois.
		Une liste des maladies zoonosiques qui revêtent un caractère prioritaire a été établie et elle s'accompagne de définitions des cas.	Les données relatives aux maladies zoonosiques sont recueillies et compilées d'une manière systématique et dans les meilleurs délais. Le pays a accès à des services de laboratoire, sur le plan national ou international (dans le cadre de procédures établies), qui sont à même de confirmer l'existence d'événements prioritaires liés à des zoonoses.	Une surveillance des maladies zoonosiques comportant un volet communautaire a été mise en œuvre. Les unités de surveillance des maladies animales, les unités de surveillance de la santé et d'autres secteurs concernés échangent des informations d'une manière systématique et dans les meilleurs délais[4] concernant les risques potentiels de zoonose et les événements urgents liés à des zoonoses.	
		Une liste d'experts aptes à faire face à des événements liés à des zoonoses a été établie et est actualisée d'une manière régulière.	Un mécanisme a été institué, qui permet aux secteurs de la santé humaine et de la santé animale de faire face aux flambées épidémiques de maladies zoonosiques.		

Plus de 80 % des événements liés à des zoonoses pouvant avoir une portée nationale ou internationale ont fait l'objet d'une intervention dans les	m e i l l e	urs délais[5] (conformément aux critères définis au niveau national).

1 – Il est à noter que la coordination dans le cadre de la surveillance et la coordination dans le cadre de l'action peuvent relever d'autorités différentes.

2 – Échange d'informations, tenue de réunions, élaboration de procédures opératoires standardisées pour une action menée en collaboration, etc.

3 – Groupe de travail commun ou autre mécanisme englobant le système de surveillance de la santé animale et le système de surveillance de la santé humaine et tout autre secteur pertinent.

4 – Les délais requis sont appréciés et déterminés par chaque pays.

5 – Le délai dont il est question ici est le délai entre la détection et l'intervention

Risque potentiel N° 2 : Sécurité sanitaire des aliments

Composante du risque	Indicateurs	Mise en place des principales capacités aux fins de la détection et de l'action en cas d'événement lié à la sécurité sanitaire des aliments, par niveau de capacité			
		< 1 Niveau de base	1 Moyens et processus	2 Résultats attendus et aboutissement	3 Autres réalisations
Capacité à détecter des événements liés à la sécurité sanitaire des aliments qui peuvent constituer une urgence de santé publique de portée nationale ou internationale et à y faire face	Des mécanismes permettant de détecter les maladies d'origine alimentaire ou une contamination des produits alimentaires et d'y faire face ont été mis en place.	Il existe des normes nationales ou internationales en matière de sécurité sanitaire des aliments[1].	Des lois, réglementations ou politiques nationales visant à faciliter le contrôle de la sécurité sanitaire des aliments ont été élaborées[2]. Un mécanisme de coordination a été mis en place entre les autorités responsables de la sécurité sanitaire des aliments, par exemple le point de contact d'urgence INFOSAN (si le pays en est membre) et le point focal national RSI.	Des mécanismes opérationnels[3] ont été mis en place aux fins d'une collaboration multisectorielle au sujet des événements liés à la sécurité sanitaire des aliments.	Le pays est un membre actif du réseau INFOSAN[4].
		Une liste des risques prioritaires en matière de sécurité sanitaire des aliments a été établie.	Des services d'inspection chargés de contrôler les risques d'origine alimentaire ont été mis en place. Des lignes directrices ou des manuels relatifs à la surveillance, l'évaluation et la gestion des événements prioritaires dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments sont disponibles. Les données épidémiologiques en matière de contamination des produits alimentaires sont recueillies et analysées d'une manière systématique.	Le pays a accès à des services de laboratoire (dans le cadre de procédures établies) pour confirmer les événements prioritaires de portée nationale ou internationale touchant à la sécurité sanitaire des aliments, et notamment aux techniques moléculaires. Les autorités responsables de la sécurité sanitaire des aliments, les unités de surveillance et les autres secteurs concernés échangent d'une manière systématique et dans les meilleurs délais[5] des informations sur les événements touchant à la sécurité sanitaire	

des aliments.

	Une liste de spécialistes de la sécurité sanitaire des aliments a été établie aux fins de l'évaluation et de l'action lors d'événements liés à la sécurité sanitaire des aliments.	Des mécanismes et matériels de communication ont été établis en vue de fournir des informations, une formation et des conseils aux différents acteurs d'un bout à l'autre de la filière alimentaire.	Un plan opérationnel destiné à faire face[6] aux événements liés à la sécurité sanitaire des aliments a été testé lors de situations d'urgence réelles ou simulées et, le cas échéant, actualisé. Des mécanismes ont été mis en place pour rechercher et rappeler les produits[7] contaminés et les éliminer. Les informations sur les flambées épidémiques d'origine alimentaire et sur la contamination des produits alimentaires sont utilisées pour renforcer les systèmes de gestion, les normes de sécurité et la réglementation en la matière.	Une analyse des événements liés à la sécurité sanitaire des aliments, des tendances en matière de maladies d'origine alimentaire ou de flambées épidémiques a été publiée. Des systèmes de gestion du contrôle de la sécurité sanitaire des aliments (y compris pour les produits importés) ont été mis en œuvre.

1 – Qui pourraient être fondées sur les normes internationales.

2 – Le système national de contrôle de la sécurité sanitaire des aliments comprend la législation et la réglementation sur les produits alimentaires, la gestion du contrôle de ces produits, les services d'inspection, les services de laboratoire pour la surveillance des produits alimentaires et les données épidémiologiques, l'information, l'éducation, la communication et la formation.

3 – Réseau, groupe de travail, comité ou autre mécanisme devant communiquer des informations sur les événements pouvant avoir un impact sur la sécurité sanitaire des aliments, qui puisse agir dans les meilleurs délais et réduire d'une manière efficace le risque de maladie d'origine alimentaire.

4 – Le Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN) est un réseau mondial regroupant 177 autorités nationales de sécurité sanitaire des aliments mis en place et géré par l'OMS en collaboration avec l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO), qui permet de diffuser des informations essentielles dans ce domaine à l'échelle mondiale et d'améliorer la collaboration nationale et internationale.

5 – Les délais requis sont appréciés et déterminés par chaque pays.

6 – Les principales étapes d'un système visant à faire face aux événements liés à la sécurité sanitaire des aliments sont, par exemple, l'enquête, l'évaluation et la gestion des risques, la communication à leur sujet, les contrôles de l'efficacité et le suivi du rappel.

7 – Ce mécanisme viserait tous les produits qui peuvent être source de contamination, par exemple les aliments pour animaux, les constituants des denrées alimentaires et les produits alimentaires.

Risque potentiel N° 3 : Événements chimiques

Des mécanismes permettant de détecter les urgences chimiques, de donner l'alerte à leur sujet et d'y faire face ont été mis en place.

Des spécialistes ont été recensés afin de pouvoir évaluer la situation en matière de santé publique et faire face aux événements chimiques[1].

Des politiques ou des plans nationaux sont en place aux fins de la surveillance, de l'alerte[2] et de l'action en cas de survenue d'un événement chimique.

Les autorités nationales responsables en cas d'événement chimique ont désigné un point focal chargé de la coordination et de la communication avec le ministère de la santé et/ou le point focal national RSI.

Des mécanismes de coordination[3] avec les secteurs concernés ont été mis en place afin que l'on puisse surveiller les événements chimiques et y faire face rapidement.

L'expérience acquise et les constatations faites au niveau national concernant les événements et risques chimiques de portée nationale ou internationale ont été communiquées à la communauté internationale.

Une liste d'événements/de syndromes chimiques prioritaires pouvant constituer un événement de santé publique de portée nationale ou internationale a été établie.

Une surveillance a été mise en place pour les événements chimiques et les intoxications.

Des manuels et des procédures opératoires standardisées sont disponibles et ont été diffusés de façon à pouvoir procéder à une évaluation et à une prise en charge des cas et à prendre des mesures de lutte dans les plus brefs délais.

Un plan d'intervention d'urgence qui définit les rôles et responsabilités des

Un inventaire des principaux sites et installations présentant un danger, qui pourraient être à l'origine d'une urgence chimique[4] de santé publique, est disponible.

Les unités chimiques compétentes[5], les unités de surveillance et les autres secteurs concernés échangent d'une manière systématique et dans les meilleurs délais des informations concernant les événements chimiques urgents et les risques chimiques potentiels.

	ismes concernés a été mis en place pour les urgences chimiques. Le pays dispose de services de laboratoire ou a accès à ces services aux fins de la confirmation des événements chimiques prioritaires.	Un (des) centre(s) antipoison disposant de moyens adéquats a (ont) été établi(s)[6]. Un plan d'intervention en cas d'événement chimique a été testé lors de la survenue d'un événement ou au moyen d'un exercice de simulation et il est actualisé selon les besoins.

1 – Il s'agit des experts en matière de risque chimique, des spécialistes de la gestion des risques et des spécialistes de la toxicologie clinique.

2 – L'alerte comprend notamment les éléments suivants : procédures opératoires standardisées, critères permettant de déterminer quand et comment donner l'alerte, tableaux de service, etc.

3 – Il est à noter que ce point renvoie à la législation, aux politiques et au financement (principales capacités N° 1 et N° 2) et que ces éléments devraient également être pleinement pris en compte dans le cadre de ces capacités. Ils figurent dans la présente rubrique par souci de cohérence et de commodité et aux fins de la triangulation lorsque le spécialiste des risques intervient.

4 – Par exemple les grandes installations chimiques ou usines, les décharges contenant des déchets dangereux, certaines voies de transport, les lieux de stockage des pesticides, etc.

5 – Par exemple surveillance chimique, surveillance de l'environnement et notification des incidents chimiques.

6 – Par exemple toxicologie clinique, permanence téléphonique 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, fiches d'information pratique, fiches de sécurité et coordonnées des usines de produits chimiques.

Risque potentiel N° 4 : Urgences liées aux rayonnements

Composante du risque	Indicateurs	Mise en place des principales capacités aux fins de la détection et de l'action en cas d'événement radiologique, par niveau de capacité			
		< 1 Niveau de base	1 Moyens et processus	2 Résultats attendus et aboutissement	3 Autres réalisations
Capacité à détecter des urgences radiologiques ou nucléaires pouvant constituer un événement de santé publique de portée nationale ou internationale et à y faire face	Des mécanismes permettant de détecter les urgences radiologiques ou nucléaires et d'y faire face ont été mis en place.	Des spécialistes ont été recensés afin de pouvoir évaluer la situation en matière de santé publique et faire face aux événements radiologiques ou nucléaires.	Des politiques, stratégies ou plans nationaux ont été mis en place afin de pouvoir détecter et évaluer les urgences liées aux rayonnements et y faire face. Des politiques, stratégies ou plans nationaux ont été mis en place aux fins du transport national et international de matières radioactives et de la gestion des échantillons et des déchets, y compris ceux des hôpitaux et des services médicaux. Les autorités nationales responsables en cas d'événement radiologique et nucléaire ont désigné un point focal chargé de la coordination et de la communication avec le ministère de la santé et/ou le point focal national RSI. Une surveillance a été mise en place pour les urgences liées aux rayonnements susceptibles de constituer un événement de santé publique de portée internationale.	Un mécanisme[2] de coordination[1] et de communication a été mis en place entre les autorités nationales compétentes chargées du contrôle réglementaire/de la sécurité nucléaires et les secteurs concernés. Les autorités compétentes en matière radiologique et les unités de surveillance sanitaire échangent des informations d'une manière systématique concernant les événements radiologiques urgents et les risques potentiels qui peuvent constituer une urgence de santé publique de portée	L'expérience acquise au niveau national concernant la détection des risques et événements radiologiques et les mesures prises pour y faire face est attestée par des documents et a été communiquée à la communauté internationale.

internationale.

Des stratégies, directives techniques et procédures opératoires standardisées ont été établies aux fins de l'évaluation et de la déclaration des risques, de la confirmation et de la notification des événements, des enquêtes et de la gestion des urgences liées aux rayonnements.

Risque potentiel N° 4 : Urgences liées aux rayonnements (**Suite)**

Composante du risque	Indicateurs	Mise en place des principales capacités aux fins de la détection et de l'action en cas d'événement radiologique, par niveau de capacité			
		< 1 Niveau de base	1 Moyens et processus	2 Résultats attendus et aboutissement	3 Autres réalisations
			Il existe un plan d'intervention en cas d'urgence liée aux rayonnements (qui pourrait faire partie du plan national d'intervention d'urgence). Un mécanisme a été établi en vue d'assurer l'accès[4] à des établissements de soins pouvant prendre en charge les patients en cas d'urgence liée aux rayonnements. Il est possible d'accéder à des services de laboratoire pour détecter et confirmer la présence de rayonnements et en identifier le type (alpha, bêta ou gamma) de façon à déterminer les risques potentiels.	Des exercices portant sur les interventions en cas d'urgence liée aux rayonnements ont eu lieu d'une façon régulière et ont inclus une demande d'aide internationale (le cas échéant) et une notification au niveau international. Des mécanismes de collaboration ont été mis en place de façon à assurer l'accès à des laboratoires spécialisés à même de réaliser des titrages biologiques[5] et une dosimétrie biologique par analyse cytogénétique ou résonance de spin électronique[6].	

1 – Il est à noter que ce point renvoie à la législation, aux politiques et au financement (principales capacités N° 1 et N° 2) et que ces éléments devraient également être pleinement pris en compte dans le cadre de ces capacités. Ils figurent dans la présente rubrique par souci de cohérence et de commodité et aux fins de la triangulation lorsque le spécialiste des risques intervient.

2 – Échange d'informations, tenue de réunions, élaboration de procédures opératoires standardisées pour une action menée en collaboration, etc.

3 – Coordination de l'évaluation et de la communication des risques, de la planification, de la surveillance et de la réalisation d'exercices, y compris la coordination lors de la survenue d'événements radiologiques urgents et de risques potentiels qui peuvent constituer une urgence de santé publique de portée internationale.

4 – Existence d'accords, d'arrangements ou de mécanismes permettant d'avoir accès à ces capacités dans des institutions appropriées travaillant en collaboration dans le pays ou dans d'autres pays.

5 – Afin de mesurer et surveiller la quantité de radioactivité absorbée dans le corps humain au moyen de compteurs corps entier, de moniteurs pulmonaires ou thyroïdiens ou d'échantillons biologiques.

6 – La résonance de spin électronique (RSE) détermine la dose de rayonnement absorbée par le corps humain en mesurant un signal spécial sur l'émail dentaire, les ongles, les cheveux ou autres prélèvements provenant par exemple des vêtements, téléphones mobiles, etc.

Appendice 13.2 : Concepts utilisés pour établir la liste de contrôle aux fins du suivi de la mise en place des principales capacités

Modèle de Potter[1]

Le modèle de Potter, adapté au présent cadre de suivi, définit les composantes du développement des systèmes de santé. Il ne préconise pas la création de structures et systèmes nouveaux ; au lieu de cela, il met l'accent sur la nécessité de renforcer la capacité institutionnelle existante (notamment les moyens structurels, la bonne gestion du système[2], l'administration générale et le financement) et les structures institutionnelles, ce qui permet de renforcer les infrastructures, les systèmes et les ressources humaines nécessaires à la mise en œuvre du RSI, en particulier à la détection, l'évaluation, la notification et l'action.

Les principaux éléments de ce modèle sont les suivants :

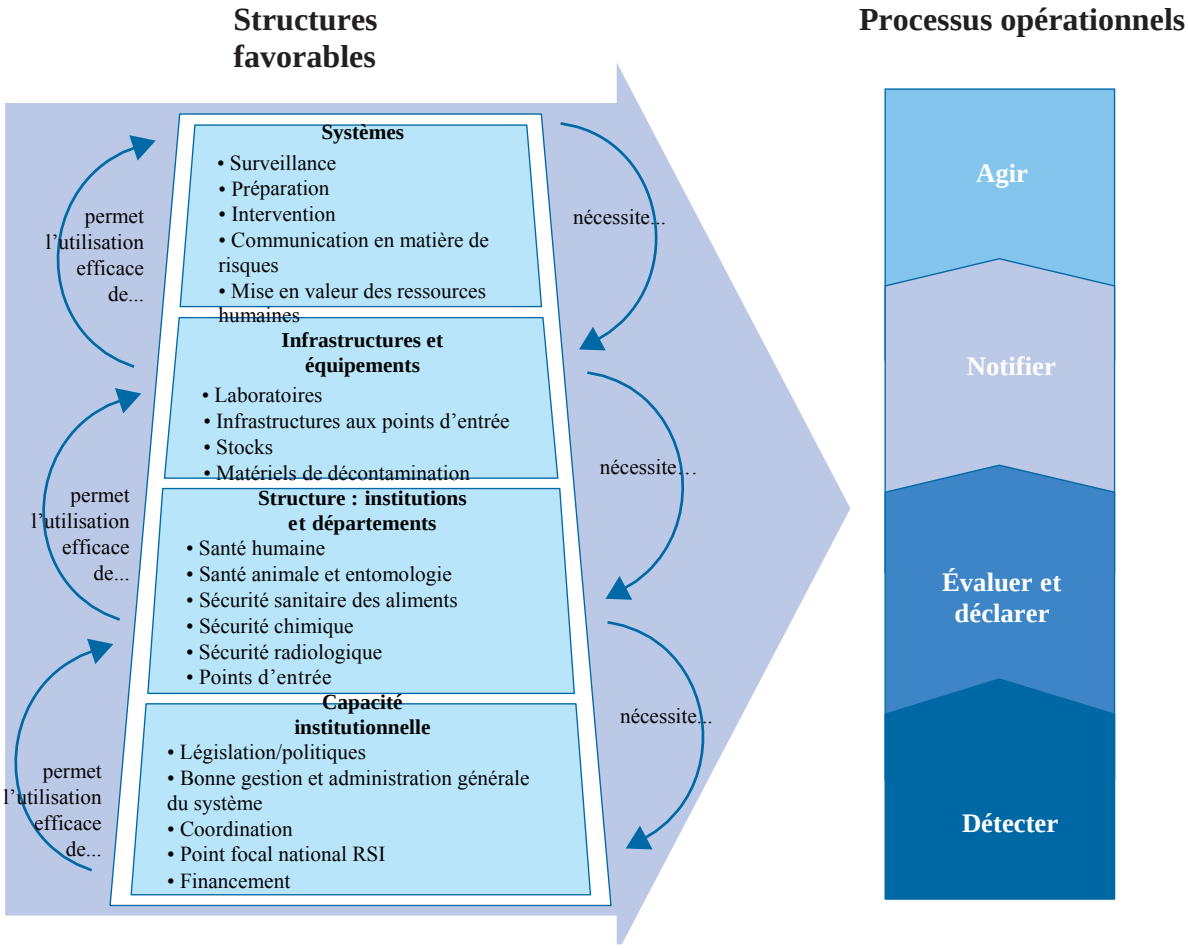
- Capacité de réalisation : il convient de disposer d'outils, de ressources financières, d'équipements, de produits consommables, de matériels (par exemple les équipements protecteurs individuels ou le matériel de décontamination), pour que les personnels puissent travailler d'une manière efficace.
- Capacité individuelle : les personnels doivent posséder des connaissances et des qualifications suffisantes et avoir suffisamment d'assurance pour exécuter leurs tâches d'une manière efficace, en faisant preuve d'un comportement et d'une motivation appropriés.
- Capacité au niveau des systèmes : des systèmes doivent être en place, qui permettent de faciliter les activités de surveillance et d'intervention et d'élaborer et tester des plans de préparation.
- Capacité au niveau des structures, des processus et de la gestion : une législation, des politiques générales et des procédures ont été élaborées et fonctionnent avec rapidité et efficacité, sous-tendant la fourniture des soins de santé ; une coordination intersectorielle est assurée ; des partenariats et réseaux ont été établis ; et, enfin, il existe une capacité de gestion, notamment pour ce qui est des flux d'information, et des décisions en matière financière et en matière de gestion.

---

1 Potter C, Brough R. Systemic capacity building: a hierarchy of needs. Health Policy Plan 2004, 19(5): 336–345.

2 La bonne gestion du système recouvre globalement la manière dont la structure est administrée – sur le plan des systèmes de gestion interne (c'est-à-dire la gestion du personnel, le financement, la gestion de l'information et la prise de décisions) et de la gestion de la responsabilité externe dans le cadre de mécanismes comme les conseils et les comités directeurs.

Figure 5 : Version modifiée de la hiérarchie de Potter relative à la mise en place des capacités et application du concept de Potter à la mise en place des principales capacités requises en vertu du RSI

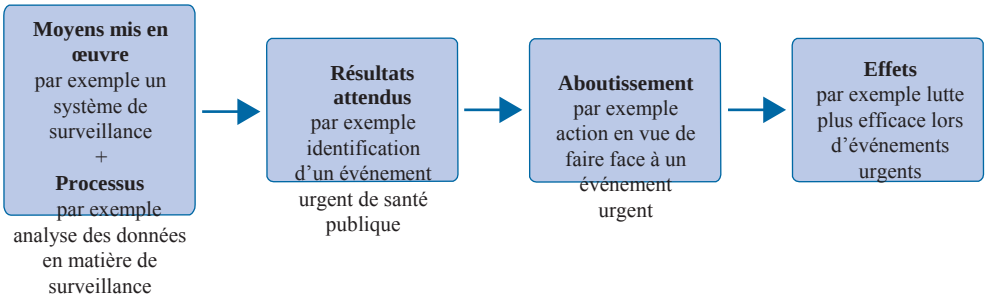


Modèle de l'effet d'entraînement[1]

Le modèle de l'effet d'entraînement considère le renforcement des capacités comme un processus ayant un effet d'entraînement, qui produit des changements progressifs, avec le temps, chez les individus, dans les structures et les systèmes et, finalement, dans la situation des populations. L'hypothèse de départ est que les moyens et les processus mis en œuvre ont effectivement un effet d'entraînement et déclenchent des transformations positives dans la structure et les services qu'elle fournit (résultats attendus et aboutissement). Si la mise en place des capacités est considérée comme progressant par étapes successives, allant de la mise en œuvre des moyens à l'aboutissement, en réalité, les mesures prises dans ce domaine aux fins du RSI ne naissent pas de rien. Nombre de ces mesures, notamment au tout premier stade, sont peu perceptibles, si ce n'est que les moyens sont présents et que les processus se mettent en place. Le présent modèle modifié tient compte du fait que des niveaux variables de capacités existent déjà dans tous les États Parties et que les ressources, structures et systèmes doivent être reconnus et renforcés dans le cadre d'un processus dynamique qui permet une direction et une appropriation au niveau national. Lorsque les résultats attendus sont atteints et que l'action a abouti, le modèle préconise un réexamen systématique des moyens et processus en place. On suppose en fait que le processus de renforcement des capacités transforme les moyens en résultats qui se traduisent par un aboutissement spécifique et, à plus long terme, produisent l'effet requis.

1 James R. Practical Guidelines for the Monitoring and Evaluation of Capacity Building: Experiences from Africa. The International NGO Training and Research Centre. Occasional Paper Series Number 36, 2001. http://www.intrac.org/publications.php?id=53

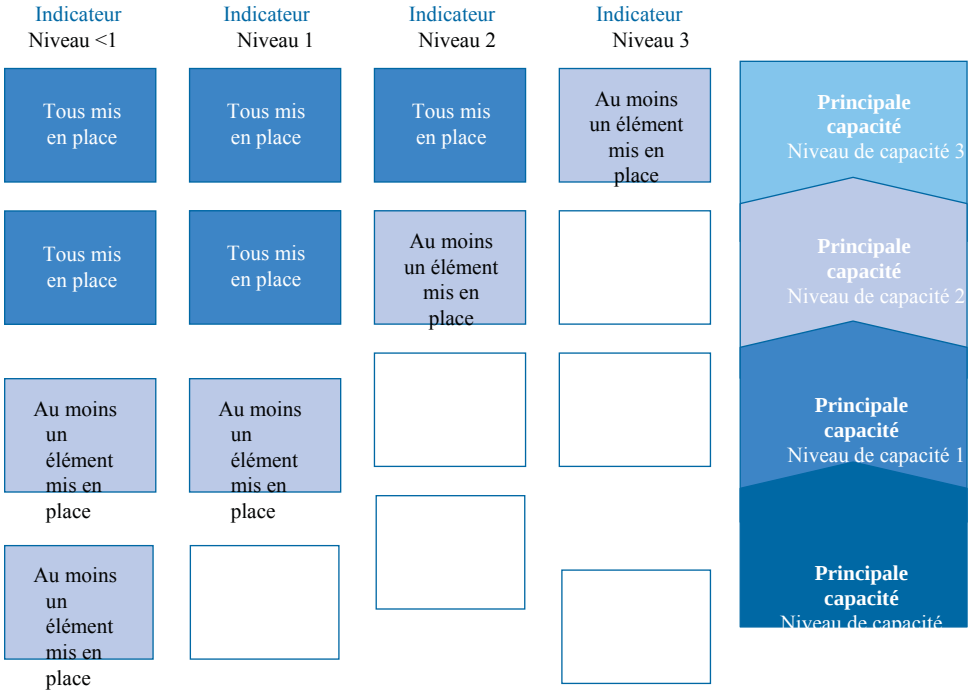
Figure 6 : Application du concept de l'effet d'entraînement à la mise en place des principales capacités



Modèle de l'indice de maturation des capacités, également dénommé surveillance de la maturation des capacités [1]

Dans les modèles de l'indice de maturation des capacités[2], on considère que des progrès ont été réalisés lorsque le pays atteint un degré significatif de capacité générale, passant d'un niveau inférieur à un niveau plus avancé. Il faut donc pour cela décrire un ensemble de compétences distinctes ou autres éléments fonctionnels associés aux étapes caractéristiques de la progression du pays. Un modèle simplifié de maturation des capacités comportant quatre niveaux de capacités est utilisé dans le présent document, dans lequel chacun des indicateurs des principales capacités est défini par une liste d'éléments nécessaires. Ces éléments doivent refléter les mesures claires et pratiques adoptées pour parvenir au niveau suivant et servir de base à la planification stratégique du pays.

Figure 7 : Illustration du concept des niveaux de maturation



1 The Capability Maturity Model ® Integration (CMMISM),Version 1.1. http://www.sei.cmu.edu/reports/02tr012.pdf.

[2] Selon le modèle de maturation des capacités, le niveau 1 est l'état initial avant l'intervention, le niveau 2 est un processus géré aux fins d'amélioration (réactif), le niveau 3 se caractérise par des mécanismes bien définis (dynamique), le niveau 4 est quantitatif (mesuré/contrôlé), et le niveau 5 permet d'optimiser (amélioration du processus).

Appendice 13.3 : Exemple de formulaire de recueil de données

Core Capacity	**2**	**Coordination[11] and NFP Communications**
Component	**2.1**	IHR coordination[12], communication and advocacy[13]
Indicator	**2.1.1**	***Mechanism established for the coordination of relevant sectors[14] in the implementation of IHR**

NOTE: Before you begin, please review the general instructions for completing the questionnaire. Mark one appropriate value (Yes, No, or Not Known) for each of the questions below. A 'Not Known' value will be statistically equivalent to a 'No' value. Technical notes appear at the end of this questionnaire.

2.1.1.1 Is there coordination within relevant ministries on events that may constitute a public health event of national or international concern?

✓ Yes	☐ No	☐ Not Known

2.1.1.2 Are Standard Operating Procedures (SOP)[15] available for coordination between IHR NFP and stakeholders of relevant sectors? Q8

☐ Yes	✓ No	☐ Not Known

2.1.1.3 Is a multisectoral, multidisciplinary committee, body or task force[16] in place in order to address IHR requirements on surveillance and response for public health emergencies of national and international concern[17]?

☐ Yes	✓ No	☐ Not Known

Appendice 13.4 : Exemple de tableau synoptique de l'état d'avancement de la mise en place des principales capacités

Nom du pays :

			Notation du niveau de capacité (niveau le plus élevé auquel tous les éléments sont présents)	**Notation des éléments** (proportion d'éléments présents) aux niveaux 1 et 2	**Nombre d'élé-ments du niveau < 1 mis en place**	**Nombre d'éléments du niveau 3 mis en place**
Principale capacité N° 1						
	Composante 1					
		Indicateur 1				
		Indicateur 2				
		Indicateur 3				
	Composante 2					
		Indicateur 1				
		Indicateur 2				
Principale capacité N° 2						
	Composante 1					
		Indicateur 1				
		Indicateur 2				
	Composante 2					
		Indicateur 1				
		Indicateur 2				
	Composante 3					
		Indicateur 1				

Liste prioritaire d'éléments du niveau < 1
1.
2.
3.

Éléments du niveau 3	**Site Web ou référence**
1.	
2.	
3.	

Appendice 13.5 : Exemple de programme d'un atelier sur le suivi des principales capacités

Objectifs de l'atelier :

- Présenter des informations actualisées sur la mise en œuvre du RSI, notamment la mise en place des principales capacités.
- Présenter l'outil de surveillance sous forme électronique et sur support papier et fournir des indications sur la manière de le compléter.
- Compléter l'outil de surveillance.
- Identifier les points forts, les insuffisances, les possibilités et les menaces.
- Formuler des recommandations sur la manière de remédier aux insuffisances identifiées lors du renforcement des principales capacités.

Personnes auxquelles l'atelier est destiné :

L'atelier s'adresse notamment aux points focaux nationaux RSI, aux responsables de la mise en œuvre du Règlement sanitaire international, aux personnes chargées de mettre en place les principales capacités et responsables des risques aux différents niveaux du système, aux principaux acteurs de la mise en œuvre du RSI, à des personnes provenant d'autres secteurs à l'intérieur du pays (identifiés par le point focal national RSI) et aux représentants de l'OMS, si la demande en est faite.

Résultats escomptés :

À la fin de l'atelier, les participants auront complété la liste de contrôle sous forme électronique ou sur support papier et identifié les points forts, les insuffisances, les possibilités et les menaces pouvant être constatés dans le cadre de la mise en place des principales capacités. Des recommandations peuvent alors être formulées en vue de renforcer les domaines où des faiblesses ont été mises en évidence ou de remédier aux insuffisances qui ont été constatées.

Tâches à accomplir préalablement à l'atelier :

- Faire en sorte que le point focal national RSI ait accès à l'outil sous forme électronique.
- Recenser les participants à l'atelier.
- Leur envoyer des invitations, qui précisent notamment les objectifs de l'atelier, les résultats escomptés et les avantages de la participation.
- Adresser des copies de l'outil au point focal national, sur support papier ou par voie électronique, afin qu'elles soient communiquées aux participants qui pourront en prendre connaissance.
- Compléter une première version dans le cadre d'un processus interne, avec la participation des différentes unités (par exemple surveillance, intervention, points d'entrée, différents risques, services de laboratoire, etc.), si cela est jugé approprié.
- Déterminer s'il convient d'inviter l'OMS à participer à l'atelier – ou à proposer le

cours d'un animateur –, et/ou d'inviter d'autres partenaires internationaux.

Méthodes de travail :

- Séances plénières, pour procéder aux exposés, aux discussions et compléter l'outil ;
- Travail en groupe.

Documents de travail étudiés/utilisés pendant l'atelier :

Documents de l'OMS

- Règlement sanitaire international (2005), OMS, Genève, 2005.
- Liste de contrôle pour le suivi de la mise en place des principales capacités aux fins de la surveillance et de l'action dans les États Parties, conformément à l'annexe 1A.

Documents des États Parties

- Tout document pertinent pouvant être nécessaire pour mener à bien l'évaluation (rapports, enquêtes, décrets, lois, évaluations par pays, etc.).
- Documents relatifs aux activités de renforcement des capacités.

JOUR 1

Heure	Programme/activité
	Introduction de l'atelier Objectifs/résultats et rôle des animateurs
	Présentation générale du RSI
	Présentation générale des principales capacités
	Présentation générale du suivi et des outils
	Pause
	Examen des progrès réalisés dans la mise en œuvre du RSI
	Exposé sur les risques
	Exposé sur les points d'entrée
	Déjeuner
	Examen des constatations et documents pertinents des pays, dans les domaines, par exemple, de la législation, des politiques, de la coordination et des ressources humaines (manuels, définitions des cas, rapports d'enquêtes réalisées ou analyse de questionnaires, etc.)
	Fin du jour 1

JOUR 2

Heure	Programme/activité
	Constitution de groupes de travail (selon les principales capacités)
	Travail en groupe (afin de compléter l'outil sur support papier)
	Pause
	Travail en groupe (afin de compléter l'outil)
	Déjeuner
	Travail en groupe (afin de compléter l'outil)
	L'outil est complété par la totalité des groupes
	Communication des résultats par la totalité des groupes

	Fin du jour 2

JOUR 3

Heure	Programme/activité
	Résumé du jour 2
	Saisie des données dans l'outil sous forme électronique et discussions
	Travail en groupe ; analyse des points forts, des faiblesses, des possibilités et des menaces
	Pause
	Exposé des groupes
	Moyens de remédier aux insuffisances et de renforcer les principales capacités
	Recommandations et mesures ultérieures
	Déclarations finales

Appendice 13.6 : Exemple de grille d'analyse des insuffisances

Principales capacités	Points forts	Faiblesses	Possibilités	Menaces	Suggestions et recommandations
Législation et politiques nationales					
Coordination					
Surveillance					
Action					
Préparation					
Communication en matière de risques					
Services de laboratoire					
Capacités en matière de ressources humaines					

Résumé des constatations, par risque

Risques / Principales capacités	Risques biologiques			Risques chimiques	Rayonnement
	Risques infectieux	Risques liés à des zoonoses	Risques liés à la sécurité sanitaire des aliments*		
1 : Législation et politiques					
2 : Coordination					
3 : Surveillance					
4 : Action					
5 : Préparation					
6 : Communication en matière de risques					
7 : Ressources humaines					
8 : Services de laboratoire					
Points d'entrée					

[1] Il est à noter que les risques liés à la sécurité sanitaire des aliments pourraient également être de nature chimique et/ou d'une autre nature.

Appendice 13.7 : Liste générale des indicateurs (28 indicateurs)

Les indicateurs sur lesquels il doit être fait rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé (20 indicateurs) figurent en caractères gras de couleur bleue.

Principale capacité N° 1 : Législation, politiques et financement au niveau national

- La législation, les lois, les réglementations, les prescriptions administratives, les politiques ou les autres instruments publics en vigueur sont suffisants pour la mise en œuvre du RSI.
- Un financement est disponible et accessible aux fins de la mise en œuvre des fonctions du point focal national RSI et du renforcement des principales capacités.

Principale capacité N° 2 : Coordination [1] et communications au niveau du point focal national

- Un mécanisme a été établi pour coordonner les secteurs pertinents[2] dans le cadre de la mise en œuvre du RSI.
- Les fonctions et opérations du point focal national RSI sont assurées, comme le définit le Règlement sanitaire international (2005).

Principale capacité N° 3 : Surveillance

- La surveillance fondée sur les indicateurs comprend un dispositif d'alerte précoce[3] destiné à la détection rapide des événements de santé publique.
- Un système de surveillance des événements a été mis en place.

Principale capacité N° 4 : Action

- Des mécanismes d'action en cas d'urgence de santé publique ont été mis en place.
- Des procédures de prise en charge des cas pour les risques entrant dans le cadre du RSI ont été mises en œuvre.
- Des mesures de prévention et de lutte contre les infections ont été instituées au niveau national et dans les hôpitaux.
- Un programme de désinfection, de décontamination et de lutte contre les vecteurs[4] a été mis en place.

Principale capacité N° 5 : Préparation

- Un plan national multirisques de préparation et d'action a été élaboré pour faire face aux urgences de santé publique.
- Les risques prioritaires et les ressources en matière de santé publique ont été cartographiés.

---

[1] Un mécanisme/organisme de coordination a été mis en place et est opérationnel, avec un mandat, des membres venant de tous les secteurs concernés, des moyens de communication établis, un accès aux décideurs et interlocuteurs, des activités conjointes, des rapports de réunion, des plans et des évaluations.

[2] Les disciplines et secteurs pertinents sont, par exemple, tous les niveaux du système de soins (niveau communautaire local, niveau primaire d'action de santé publique, niveau intermédiaire et niveau national/central), les ONG et les ministères suivants : agriculture (zoonoses, laboratoires vétérinaires), transports (politique des transports, aviation civile, ports et transports maritimes), commerce et/ou industrie (sécurité sanitaire des aliments et contrôle de la

qualité), commerce extérieur (protection des consommateurs et contrôle de l'application des normes obligatoires), communication, défense (informations relatives aux flux migratoires), finances (douanes), environnement, intérieur, santé et tourisme.

[3] La composante « alerte précoce » permet de détecter les écarts par rapport à une situation normale.

[4] Selon la définition du RSI (2005), le terme « vecteur » s'entend d'un insecte ou de tout animal qui véhicule normalement un agent infectieux constituant un risque pour la santé publique.

Principale capacité N° 6 : Communication en matière de risques

- Des mécanismes permettant une communication efficace en matière de risques lors d'une urgence de santé publique ont été mis en place.

Principale capacité N° 7 : Capacités en matière de ressources humaines

- Le pays dispose de ressources humaines aptes à mettre en œuvre les prescriptions du RSI relatives aux principales capacités.

Principale capacité N° 8 : Services de laboratoire

- Un mécanisme de coordination des services de laboratoire a été établi.
- Des services de laboratoire à même de réaliser des analyses en cas de menace sanitaire prioritaire sont disponibles.
- Une surveillance de la grippe a été mise en place.
- Un système de recueil, de conditionnement et de transport des échantillons cliniques a été établi.
- Des pratiques visant à assurer la sécurité et la sûreté biologiques en laboratoire (gestion du risque biologique[1]) ont été instituées.
- Un système de gestion et de notification des données de laboratoire a été établi.

Points d'entrée

- Il est satisfait aux obligations générales aux points d'entrée.
- Une coordination est assurée en vue de prévenir et de détecter les urgences de santé publique aux points d'entrée et d'y faire face.
- Une surveillance effective et d'autres capacités de surveillance systématique ont été mises en place[2] aux points d'entrée.
- Une action efficace a été mise en œuvre aux points d'entrée.

Risque potentiel N° 1 : Événements liés à des zoonoses

- Des mécanismes permettant de détecter les zoonoses ou zoonoses potentielles et d'y faire face ont été mis en place.

Risque potentiel N° 2 : Sécurité sanitaire des aliments

- Des mécanismes permettant de détecter les maladies d'origine alimentaire ou une contamination des produits alimentaires et d'y faire face ont été mis en place.

Risque potentiel N° 3 : Événements chimiques

- Des mécanismes permettant de détecter les urgences chimiques, de donner l'alerte à leur sujet et d'y faire face ont été mis en place.

Risque potentiel N° 4 : Urgences liées aux rayonnements

- Des mécanismes permettant de détecter les urgences radiologiques ou nucléaires et d'y faire face ont été mis en place.

1 Gestion du risque biologique dans les laboratoires.

[2] Dans le cadre du système national de surveillance ou comme le pays en a décidé.

Appendice 13.8 : Critères de sélection des indicateurs sur lesquels il doit être fait rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé (prescription obligatoire)

Contexte général

Sur les 30 indicateurs établis aux fins du suivi de la mise en place des principales capacités, seul un nombre limité a été choisi, sur lesquels il doit être fait rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé. La plus grande difficulté à cet égard a été de limiter le nombre d'indicateurs en veillant toutefois à ce qu'ils rendent compte des principales capacités d'une manière adaptée, de façon à orienter la prise de décisions stratégiques. Comme la majeure partie des participants à l'Assemblée mondiale de la Santé sont des ministres de la santé, probablement seront-ils surtout intéressés par les progrès réalisés dans la mise en œuvre, en particulier lorsque l'Assemblée peut contribuer à faire évoluer la situation. À cet égard, des résolutions pourraient être élaborées qui viseraient au renforcement des stratégies au lieu de se concentrer sur des détails plus techniques comme l'amélioration de l'efficacité du système de surveillance sur le plan de la réactivité, la rapidité, la représentativité, etc.

Critères de sélection

Les principaux critères suivants ont été utilisés pour classer par ordre de priorité les indicateurs qui doivent être soumis à l'Assemblée mondiale de la Santé :

- L'indicateur est expressément identifié dans l'un des articles du RSI (2005) ou l'une de ses annexes.
- Pour les indicateurs qui ne sont pas expressément identifiés dans le Règlement, l'opinion du groupe d'experts quant à leur importance et leur nécessité a été retenue.
- Il a été jugé probable que les Membres de l'Assemblée mondiale de la Santé s'intéresseraient aux progrès réalisés dans la mise en place de l'indicateur, notamment lorsqu'ils pouvaient contribuer à faire évoluer la situation.