

CADRE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DU RSI (2005)

Outil d'évaluation extérieure conjointe

du Règlement Sanitaire International (2005)

Février 2016



**Organisation
mondiale de la Santé**

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Outil d'évaluation extérieure conjointe : règlement sanitaire international (2005).

1. Notification des maladies à déclaration obligatoire. 2. Contrôle des maladies contagieuses. 3. Flambées de maladies. 4. Coopération Internationale. 5. Évaluation de programme. I. Organisation mondiale de la Santé.

© Organisation mondiale de la Santé 2016

Tous droits réservés. Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé sont disponibles sur le site Web de l'OMS (www.who.int) ou peuvent être achetées auprès des éditions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int. Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux éditions de l'OMS via le site Web de l'OMS à l'adresse http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

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 traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets 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.

Imprimé en (nom du pays)

Maquette et mise en page : Jean-Claude Fattier.
Couverture et coordination de la mise en page : OMS/Service graphique
Imprimé par le Service de production des documents de l'OMS, Genève (Suisse)

Table des matières

Sigles et acronymes	3
Contexte	4
Le Règlement sanitaire international (2005)	4
Objet de l'évaluation extérieure conjointe	5
Processus	5
Format	6
Système de notation par code couleur	6
Outil d'évaluation des pays	8
PRÉVENIR	9
Législation, politique et financement nationaux	9
Coordination, communication et promotion du RSI	12
Résistance aux antimicrobiens	14
Zoonoses	19
Sécurité sanitaire des aliments	24
Sécurité et sûreté biologiques	27
Vaccination	35
DÉTECTER	39
Système national de laboratoires	39
Surveillance en temps réel	46
Notification	52
Développement du personnel	56
RIPOSTER	61
Préparation	61
Interventions d'urgence	64
Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité	70
Moyens médicaux et déploiement de personnel	74
Communication sur les risques	78
Autres dangers relevant du RSI et points d'entrée	88
Points d'entrée	88
Événements d'origine chimique	91
Situations d'urgence radiologique	96
Appendice 1 : Glossaire	100
Appendice 2 : Exemple de feuille de score de l'outil d'évaluation des pays	105

Sigles et acronymes

CLSI	Institut des normes cliniques et de laboratoire
EPI	équipement de protection individuelle
EUCAST	Comité européen pour les tests d'antibiorésistance
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FETP	programme de formation en épidémiologie de terrain
INFOSAN	Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments
Interpol	Organisation internationale de police criminelle
MON	modes opératoires normalisés
OIE	Organisation mondiale de la santé animale
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PEV	Programme élargi de vaccination
PFN RSI	point focal national RSI
PVS	performances des services vétérinaires
RSI	Règlement sanitaire international
UNSGM	Mécanisme permettant au Secrétaire général des Nations Unies d'enquêter sur les allégations d'emploi d'armes chimiques, biologiques et à toxines
WAHIS	Système mondial d'informations zoosanitaires

Contexte

Le Règlement sanitaire international (2005)

En mai 2005, la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a adopté le Règlement sanitaire international (2005) [RSI (2005)] qui est ensuite entré en vigueur le 15 juin 2007. L'objet et la portée du RSI (2005) consistent à « prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux ». Le RSI (2005) oblige les États Parties à développer des capacités essentielles minimales en santé publique.

Les exigences du RSI concernant les capacités sont définies à l'article 5 comme « la capacité de détecter, d'évaluer, de notifier et de déclarer des événements », à l'annexe 1A relative aux « principales capacités requises pour la surveillance et l'action », et à l'annexe 1B relative aux « principales capacités requises des aéroports, ports et postes-frontières désignés ». En outre, le cadre de suivi des principales capacités prévoit une liste de contrôle et d'indicateurs qui doivent être utilisés pour suivre les progrès accomplis dans le développement des principales capacités au titre du RSI par les États Parties (<http://www.who.int/ihr/publications/checklist/en/>).

Comme stipulé en annexe 1A.2, chaque État Partie évalue, dans les deux ans qui suivent l'entrée en vigueur du présent Règlement à l'égard de cet État Partie, la capacité des structures et ressources nationales existantes à satisfaire aux prescriptions minimales de l'annexe 1. À la suite de cette évaluation, les États Parties élaborent et appliquent des plans d'action pour que ces principales capacités soient en place et fonctionnent sur tout leur territoire.

En 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA65.23) a instamment invité les États Parties à prendre les mesures nécessaires pour élaborer et mettre en œuvre un plan d'action national approprié visant à assurer le renforcement, l'acquisition et le maintien des principales capacités requises en santé publique en vertu du Règlement sanitaire international (2005).

Le rapport du Comité d'examen du RSI sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place des capacités nationales en santé publique et sur l'application du RSI (A68/22 Add.1) a suggéré : « [...] dans une optique à plus long terme, le Secrétariat devrait mettre au point, par le biais de mécanismes de consultation régionale, des options permettant de passer d'une autoévaluation exclusive à des formules associant l'autoévaluation, l'examen par les pairs et l'évaluation extérieure volontaire faisant intervenir un groupe mixte d'experts intérieurs et indépendants. Ces formules supplémentaires devraient notamment envisager les aspects stratégiques et opérationnels du RSI, comme la nécessité d'un engagement politique de haut niveau et d'une collaboration impliquant l'ensemble du gouvernement ou multisectorielle. Tout nouveau plan de suivi et d'évaluation devrait être élaboré avec la participation active des bureaux régionaux de l'OMS, puis soumis à l'ensemble des États Parties par l'intermédiaire des organes directeurs. »

Cet appel à passer d'une « autoévaluation exclusive » à une évaluation extérieure vient de la prise de conscience que la transparence et la responsabilisation mutuelle au sein de la communauté internationale sont essentielles pour appliquer collectivement le RSI. Une réunion de consultation technique sur le cadre de suivi et d'évaluation du RSI après 2015 a été organisée à Lyon en octobre 2015, et suggère d'élaborer des processus et un outil permettant de réaliser une évaluation extérieure conjointe.

L'outil présenté ici est organisé autour des éléments fondamentaux suivants

- Prévenir et réduire la probabilité de survenue de flambées épidémiques et d'autres dangers et événements de santé publique tels que définis par le RSI (2005) est essentiel.
- Détecter les menaces tôt peut sauver des vies.
- Une riposte rapide et efficace nécessite une coordination et une communication multisectorielles, nationales et internationales.

Objet de l'évaluation extérieure conjointe

L'outil d'évaluation extérieure conjointe – Règlement sanitaire international (2005) est conçu pour évaluer la capacité des pays à prévenir, à détecter et à riposter rapidement à des menaces pour la santé publique, qu'elles soient naturelles, délibérées ou accidentelles. L'objet du processus d'évaluation extérieure est de mesurer la situation et les progrès propres à chaque pays pour atteindre les cibles. Cela nécessite un processus pérenne et souple qui puisse s'appliquer à un plus grand nombre de pays et permettre d'effectuer régulièrement des visites aux fins de l'évaluation. La première évaluation extérieure consistera à mesurer initialement la capacité et les compétences d'un pays. Les évaluations suivantes seront nécessaires pour constater les progrès accomplis et s'assurer que les améliorations en termes de capacité sont durables.

Les évaluations extérieures conjointes partagent un certain nombre de caractéristiques importantes, notamment : la participation volontaire du pays, une approche multisectorielle à la fois des équipes extérieures et des pays hôtes, la transparence et la disponibilité des données et le partage d'informations, et la publication de rapports. Elles font également référence à un processus conjoint au cours de l'évaluation extérieure (que l'on envisage de réaliser environ tous les cinq ans) selon laquelle une équipe d'experts nationaux prépare d'abord une autoévaluation qu'elle fournit à l'équipe extérieure avant la visite sur place, l'équipe extérieure utilisant le même outil pour son évaluation indépendante, en travaillant avec l'équipe nationale lors de sessions interactives.

L'évaluation extérieure permet aux pays d'identifier les besoins les plus urgents au sein de leur système de sécurité sanitaire, de classer par ordre de priorité les possibilités d'amélioration de la préparation, de la riposte et de l'action, et de collaborer avec les donateurs et partenaires actuels et futurs pour cibler efficacement les ressources. La transparence est importante pour attirer et diriger les ressources là où elles sont plus nécessaires.

Processus

La première étape de l'évaluation est une enquête de pays réalisée par le pays lui-même en utilisant des données autodéclarées pour les différents indicateurs de l'outil d'évaluation extérieure conjointe. Ces informations sont ensuite transmises à l'équipe d'évaluation extérieure conjointe constituée d'experts nationaux et internationaux. L'examen de ces données autoévaluées permet aux membres de l'équipe de se faire une première idée des compétences du pays en matière de sécurité sanitaire. Ces experts effectuent ensuite une visite dans le pays pour mener des discussions approfondies sur les données autodéclarées, ainsi que des visites sur site structurées, et participent à des réunions organisées par le pays hôte. L'équipe d'évaluation utilise les résultats de différentes évaluations et examens pertinents, comme l'indicateur de performances des services vétérinaires (PVS) de l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE), le suivi et l'évaluation de la réduction des risques de catastrophe, etc.

À l'issue de sa visite, l'équipe d'évaluation rédige un rapport présentant le niveau de chaque indicateur et une analyse des compétences, des lacunes, des possibilités et des difficultés du pays. Ces informations sont

partagées avec le pays hôte et, avec la permission de ce dernier, avec d'autres parties prenantes, afin de faciliter l'appui international aux efforts du pays pour mettre en œuvre les principales capacités, de partager les meilleures pratiques et les enseignements tirés, de promouvoir la responsabilisation internationale, de faire participer les parties prenantes, et d'éclairer et de guider l'application du RSI à la fois dans le pays hôte et dans le monde.¹

Format

Chaque indicateur de l'outil d'évaluation présente des caractéristiques qui reflètent différents niveaux de capacité, notés de 1 à 5 (1 signifiant l'absence de mise en œuvre ; 5 indiquant que la mise en œuvre est effective, testée/revue/mise en pratique, et que le pays possède un niveau élevé de compétences pour cet indicateur). Pour chaque indicateur, le pays se verra attribuer un score unique basé sur sa capacité actuelle. Les questions techniques aideront les évaluateurs à déterminer le score approprié. La plupart des mesures sont descriptives et qualitatives. Le pays sera invité à produire de la documentation pour certains éléments en plus des réponses fournies. La documentation et les réponses seront examinées par les évaluateurs, puis discutées lors de l'évaluation extérieure. Le rapport final présentera les scores et un descriptif des capacités, des lacunes et des difficultés. Les résultats de l'évaluation extérieure conjointe serviront à orienter l'application du RSI dans le pays.

Cet outil a été créé pour servir de mécanisme extérieur permettant d'évaluer la capacité d'un pays à garantir la sécurité sanitaire au titre du RSI. Il s'appuie sur les principales capacités énoncées dans le RSI et incorpore du contenu et des enseignements précieux tirés d'outils et de processus d'évaluation extérieure déjà testés dans le cadre de différentes initiatives multilatérales et multisectorielles visant à soutenir le développement de la capacité à prévenir, à détecter et à riposter aux maladies infectieuses.

Système de notation par code couleur

Même si certaines sections de différentes capacités se chevauchent parfois dans cet outil, chacune sera évaluée séparément. L'état d'avancement de l'acquisition de chaque capacité essentielle sera affecté d'un score, qui reflètera son aptitude à être institutionnalisée et pérenne. Le niveau d'avancement ou score et le code couleur correspondant sont les suivants :

1. capacité inexistante : les caractéristiques de la capacité évaluée ne sont pas en place. Code couleur : rouge ;
2. capacité limitée : les caractéristiques de la capacité évaluée sont en cours de développement (certaines sont acquises, d'autres sont en cours d'acquisition ; néanmoins, la mise en œuvre a commencé). Code couleur : jaune ;

¹L'application du RSI s'inscrit dans le contexte de la Stratégie de surveillance intégrée des maladies et de riposte dans la Région OMS de l'Afrique, et dans celui de la stratégie de lutte contre les maladies infectieuses émergentes pour l'Asie et le Pacifique (Régions OMS de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental).

3. capacité développée : les caractéristiques de la capacité évaluée sont en place ; cependant, il reste la question de la pérennité, qui n'est pas assurée, car ces caractéristiques ne sont pas incorporées dans le plan opérationnel national pour le secteur de la santé et/ou leur financement n'est pas garanti. Code couleur : jaune ;

4. capacité démontrée : les caractéristiques de la capacité à évaluer sont en place, pérennes sur quelques années encore et la capacité se mesure par l'incorporation de ces caractéristiques ou des principales capacités aux termes du RSI (2005) dans le plan national pour le secteur de la santé. Code couleur : vert ;

5. capacité pérenne : les caractéristiques de la capacité à évaluer sont fonctionnelles, pérennes et le pays aide d'autres pays à acquérir cette capacité. Il correspond au niveau le plus élevé de l'acquisition des principales capacités aux termes du RSI (2005). Code couleur : vert.

1. Sans l'acquisition de toutes les caractéristiques des niveaux de capacité inférieurs, un pays ne peut pas progresser vers les niveaux suivants (par exemple pour parvenir à une capacité démontrée, il faut satisfaire à toutes les caractéristiques de la capacité en cours de développement et de la capacité démontrée).

2. Toutes les réponses doivent être étayées par des éléments probants documentés.

Outil d'évaluation des pays

PRÉVENIR

Législation, politique et financement nationaux

Cibles – Les États Parties doivent disposer d'un cadre juridique adéquat pour les appuyer, et leur permettre de s'acquitter de leurs obligations et de faire valoir leurs droits, afin de respecter et d'appliquer le RSI (2005). Dans certains États Parties, la mise en œuvre du RSI (2005) peut nécessiter une nouvelle législation ou une modification de la législation existante. Même lorsqu'une législation nouvelle ou révisée n'est pas spécifiquement requise en vertu du système juridique d'un État Partie, celui-ci peut choisir de réviser une partie de la législation, de la réglementation ou d'autres instruments afin de faciliter l'application du RSI et son maintien de manière plus efficiente, efficace et bénéfique. Les États Parties doivent garantir la mise à disposition d'un financement suffisant pour mettre en œuvre le RSI, qu'ils proviennent du budget national ou d'un autre mécanisme.

Effet souhaité – La législation, les lois, la réglementation, les prescriptions administratives, les politiques ou autres instruments du gouvernement, ainsi que le budget en place, appuient l'application du RSI de manière satisfaisante.

Score	Indicateurs – Législation, politique et financement nationaux	
	P.1.1 La législation, les lois, la réglementation, les prescriptions administratives, les politiques ou autres instruments du gouvernement en place sont suffisants pour pouvoir appliquer le RSI.	P.1.2 L'État peut démontrer qu'il a adapté et aligné la législation, les politiques et les dispositions administratives au niveau national pour permettre l'application du RSI (2005).
Capacité inexistante – 1	L'examen de la législation, de la réglementation, des prescriptions administratives et autres instruments du gouvernement pertinents pour la mise en œuvre du RSI (2005) n'a pas été réalisé.	La législation, la réglementation, les prescriptions administratives et autres instruments du gouvernement pertinents pour l'application du RSI (2005) ne sont pas en place.
Capacité limitée – 2	L'examen de la législation, de la réglementation, des prescriptions administratives et autres instruments du gouvernement pertinents pour l'application du RSI (2005) a été réalisé.	L'examen de la législation, de la réglementation, des prescriptions administratives et autres instruments du gouvernement pertinents pour l'application du RSI (2005) a été réalisé et les adaptations nécessaires ont été identifiées.
Capacité développée – 3	Les recommandations formulées après l'examen de la législation, de la réglementation, des prescriptions administratives et autres instruments du gouvernement ont été appliquées.	Le pays peut démontrer l'existence et l'utilisation de lois et de politiques pertinentes dans les différents secteurs concernés par l'application du RSI. ²

² Pour le secteur de la santé animale, ces informations sont disponibles dans le rapport sur les performances des services vétérinaires (PVS) dans le pays, Compétences critiques IV-1 : Préparation de la législation et de la réglementation, et IV-2 : Mise en œuvre et respect de la législation et de la réglementation.

Score	Indicateurs – Législation, politique et financement nationaux	
	P.1.1 La législation, les lois, la réglementation, les prescriptions administratives, les politiques ou autres instruments du gouvernement en place sont suffisants pour pouvoir appliquer le RSI.	P.1.2 L'État peut démontrer qu'il a adapté et aligné la législation, les politiques et les dispositions administratives au niveau national pour permettre l'application du RSI (2005).
Capacité démontrée – 4	Les politiques pour faciliter les fonctions principales et étendues du point focal national RSI (PFN) et pour renforcer les principales capacités sont en place.	Le pays a mis en place des dispositions législatives et/ou des prescriptions administratives dans certains domaines (par exemple la législation actuelle prévoit spécifiquement la désignation et le fonctionnement du point focal national RSI).
Capacité pérenne- 5	Les politiques pour faciliter les fonctions principales et étendues du point focal national RSI (PNF) et pour renforcer les principales capacités sont incorporées dans le plan national pour le secteur de la santé.	Le pays veille à la coordination des cadres juridiques et réglementaires des différents secteurs concernés.

Remarques

- Législation, politique et financement nationaux : la réponse à ces questions doit être fournie par des conseillers juridiques ou législatifs, experts auprès du ministère de la santé ou d'un autre bureau/PFN du gouvernement. Pour consulter les documents correspondants, veuillez en faire la demande.

Questions liées au contexte : s. o.

Questions techniques

P.1.1 La législation, les lois, la réglementation, les prescriptions administratives, les politiques ou autres instruments du gouvernement en place sont suffisants pour l'application du RSI

1. Existe-t-il une législation ou une réglementation, des prescriptions administratives ou d'autres instruments du gouvernement³ qui régissent la surveillance et l'action en matière de santé publique ?
2. Un examen de la législation, de la réglementation,⁴ des prescriptions administratives et autres instruments du gouvernement pertinents a-t-il été réalisé (pour déterminer s'ils facilitent la mise en œuvre complète du RSI) ?

³ Législation : constitutions, lois, décrets, ordonnances et autres instruments juridiques analogues.

⁴ Les domaines pertinents comprennent : la santé publique, l'environnement, les points d'entrée (ports et aéroports internationaux et postes-frontières y compris les zones mises en quarantaine), la sécurité sanitaire des aliments, l'agriculture (y compris la santé animale), la sécurité radiologique, la sécurité chimique et le transport (y compris des produits dangereux).

3. Existe-t-il des accords, des protocoles ou des mémorandums d'accord transfrontaliers avec les pays voisins en matière d'urgences de santé publique ?

P.1.2 L'État peut démontrer qu'il a adapté et aligné la législation, les politiques et les dispositions administratives au niveau national pour permettre l'application du RSI (2005)

1. L'examen réalisé identifie-t-il également les adaptations nécessaires de la législation, de la réglementation, des prescriptions administratives et autres instruments du gouvernement pertinents pour l'application du RSI (2005) ?
2. Y a-t-il des éléments démontrant le recours à la législation et aux politiques pertinentes dans les différents secteurs concernés par l'application du RSI (2005) ?
3. La législation ou autres dispositions dans le pays intéressent-elles d'autres domaines spécifiques en dehors de la fonction du PFN (désignation et fonctionnement). Si oui, quels sont ces domaines ?
4. Comment le pays veille-t-il à la coordination des cadres juridiques et réglementaires des différents secteurs concernés ? (documenter la réponse)

Coordination, communication et promotion du RSI

Cibles – Pour que les systèmes d’alerte et d’action soient efficaces, l’application effective du RSI (2005) nécessite des approches multisectorielles/pluridisciplinaires à travers des partenariats nationaux. La coordination des ressources dans tout le pays, y compris le fonctionnement pérenne d’un point focal national RSI (PFN), qui est un centre national de communication pour le RSI (2005), est une exigence clé de l’application du RSI (2005). Le PFN doit être accessible à tout moment pour communiquer avec les points de contact régionaux RSI de l’OMS et avec tous les secteurs et autres parties prenantes concernés dans le pays. Les États Parties doivent fournir à l’OMS les coordonnées des PFN qu’ils doivent mettre à jour continuellement et confirmer tous les ans.

Effet souhaité – Un mécanisme fonctionnel de coordination, de communication et de partenariats multisectoriels/pluridisciplinaires en mesure de détecter, d’évaluer et de riposter à tout événement ou risque de santé publique. Un PFN accessible à tout moment pour communiquer avec les points de contact régionaux RSI de l’OMS et avec tous les secteurs et autres parties prenantes concernés dans le pays.

Score	Indicateurs – Coordination, communication et promotion du RSI
	P.2.1 Un mécanisme fonctionnel est en place pour la coordination et l’intégration des secteurs concernés dans la mise en œuvre du RSI.
Capacité inexistante – 1	Aucun mécanisme de coordination entre les ministères concernés n’est en place, y compris avec les organisations non gouvernementales.
Capacité limitée – 2	Un mécanisme de coordination entre les ministères concernés est en place. Des modes opératoires normalisés (MON) nationaux ou équivalent existent pour la coordination entre le point focal national RSI et les secteurs concernés.
Capacité développée – 3	Un organe, un comité ou une équipe spéciale multisectorielle et pluridisciplinaire répondant aux exigences du RSI sur la surveillance et la riposte aux urgences de santé publique de portée nationale ou internationale est en place et a participé au dernier événement.
Capacité démontrée – 4	Les mécanismes de coordination et de communication multisectorielles et pluridisciplinaires sont régulièrement testés et actualisés à travers des exercices ou lors de la survenue d’un événement. Un plan d’action pour incorporer les enseignements tirés des mécanismes de coordination et de communication multisectorielles et pluridisciplinaires a été élaboré.
Capacité pérenne – 5	Des comptes rendus sur l’état d’avancement de la mise en œuvre du RSI sont établis chaque année à l’intention des parties prenantes de tous les secteurs concernés.

Remarques

Des informations supplémentaires issues des indicateurs suivants peuvent être utilisées

1. D.3.1 Système efficace de notification à l’OMS, à la FAO et à l’OIE.
2. D.3.2 Réseaux et protocoles de notification dans le pays.
3. R.3.1 Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité (par exemple, la police, le contrôle des frontières et les douanes sont en liaison lors d’un événement biologique suspect ou confirmé).

Questions liées au contexte : s. o.

Questions techniques

P.2.1 Un mécanisme fonctionnel est en place pour la coordination et l’intégration des secteurs concernés dans la mise en œuvre du RSI

1. Y a-t-il une coordination au sein des ministères concernés lors d’événements susceptibles de constituer un risque ou une urgence de santé publique de portée nationale ou internationale ?
2. Existe-t-il des modes opératoires normalisés ou des lignes directrices pour la coordination entre le PFN et les autres secteurs concernés ?
3. Existe-t-il des mécanismes fonctionnels pour la collaboration intersectorielle qui incluent les laboratoires et les unités de surveillance de la santé animale et humaine ?
4. Y a-t-il un échange d’informations systématique et en temps utile entre les unités de surveillance de la santé animale et humaine, les laboratoires et les autres secteurs concernés en matière de risque zoonosique ou d’urgences liées à une zoonose ?
5. Les mécanismes de coordination et de communication multisectorielles et pluridisciplinaires sont-ils régulièrement mis à jour et testés ?
6. Existe-t-il des plans d’action pour incorporer les enseignements tirés des mécanismes de coordination et de communication multisectorielles et pluridisciplinaires ?
7. Les comptes rendus sur la mise en œuvre du RSI sont-ils partagés avec d’autres secteurs concernés ?
8. L’efficacité des fonctions du PFN RSI a-t-elle été évaluée ?

Documentation ou éléments démontrant le niveau de capacité

- Rapports de l’OIE (Système d’information sur la santé animale mondiale).
- Rapports RSI à l’intention de l’Assemblée mondiale de la Santé.
- Législation, protocoles et autres politiques liés à la notification à l’OMS.
- Le cas échéant, veuillez fournir les plans qui ont été préparés pour la riposte à d’éventuels événements biologiques.

Résistance aux antimicrobiens

Cibles – Appuyer le travail coordonné par l’OMS, la FAO et l’OIE pour préparer un ensemble intégré d’activités à l’échelle mondiale pour combattre la résistance aux antimicrobiens, couvrant les domaines de l’humain, de l’animal, de l’agriculture, de l’alimentation et de l’environnement (approche « Un monde, une santé »), notamment : a) mise en œuvre, dans chaque pays, d’un plan national global pour combattre la résistance aux antimicrobiens ; b) renforcement de la surveillance et des capacités des laboratoires aux niveaux national et international en suivant les normes internationales convenues, élaborées dans le cadre du plan d’action mondial et en tenant compte des normes existantes ; et c) amélioration de la conservation des traitements existants et de la collaboration pour soutenir le développement durable de nouveaux antibiotiques, de traitements alternatifs, de mesures préventives, de tests diagnostiques rapides sur le lieu des soins, y compris de systèmes pour conserver les nouveaux antibiotiques.

Mesure des cibles – 1) Nombre de plans globaux pour combattre la résistance aux antimicrobiens convenus et mis en œuvre au niveau national, et rapport annuel sur l’état d’avancement de la mise en œuvre au niveau international. 2) Nombre de pays participant activement à un jumelage, par lequel des pays acceptent d’aider d’autres pays à concevoir et à mettre en œuvre des activités globales pour combattre la résistance aux antimicrobiens, y compris en utilisant le soutien d’organes internationaux pour améliorer le suivi de l’utilisation des antimicrobiens et la résistance à ces produits chez l’homme et chez l’animal.

Effet souhaité – Action décisive et globale pour améliorer les activités de prévention et de lutte contre l’infection afin de prévenir l’émergence et la propagation de la résistance aux antimicrobiens, en particulier chez les bactéries résistantes. Les pays renforceront la surveillance et les capacités des laboratoires, veilleront à l’accès permanent aux antibiotiques essentiels de qualité certifiée, réguleront et encourageront l’utilisation rationnelle des antibiotiques en médecine humaine, dans les élevages animaux et dans d’autres domaines pertinents, et appuieront les initiatives existantes pour promouvoir les innovations en sciences et technologies pour le développement de nouveaux agents antimicrobiens.

Score**	Indicateurs – Résistance aux antimicrobiens*			
	P.3.1 Détection de la résistance aux antimicrobiens.	P.3.2 Surveillance des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens.	P.3.3 Programme de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins de santé.	P.3.4 Activités de gestion des antimicrobiens.
Capacité inexistante – 1	Aucun plan national pour la détection et la notification des agents pathogènes prioritaires résistants aux antimicrobiens n'a été approuvé.	Aucun plan national pour la surveillance des infections causées par des agents pathogènes prioritaires résistants aux antimicrobiens n'a été approuvé.	Aucun plan national pour les programmes de lutte contre les infections associées aux soins de santé n'a été approuvé.	Aucun plan national pour la gestion des antimicrobiens n'a été approuvé.
Capacité limitée – 2	Un plan national pour la détection et la notification des agents pathogènes prioritaires résistants aux antimicrobiens a été approuvé.	Un plan national pour la surveillance des infections causées par des agents pathogènes prioritaires résistants aux antimicrobiens a été approuvé.	Un plan national pour les programmes de lutte contre les infections associées aux soins de santé a été approuvé.	Un plan national pour la gestion des antimicrobiens a été approuvé.
Capacité développée – 3	Des laboratoires désignés assurent la détection et la notification de certains agents pathogènes prioritaires résistants aux antimicrobiens.	Des sites sentinelles désignés assurent la surveillance des infections causées par certains agents pathogènes prioritaires résistants aux antimicrobiens.	Des structures désignées assurent la mise en œuvre de programmes de lutte contre les infections associées aux soins de santé.	Des centres désignés mènent certaines activités de gestion des antimicrobiens.
Capacité démontrée – 4	Des laboratoires désignés assurent la détection et la notification de tous les agents pathogènes prioritaires résistants aux antimicrobiens depuis au moins un an.	Des sites sentinelles désignés assurent la surveillance des infections causées par tous les agents pathogènes prioritaires résistants aux antimicrobiens depuis au moins un an.	Des structures désignées assurent la mise en œuvre de tous les programmes de lutte contre les infections associées aux soins de santé depuis au moins un an.	Des centres désignés mènent toutes les activités de gestion des antimicrobiens depuis au moins un an.
Capacité pérenne – 5	Des laboratoires désignés assurent la détection et la notification de tous les agents pathogènes prioritaires résistants aux antimicrobiens depuis cinq ans avec un système d'amélioration continue.	Des sites sentinelles désignés assurent la surveillance des infections causées par tous les agents pathogènes prioritaires résistants aux antimicrobiens depuis cinq ans avec un système d'amélioration continue.	Des structures désignées assurent la mise en œuvre de tous les programmes de lutte contre les infections associées aux soins de santé depuis cinq ans avec un système d'amélioration continue.	Des centres désignés mènent toutes les activités de gestion des antimicrobiens depuis cinq ans avec un système d'amélioration continue.

* La résistance aux antimicrobiens chez la bactérie, y compris pour la tuberculose, est couverte par cette section. La résistance des virus, des autres agents pathogènes non bactériens et des vecteurs sort du champ de ce document, sauf si elle est intégrée dans des politiques, des normes ou des lignes directrices nationales.

** Pour obtenir les scores complets, les capacités doivent être évaluées séparément pour les secteurs humain et animal, et des mécanismes doivent être en place pour les comparer régulièrement et élaborer conjointement les politiques dans l'esprit « Un monde, une santé ». Les scores finaux correspondent à la moyenne.

Remarques

- Les agents pathogènes prioritaires résistants aux antimicrobiens peuvent comprendre tout ou partie des sept pathogènes répertoriés dans la liste de l'Organisation mondiale de la Santé (*E. coli*, *K. pneumoniae*, *S. aureus*, *S. pneumoniae*, *Salmonella* spp, *Shigella* spp, *N. gonorrhoeae*), ou d'autres agents pathogènes. Les autorités nationales peuvent ajouter d'autres agents pathogènes prioritaires en fonction des besoins du pays, notamment *Mycobacterium tuberculosis*.
- Il incombe aux autorités nationales de décider du nombre de laboratoires désignés pour la détection/notification des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens, des sites sentinelles pour la surveillance des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens, des structures pour les programmes de prévention et de lutte contre l'infection, et des centres de gestion des antimicrobiens.
- La détection des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens doit respecter les normes recommandées, comme CLSI ou EUCAST.
- Chaque activité doit être menée à la fois dans le secteur humain et dans le secteur vétérinaire. Les autorités nationales doivent décider de la portée de ces activités dans ces deux secteurs.
- Les programmes de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins de santé peuvent comprendre des formations, des audits et le renvoi d'informations au personnel, en plus des mesures de protection de l'environnement comme la désinfection ou la gestion des déchets.
- La gestion des antimicrobiens peut comprendre l'accès permanent à des médicaments de haute qualité pour traiter les infections bactériennes, la mesure de l'utilisation des antibiotiques, l'actualisation régulière des antibiogrammes locaux pour éclairer le choix de traitements empiriques des infections, et le renvoi d'informations après audit aux prescripteurs d'antibiotiques afin d'encourager le bon usage de ces produits.

Questions liées au contexte : s. o.

Questions techniques

P.3.1 Détection de la résistance aux antimicrobiens

1. Existe-t-il un plan national pour tester en laboratoire les agents pathogènes prioritaires de l'OMS ?
2. Existe-t-il un plan national pour la détection et la notification des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens ? À quelle fréquence ce plan est-il actualisé et revu ?
 - a. Existe-t-il dans le pays un laboratoire national pour les agents pathogènes résistants aux antimicrobiens ?
 - b. Combien de laboratoires dans le pays sont en mesure de détecter et de notifier les agents pathogènes résistants aux antimicrobiens ? Parmi ceux-ci, combien seront désignés pour détecter et notifier les agents pathogènes résistants aux antimicrobiens ?
 - c. Quels agents pathogènes résistants aux antimicrobiens les laboratoires désignés peuvent-ils tester ?
 - d. Comment ces données sont-elles validées ?
 - e. Les méthodes de laboratoires ont-elles été vérifiées et la qualité contrôlée, par exemple par une assurance de la qualité extérieure ?
 - f. Quels types de rapports sont générés ? Qui reçoit ces rapports ?

P.3.2 Surveillance des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens

1. Existe-t-il un plan national pour la surveillance des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens ? À quelle fréquence ce plan est-il actualisé et revu ?
 - a. Combien y a-t-il d'hôpitaux dans le pays ? Parmi ceux-ci, combien sont (seront) des sites sentinelles pour la surveillance des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens chez l'homme ?
 - b. Combien y a-t-il de fermes d'élevages dans le pays ? Parmi celles-ci, combien sont (seront) des sites sentinelles pour la surveillance des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens dans les élevages ?
 - c. Combien de ces sites sentinelles sont opérationnels ?
 - d. Comment les données sont-elles validées ? Quels types de rapports sont générés ? Qui reçoit ces rapports ?

P.3.3 Programme de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins de santé

1. Y a-t-il un plan national de lutte contre les infections associées aux soins de santé ? À quelle fréquence ce plan est-il actualisé et revu ?
 - a. Combien de structures sont impliquées dans ce plan de lutte contre les infections associées aux soins de santé ?
 - b. Quelles composantes du plan de lutte contre les infections associées aux soins de santé sont mises en œuvre ?
2. Existe-t-il une politique de prévention et de lutte contre l'infection, un plan opérationnel et des modes opératoires normalisés en vigueur dans tous les établissements de santé ?
3. Existe-t-il des unités d'isolement dans les hôpitaux tertiaires ?
4. Existe-t-il des lignes directrices pour la protection des agents de santé contre les infections associées aux soins de santé ?
5. Y a-t-il une surveillance des groupes à haut risque pour détecter rapidement un foyer d'infection associée aux soins de santé ?
6. Y a-t-il des professionnels de la prévention et de la lutte contre l'infection formés désignés dans tous les hôpitaux tertiaires ?
7. Existe-t-il un système pour évaluer régulièrement l'efficacité des mesures de lutte contre l'infection et pour publier les résultats ?

P.3.4 Activités des gestions des antimicrobiens

1. Existe-t-il un plan national pour la gestion des antimicrobiens ? Existe-t-il des lignes directrices nationales sur le bon usage des antibiotiques ? À quelle fréquence ces lignes directrices sont-elles actualisées et revues ?
 - a. Y a-t-il eu une enquête sur le bon usage des antibiotiques ?
 - b. Combien de centres évaluent les schémas d'usage des antibiotiques ? Comment l'usage des antimicrobiens est-il surveillé ?
 - c. Combien de centres adhèrent aux lignes directrices nationales sur le bon usage des antibiotiques (si leur nombre est connu) ?
2. Une prescription est-elle nécessaire pour utiliser des antibiotiques chez l'homme ?
3. Une prescription est-elle nécessaire pour utiliser des antibiotiques chez l'animal ? Dans quels cas une prescription n'est pas nécessaire ?

Documentation ou éléments démontrant le niveau de capacité

- Versions datées des plans pour la détection/notification des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens et la surveillance des infections causées par ces agents, des programmes de lutte contre les infections associées aux soins de santé, et des programmes de gestion des antimicrobiens.
- Copie des rapports présentant :
 - la proportion d'agents pathogènes résistants aux antimicrobiens parmi les échantillons ou les isolats ;
 - les résultats de la participation à une série d'évaluations extérieures de la qualité au niveau international entreprises par le laboratoire national de référence ;
 - l'incidence des infections causées par des agents pathogènes résistants aux antimicrobiens au niveau des sites sentinelles (infections communautaires et nosocomiales, respectivement) ;
 - la proportion d'établissements qui adhèrent aux meilleures pratiques de lutte contre les infections associées aux soins de santé (si cette proportion est connue) ;
 - le pourcentage d'antibiotiques correctement administrés (si une enquête a été menée).
- Documentation du processus d'examen, y compris des organismes ou des secteurs participants.

Glossaire

Centres désignés : structures ou organisations régulièrement impliquées dans les programmes de lutte décrits ici.

Références

- Plan d'action mondial de l'OMS pour combattre la résistance aux antimicrobiens.
- Recommandations de l'OIE.

Zoonoses

Cibles – Adoption de comportements, de politiques et/ou de pratiques mesurables qui minimisent la transmission de zoonoses de l’animal à l’homme.

Mesure des cibles – Identification des cinq zoonoses/agents pathogènes les plus menaçants pour la santé publique nationale et renforcement des systèmes de surveillance existants pour les zoonoses prioritaires.

Effet souhaité – Mise en œuvre de lignes directrices et de modèles pour les comportements, les politiques et les pratiques, afin de minimiser la contagion, la propagation et l’émergence complète de zoonoses dans les populations humaines avant qu’une transmission interhumaine efficace ne se mette en place. Les pays élaboreront et mettront en œuvre des cadres opérationnels – à partir des normes internationales, des lignes directrices et des modèles existants qui ont fait leurs preuves – qui précisent les actions nécessaires pour promouvoir l’application de l’approche « Un monde, une santé » aux politiques, aux pratiques et aux comportements susceptibles de minimiser le risque d’émergence et de propagation de zoonoses.

Score**	Indicateurs – Zoonose*		
	P.4.1 Système de surveillance en place pour les zoonoses/agents pathogènes prioritaires.	P.4.2 Personnels vétérinaires et de santé animale.	P.4.3 Mécanismes établis et fonctionnels pour riposter aux zoonoses infectieuses et aux zoonoses potentielles.
Capacité inexistante – 1	Aucun système de surveillance des zoonoses n'existe.	Le pays ne dispose pas de personnels de santé animale en mesure de mener des activités selon l'approche « Un monde, une santé ».	Pas de mécanisme en place.
Capacité limitée – 2	Le pays a identifié les zoonoses/agents pathogènes les plus menaçants pour la santé publique nationale mais n'a pas mis en place de systèmes de surveillance des zoonoses.	Le pays dispose de personnels de santé animale au sein du système national de santé publique.	Une politique, une stratégie ou un plan national de riposte aux zoonoses est en place.
Capacité développée – 3	Des systèmes de surveillance des zoonoses sont en place pour une à quatre des zoonoses/agents pathogènes les plus menaçants pour la santé publique nationale.	Le pays dispose de personnels de santé animale au sein du système national de santé publique et dans moins de la moitié des niveaux infranationaux.	Un mécanisme pour coordonner la riposte aux flambées épidémiques de zoonoses chez l'homme, chez l'animal et dans la faune sauvage est en place.
Capacité démontrée – 4	Des systèmes de surveillance des zoonoses sont en place pour cinq ou plus des zoonoses/agents pathogènes les plus menaçants pour la santé publique nationale.	Le pays dispose de personnels de santé animale au sein du système national de santé publique et dans plus de la moitié des niveaux infranationaux.	Échange d'informations systématique et en temps utile ⁵ entre les unités de surveillance de la santé animale et de la faune sauvage, les unités de surveillance de la santé humaine et les autres secteurs concernés, pour combattre les risques zoonosiques potentiels et les urgences liées aux zoonoses.
Capacité pérenne – 5	Des systèmes de surveillance des zoonoses sont en place pour cinq ou plus des zoonoses/agents pathogènes les plus menaçants pour la santé publique nationale et un système d'amélioration continue est en place.	Le pays dispose de personnels de santé animale au sein du système national de santé publique et à tous les niveaux infranationaux. Un plan pour la formation continue des personnels de santé animale est en place.	Riposte en temps utile ⁶ (tel que défini par les normes nationales) à plus de 80 % des zoonoses potentiellement de portée nationale et internationale.

* Fait référence aux infections zoonosiques qui touchent les animaux et les humains.

** Pour obtenir les scores complets, les capacités doivent être évaluées séparément pour les secteurs humain et animal (bétail, animaux de compagnie et faune sauvage), et des mécanismes doivent être en place pour les comparer régulièrement et élaborer conjointement les politiques dans l'esprit « Un monde, une santé ». Les scores finaux correspondent à la moyenne.

⁵ La notion de temps utile est jugée et déterminée par chaque pays.

⁶ Le terme « en temps utile » fait référence au délai qui s'écoule entre la détection et la riposte.

Remarques

- L'indicateur fait référence à la capacité de surveillance des zoonoses dans le pays.
- Les systèmes de surveillance des zoonoses doivent répondre aux critères suivants :
 - le système de surveillance des zoonoses majeures couvre 80 % des unités administratives de niveau 3 dans le pays (soit « tout le pays ») ;
 - des rapports sont régulièrement remis aux autorités concernées chargées de la santé humaine et animale.
- Des liens doivent être établis entre le ministère de la santé, le ministère de l'agriculture et les spécialistes de la faune sauvage afin de promouvoir le partage d'informations et de données. Ces liens doivent également exister aux niveaux régional et local.
- Le ministère de l'agriculture (ou un autre organisme compétent) doit être en mesure de fournir une estimation précise de la population animale dans le pays et dans chacune des unités administratives.
- Les rapports de l'OIE sur les performances des services vétérinaires (PVS) doivent être utilisés pour connaître lesdites performances, notamment pour évaluer le développement des personnels (Détecter 4).

Questions liées au contexte

1. Quelles sont les zoonoses les plus menaçantes pour la santé publique dans le pays ?
2. Existe-t-il une politique officielle pour « Un monde, une santé » dans le pays ?
3. Au cours des deux dernières années, un exercice a-t-il été conduit ou un événement réel s'est-il produit qui a fait intervenir les ministères de la santé et de l'agriculture, pour pratiquer et tester les compétences des personnels de santé publique animale et humaine à mener des investigations et à riposter à une zoonose ?
 - a. Veuillez décrire l'exercice ou l'événement réel en question.
 - b. Quels ont été les principaux enseignements tirés de l'exercice/l'événement réel ?
4. Comment l'estimation de la population animale dans le pays est-elle calculée ?
 - a. À quelle fréquence cette estimation est-elle réalisée ?
 - b. Quelle entité/organisme est chargé de réaliser cette estimation ?
5. Pouvez-vous énumérer les zoonoses pour lesquelles il existe des politiques visant à réduire leur transmission aux populations humaines ?
 - a. Veuillez décrire l'état d'avancement de la mise en œuvre de ces politiques.
 - b. Existe-t-il un plan pour encourager la notification des maladies animales (qui peut prévoir le versement d'indemnités) ?
 - c. Existe-t-il un plan pour limiter les facteurs susceptibles d'empêcher les fermiers/propriétaires de notifier des maladies animales (ces facteurs peuvent être la méconnaissance du processus de notification, l'absence d'indemnités, la stigmatisation sociale) ?

Questions techniques

P.4.1 Système de surveillance en place pour les zoonoses/agents pathogènes prioritaires

1. Le pays a-t-il mis en place un mécanisme pour identifier les zoonoses prioritaires qui constituent un risque pour la santé au niveau national ?
2. Le pays a-t-il mis en place un système de surveillance des populations animales concernées ?
3. Veuillez décrire les partenariats entre le ministère de la santé, le ministère de l'agriculture et les spécialistes de la faune sauvage liés à la détection et à la riposte aux zoonoses.
 - a. Les différents organismes partagent-ils des rapports d'informations sur la situation ou des rapports sur d'éventuelles flambées épidémiques ?
4. Des liens existe-t-il entre les laboratoires de santé publique et les laboratoires de santé animale ?
 - a. Existe-t-il un processus permettant aux laboratoires de santé publique et aux laboratoires de santé animale de partager des échantillons ?
 - b. Existe-t-il un processus permettant aux laboratoires de santé publique et aux laboratoires de santé animale de partager des comptes rendus de laboratoire ?
 - c. Ces rapports sont-ils partagés régulièrement ou uniquement lorsque des zoonoses sont détectées ou suspectées ?
5. Veuillez décrire les rapports issus des systèmes de surveillance des zoonoses.
 - a. À quels ministères sont transmis les rapports issus des systèmes de surveillance des zoonoses ?
 - b. Comment les systèmes de surveillance des zoonoses sont-ils liés aux systèmes de surveillance des agents pathogènes humains ?
 - c. Existe-t-il des mécanismes permettant de constituer des équipes d'intervention interinstitutions en cas d'épidémie zoonosique suspectée ?
 - d. Existe-t-il un processus permettant aux laboratoires de santé publique et aux laboratoires de santé animale de partager des rapports de surveillance ?
 - e. Comment ces systèmes détectent-ils les maladies émergentes par rapport aux maladies endémiques ?

P.4.2 Personnels vétérinaires et de santé animale

1. Veuillez décrire la formation en santé publique proposée aux personnels vétérinaires et de santé animale dans le pays.
 - a. Veuillez décrire la formation à la lutte contre les zoonoses dans la population animale proposée aux personnels de santé publique dans le pays.
2. Les programmes de formation en épidémiologie de terrain ou équivalent s'adressent-ils aussi aux experts en santé animale et aux vétérinaires ?
3. Quelle est la population animale actuelle dans le pays, y compris les animaux de la ferme et le bétail ?

P.4.3 Mécanismes établis et fonctionnels pour riposter aux zoonoses infectieuses

1. Veuillez décrire la politique, la stratégie ou le plan de riposte aux zoonoses dans le pays.
 - a. Existe-t-il une planification ou une stratégie conjointe entre les secteurs de la santé animale, de la santé humaine et de la faune sauvage ?
 - b. Existe-t-il un mandat entre ces secteurs pour la gestion des zoonoses ?
2. Veuillez décrire comment les dernières zoonoses ont été gérées, par exemple :

- a. Comment l'information est-elle partagée entre les secteurs ?
 - b. À quelle fréquence ces secteurs se réunissent-ils au niveau technique ?
 - c. Disposez-vous d'un rapport d'investigation et de riposte à la dernière flambée zoonosique ?
3. Veuillez décrire les rôles et les responsabilités des secteurs de la santé animale, de la santé humaine et de la faune sauvage lors des dernières zoonoses.
4. Considérez-vous que le pays a la capacité de riposter en temps utile à plus de 80 % des zoonoses ? Quel est le délai d'action actuellement ?

Documentation ou éléments démontrant le niveau de capacité

- Liste des agents pathogènes zoonosiques prioritaires pour la santé publique.
- Description des systèmes existants de surveillance des zoonoses.
- Rapport OIE sur les performances des services vétérinaires (PVS) dans le pays.
- Rapport OIE d'analyse des lacunes des services vétérinaires dans le pays.

Références

- Processus PVS de l'OIE.
- Handbook for the assessment of capacities at the human animal interface, WHO & OIE, 2015 : www.who.int/ihr/publications/handbook_OIE/en/.
- Publication relative à la sécurité sanitaire des aliments : <http://www.who.int/foodsafety/publications/all/en/>.

Sécurité sanitaire des aliments

Cibles – Les États Parties doivent avoir la capacité de surveiller et de riposter aux événements/risques de maladies d'origine alimentaire ou véhiculées par l'eau. Cela nécessite une communication et une collaboration efficaces entre les secteurs chargés de la sécurité sanitaire des aliments, de la sécurité de l'eau et de l'assainissement.

Effet souhaité – Détection en temps utile et riposte efficace aux événements potentiels liés aux aliments, en collaboration avec d'autres secteurs chargés de la sécurité sanitaire des aliments.

Score	Indicateur – Sécurité sanitaire des aliments
	P.5.1 Mécanismes existants et fonctionnels de détection et de riposte aux maladies d'origine alimentaire et à la contamination des aliments.
Capacité inexistante – 1	Pas de mécanisme en place.
Capacité limitée – 2	Des points focaux sont identifiés parmi les parties prenantes concernées (secteur de la sécurité sanitaire des aliments, secteur de la santé humaine, personnels de surveillance et d'intervention, secteur de la santé animale, principaux laboratoires).
Capacité développée – 3	Des liens opérationnels sont établis entre les personnels de surveillance et d'intervention, la sécurité sanitaire des aliments, la santé animale et les laboratoires.
Capacité démontrée – 4	Le personnel chargé de la surveillance et de la riposte, la sécurité sanitaire des aliments, les laboratoires et le secteur de l'agriculture travaillent ensemble sur les risques et les interventions.
Capacité pérenne- 5	Il existe un mécanisme efficace (officiel ou non) d'échange rapide d'informations lors d'investigations sur une flambée de maladie suspectée d'origine alimentaire entre toutes les parties prenantes ou secteurs concernés.

Remarques

- Les indicateurs font référence à la détection et à la riposte aux événements liés à la sécurité sanitaire des aliments et aux démarches en faveur de l'environnement pour mettre en place des mécanismes de contrôle de la sécurité sanitaire des aliments avec une législation, des lois ou une politique appropriées et l'intervention de plusieurs secteurs.
- La capacité de détection comprend la surveillance mais aussi la capacité des laboratoires requise pour faire les vérifications nécessaires lors de la survenue d'un événement.

Questions liées au contexte

1. Y a-t-il des normes nationales ou internationales liées à la sécurité sanitaire des aliments dans le pays ?
2. À quelle fréquence les événements liés à la sécurité sanitaire des aliments se produisent-ils dans le pays chaque année ?
3. Veuillez décrire les derniers événements liés à la sécurité sanitaire des aliments, y compris les intoxications alimentaires ou les flambées de maladies d'origine alimentaire. Comment évaluez-vous la riposte à ces événements ?
4. Le pays participe-t-il au Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN) ?

Questions techniques

P.5.1 Des mécanismes pour la collaboration multisectorielle sont en place pour garantir une riposte rapide aux urgences liées à la sécurité sanitaire des aliments et aux flambées de maladies d'origine alimentaire

Des personnes compétentes ont-elles été nommées au niveau national pour faire partie des équipes de riposte aux flambées épidémiques ?

1. Les personnes choisies pour faire partie des équipes de riposte aux flambées épidémiques sont-elles formées pour mener des investigations sur les flambées de maladies d'origine alimentaire ?
2. Lors de la riposte à un événement/à une flambée épidémique, l'équipe de riposte
 - a. interroge les personnes touchées par la maladie en utilisant un questionnaire standard ?
 - b. élabore et applique une définition des cas ?
 - c. décrit le nombre de cas au moyen d'une liste exhaustive ?
 - d. fournit une description du syndrome et de la source possible de la maladie ?
 - e. prélève des échantillons cliniques appropriés chez les cas symptomatiques ?
3. Le personnel de surveillance et de riposte connaît-il les points focaux pour la sécurité sanitaire des aliments, la santé animale et les principaux laboratoires auxquels il faut s'adresser pour analyser les échantillons cliniques et/ou alimentaires recueillis pendant un événement ?
4. Existe-t-il un mécanisme efficace (officiel ou non) d'échange rapide d'informations, lors des investigations sur une flambée suspectée de maladie d'origine alimentaire, entre toutes les parties prenantes ou secteurs concernés ?
5. Existe-t-il une collaboration multisectorielle pour établir un profil des risques liés à des problèmes de sécurité sanitaire des aliments pour aider à identifier les possibilités de mise en œuvre de stratégies de gestion des risques appropriées par les autorités ?

6. Existe-t-il dans le pays un mécanisme de communication efficace entre les parties prenantes impliquées dans la sécurité sanitaire des aliments ? Un tel mécanisme signifie s'accorder sur :
 - a. les informations à partager ;
 - b. le moment où les informations doivent être partagées ;
 - c. les personnes qui doivent être informées ;
7. Comment les informations sont-elles partagées ? Y a-t-il un mécanisme et du matériel de communication en place pour informer, éduquer et conseiller les parties prenantes tout au long de la chaîne de la production à la consommation ?
8. Les systèmes de gestion des contrôles de la sécurité sanitaire des aliments ont-ils été mis en œuvre ?

Références

- Publication sur la sécurité sanitaire des aliments : <http://www.who.int/foodsafety/publications/all/en/>.

Sécurité et sûreté biologiques

Cibles – Mise en place d'un système national de sécurité et sûreté biologiques impliquant l'ensemble du gouvernement, qui soit en mesure d'identifier, de stocker, de sécuriser et de surveiller les agents pathogènes particulièrement dangereux dans un nombre réduit de structures conformément aux meilleures pratiques ; dispensation de formations et sensibilisation par l'éducation à la gestion des risques biologiques afin de promouvoir une culture partagée de la responsabilité, de réduire les risques de double usage, de limiter la prolifération biologique et les menaces liées à un usage délibéré, et d'assurer le transfert des agents biologiques en toute sécurité ; mise en place d'une législation sur la sécurité et la sûreté biologiques propre à chaque pays, de l'homologation des laboratoires, et de mesures de lutte contre les agents pathogènes.

Mesure des cibles – Nombre de pays qui disposent d'un cadre national et d'un système global de supervision pour la sécurité et la sûreté biologiques, de collections de souches, de laboratoires de confinement et de systèmes de surveillance permettant l'identification et la conservation des collections de souches dans un nombre réduit de structures.

Effet souhaité – Mise en œuvre d'un programme national de supervision global, pérenne et intégré à la législation pour la sécurité et la sûreté biologiques, notamment concernant l'utilisation, le stockage, l'élimination et le confinement sûrs et sans danger des agents pathogènes présents dans les laboratoires et dans un nombre réduit de structures à travers le pays, y compris les établissements de recherche, de diagnostic et de biotechnologie. Présence d'experts en gestion des risques biologiques possédant les compétences nécessaires pour former les autres au sein de leurs institutions respectives. Mise en place des meilleures pratiques, renforcées et pérennes, en matière de gestion des risques biologiques, en employant des outils pédagogiques communs. Promotion des tests diagnostiques rapides sans culture préalable, comme composante de la gestion des risques biologiques. Le transport des substances infectieuses sera également pris en compte.

Score	Indicateurs – Sécurité et sûreté biologiques	
	P.6.1 Existence d'un système de sécurité et de sûreté biologiques impliquant l'ensemble du gouvernement pour les structures humaines, animales et agricoles.	P.6.2 Formation et pratiques dans le domaine de la sécurité et de la sûreté biologiques.
Capacité inexistante – 1	Aucune composante d'un système national global de sécurité et de sûreté biologiques n'est en place.	Aucune formation ni plan pour la sécurité et la sûreté biologiques ne sont en place.
Capacité limitée – 2	Certaines composantes d'un système global de sécurité et de sûreté biologiques sont en place, mais pas toutes ; le pays : commence à surveiller et à tenir un registre et un inventaire à jour des agents pathogènes au sein des structures qui stockent ou manipulent des agents pathogènes et toxines dangereux et autres substances ; élabore, mais n'a pas encore finalisé, une législation nationale globale en matière de sécurité et de sûreté biologiques ; développe l'homologation des laboratoires ; élabore des mesures de lutte contre les agents pathogènes, notamment des normes pour le confinement physique et la manipulation opérationnelle, et des systèmes de notification des incidents de confinement ; n'a pas regroupé les agents pathogènes et toxines dangereux dans un nombre restreint de structures ; n'emploie pas les méthodes diagnostiques sans culture préalable d'agents pathogènes dangereux ; n'applique pas de mécanismes de supervision et d'application contraignante.	Les pays a réalisé une évaluation des besoins en formation et identifié les lacunes en matière de formation à la sécurité et à la sûreté biologiques, mais n'a pas encore mis en place de formation globale ni de programme commun d'enseignement. De manière générale, les personnels de laboratoire sont insuffisamment formés aux meilleures pratiques en matière de sécurité et de sûreté biologiques au niveau international pour pouvoir travailler en toute sécurité et de manière responsable. Le pays n'a pas encore mis en place de cursus pérenne au sein des établissements qui forment les personnels chargés de conserver ou de manipuler des agents pathogènes et toxines dangereux.
Capacité développée – 3	La mise en place d'un système national global de sécurité et de sûreté biologiques est en cours ; le pays : finalise le processus visant à appuyer une surveillance active et la tenue d'un registre et d'un inventaire à jour des agents pathogènes au sein des structures qui stockent ou manipulent des agents pathogènes et toxines dangereux ; finalise l'élaboration et la mise en œuvre d'une législation nationale globale en matière de de sécurité et de sûreté biologiques ; finalise l'élaboration et la mise en œuvre de l'homologation des laboratoires ; finalise l'élaboration et la mise en œuvre de mesures de lutte contre les agents pathogènes, notamment de normes pour le confinement physique et la manipulation opérationnelle, et des systèmes de	Le pays a mis en place un programme de formation avec un programme commun d'enseignement qu'il commence à mettre en œuvre. Le pays a mis en place un programme de formation dans la plupart des structures qui abritent ou qui travaillent avec des agents pathogènes et toxines dangereux. Le personnel a été formé à la sécurité et à la sûreté biologiques dans certaines structures qui abritent ou qui travaillent avec des agents pathogènes et toxines dangereux. Le pays élabore, mais n'a pas encore mis en œuvre, un programme de formation des formateurs dans le domaine de la sûreté biologique. Le pays élabore un cursus pérenne à l'intention des personnels chargés de conserver ou de manipuler des agents pathogènes et

Score	Indicateurs – Sécurité et sûreté biologiques	
	P.6.1 Existence d'un système de sécurité et de sûreté biologiques impliquant l'ensemble du gouvernement pour les structures humaines, animales et agricoles.	P.6.2 Formation et pratiques dans le domaine de la sécurité et de la sûreté biologiques.
	<p>notification des incidents de confinement ; commence à regrouper les agents pathogènes et toxines dangereux dans un nombre restreint de structures ; commence à mettre en place des outils et ressources pour encourager le recours à des méthodes diagnostiques sans culture préalable d'agents pathogènes dangereux ; commence à mettre en place des mécanismes de supervision et d'application contraignante.</p>	<p>toxines dangereux.</p>
Capacité démontrée – 4	<p>Un système de sécurité et de sûreté biologiques est en place, mais il n'est pas pérenne ; le pays : surveille activement et tient un registre et un inventaire à jour des agents pathogènes au sein des structures qui stockent ou manipulent des agents pathogènes et toxines dangereux ; applique une législation nationale globale édictée en matière de sécurité et de sûreté biologiques ; applique l'homologation des laboratoires ; applique des mesures de lutte contre les agents pathogènes, notamment des normes pour le confinement physique et la manipulation opérationnelle, et des systèmes de notification des incidents de confinement ; regroupe les agents pathogènes et toxines dangereux dans un nombre restreint de structures ; emploie des méthodes diagnostiques sans culture préalable d'agents pathogènes dangereux ; met en œuvre des mécanismes de supervision et d'application contraignante.</p>	<p>Le pays a mis en place un programme de formation avec un programme commun d'enseignement et un programme de formation des formateurs. Le pays a mis en place un programme de formation dans toutes les structures qui abritent ou qui travaillent avec des agents pathogènes et toxines dangereux. Le personnel a été formé à la sécurité et à la sûreté biologiques dans toutes les structures qui abritent ou qui travaillent avec des agents pathogènes et toxines dangereux. Le pays met en œuvre un programme de formation des formateurs. Le pays a mis en place un cursus pérenne au sein des établissements qui forment les personnels chargés de conserver ou de manipuler des agents pathogènes et toxines dangereux. Le pays a des capacités limitées pour assurer seul la pérennité des activités précitées.</p>
Capacité pérenne – 5	<p>Un système pérenne de sécurité et de sûreté biologiques est en place ; le pays : remplit les six critères énoncés dans la partie « Capacité démontrée » et, en plus, les ministères ont débloqué les financements et fourni l'appui politiques nécessaires pour le système national global de sécurité et de sûreté biologiques, y compris l'entretien des structures et du matériel.</p>	<p>Le pays a mis en place un programme de formation pérenne, un programme de formation des formateurs et un programme commun d'enseignement. Le personnel est évalué au moins une fois par an et des exercices pour tester les protocoles liés aux risques biologiques sont réalisés. Le pays remplit les cinq premiers critères énoncés dans la partie « Capacité démontrée » et dispose des financements et des capacités</p>

Score	Indicateurs – Sécurité et sûreté biologiques	
	P.6.1 Existence d'un système de sécurité et de sûreté biologiques impliquant l'ensemble du gouvernement pour les structures humaines, animales et agricoles.	P.6.2 Formation et pratiques dans le domaine de la sécurité et de la sûreté biologiques.
		<p>pour pérenniser les activités précitées.</p> <p>Chaque année, une évaluation des besoins en formation est réalisée et une formation d'actualisation des connaissances dans les domaines nécessaires est dispensée.</p> <p>Une formation aux procédures d'action d'urgence est dispensée chaque année.</p>

Remarques : s. o.

Questions liées au contexte : s. o.

Questions techniques

P.6.1 Existence d'un système de sécurité et de sûreté biologiques impliquant l'ensemble du gouvernement pour les structures humaines, animales et agricoles

1. Surveillance active et tenue d'un registre et d'un inventaire à jour des agents pathogènes au sein des structures qui stockent ou manipulent des agents pathogènes et toxines dangereux.
 - a. Le pays a-t-il mis en place un registre régulièrement mis à jour des lieux et des structures qui abritent des agents pathogènes et toxines dangereux ?
 - i. Les collections d'agents pathogènes et de toxines ont-elles été identifiées ?
2. Application d'une législation nationale globale édictée en matière de sécurité et de sûreté biologiques.
 - a. Le pays a-t-il mis en place une législation et/ou une réglementation en matière de sûreté biologique ? Sont-elles appliquées ?
 - b. Le pays a-t-il mis en place une législation et/ou une réglementation en matière de sécurité biologique ? Sont-elles appliquées ?
 - c. Veuillez fournir une copie de la législation, de la réglementation ou du cadre national pour la sûreté biologique et une copie de la législation, de la réglementation ou du cadre national pour la sécurité biologique.
 - i. Veuillez décrire comment ces informations sont partagées avec les laboratoires aux niveaux infranationaux dans le pays.
 - ii. La réglementation et/ou les lignes directrices pour la sûreté biologique sont-elles suivies par les laboratoires dans le pays ? Qu'en est-il de la sécurité biologique ?
 - iii. Veuillez décrire les activités de surveillance de la sûreté biologique et celles de la sécurité biologique.

- iv. La sûreté biologique des laboratoires nationaux a-t-elle été évaluée par un tiers ? Qu'en est-il de la sécurité biologique ?
 - 1. Quand a eu lieu cette évaluation ?
 - 2. Les recommandations issues de cette évaluation de la sûreté biologique ont-elles été suivies ? Qu'en est-il de la sécurité biologique ?
 - v. Quel type de laboratoire nécessite une homologation dans le pays ?
 - vi. Les conditions d'homologation et les exigences de sécurité et de sûreté sont-elles communes à tous les laboratoires homologués ? Si tel est le cas, quelles sont-elles ?
 - vii. Comment l'homologation des laboratoires est-elle surveillée dans le pays ?
 - viii. Les financements pour appuyer les programmes/initiatives pour la sûreté biologique, et la supervision et l'application contraignante au niveau ministériel sont-ils suffisants ? Qu'en est-il de la sécurité biologique ?
 - ix. Existe-t-il un mécanisme pour la supervision de la recherche à double usage en matière de sûreté biologique et un code de conduite de responsabilisation pour les scientifiques ? Cela peut comprendre un comité pour la sécurité biologique ou autre comité d'examen.
3. Application de l'homologation des laboratoires et des mesures de lutte contre les agents pathogènes, notamment des exigences de confinement physique et de pratiques opérationnelles, et des systèmes de notification des incidents de confinement.
- a. Sûreté physique : des mesures de sûreté appropriées sont-elles en place pour minimiser l'élimination ou la libération inappropriées potentielles d'agents biologiques (par exemple vol, séisme, inondation) ?
 - b. Sûreté des informations : l'accès aux informations sensibles (par exemple l'inventaire des agents pathogènes et des toxines) est-il contrôlé par des politiques et procédures adéquates ?
 - c. Sûreté du transport : existe-t-il des procédures pour le transport sûr et sécurisé des cultures, des prélèvements, des échantillons et autres produits contaminés, et sont-elles suivies ?
 - d. Sûreté du personnel : existe-t-il un mécanisme pour déterminer qui parmi les membres du personnel est autorisé à accéder aux agents pathogènes dangereux ?
 - e. Pratiques en matière de sécurité et sûreté biologiques dans les structures qui abritent ou manipulent des agents pathogènes dangereux :
 - i. Y a-t-il des programmes de gestion de la sécurité et de la sûreté biologiques propres aux sites, accompagnés de documents (manuels, modes opératoires normalisés, aide-mémoire, dossiers) disponibles pour la sécurité et la sûreté biologiques, la riposte à des incidents et des plans d'urgence (par exemple en cas d'explosion, d'incendie, d'inondation, d'exposition du personnel, d'accident ou de maladie, de déversement majeur) ?
 - ii. Les rôles et les responsabilités liés à la gestion de la sécurité et de la sûreté biologiques sont-ils définis et documentés (agent de sécurité biologique, responsable de la sûreté) ?
 - iii. Les risques liés à la sécurité et à la sûreté biologiques ont-ils été évalués et classés ?
 - iv. Les mesures de contrôle de la sécurité et de la sûreté biologiques sont-elles décrites dans un plan d'action ?
 - v. Existe-t-il des mécanismes pour s'assurer que le personnel est adapté et compétent (par exemple en appliquant les meilleures pratiques) dans la gestion des ressources humaines (par exemple vérification des études/formations suivies et des emplois précédemment occupés, examen périodique des compétences), qu'il a suivi des formations, qu'il fait l'objet d'un programme d'encadrement, qu'il est capable de travailler sans supervision) ?

- f. Y a-t-il un système en place pour réaliser des audits dans les laboratoires ?
 - i. Si tel est le cas, les audits sont-ils régulièrement réalisés ?
 - ii. Quelle organisation réalise ces audits ? Est-elle gouvernementale ou extérieure ?
 - iii. Quels types de laboratoires sont soumis à ces audits ?
- g. Les laboratoires ont-ils une certification ISO appropriée ? Si tel est le cas, quelles certifications ISO ces établissements ont-ils ?
- h. Les laboratoires nationaux ont-ils d'autres qualifications pertinentes ? (par exemple centre collaborateur de l'OMS, laboratoire de référence OIE, laboratoire de référence/centre collaborateur de la FAO)
- 4. Regroupement des agents pathogènes et toxines dangereux dans un nombre restreint de structures.
 - a. Le pays a-t-il envisagé de regrouper les lieux où sont stockés des agents pathogènes et toxines dangereux et, si tel est le cas, les mesures ont-elles été appliquées ?
 - i. Sinon, un regroupement sera-t-il envisagé ?
 - b. Les collections d'agents pathogènes dangereux ont-elles été regroupées dans un nombre restreint de structures ?
- 5. Emploi de méthodes diagnostiques sans culture préalable d'agents pathogènes dangereux.
 - a. Le pays utilise-t-il des tests diagnostiques qui ne nécessitent pas de culture préalable d'agents pathogènes dangereux ?
- 6. Mise en œuvre d'un mécanisme de supervision et d'application contraignante, et action des ministères pour débloquer les financements nécessaires afin d'appuyer le système national global de sécurité et de sûreté biologiques.
 - a. Existe-t-il des mécanismes de supervision, d'application contraignante et de soumission à la législation, à la réglementation et/ou à des lignes directrices en matière de sûreté biologique ? Qu'en est-il de la sécurité biologique ?
 - b. Le pays dispose-t-il de financements pour ces activités ? La source de financement est-elle pérenne ?

P.6.2 Formation et pratiques dans le domaine de la sécurité et de la sûreté biologiques

- 1. Le pays a mis en place un programme de formation dans toutes les structures qui abritent ou manipulent des agents pathogènes et toxines dangereux.
 - a. Existe-t-il une formation à la sûreté biologique dans toutes les structures qui abritent ou manipulent des agents pathogènes dangereux ? Qu'en est-il de la formation à la sécurité biologique ?
 - b. Existe-t-il un programme commun d'enseignement pour la formation à la sûreté biologique dans toutes les structures qui abritent ou manipulent des agents pathogènes dangereux ? Qu'en est-il de la sécurité biologique ?
- 2. Le personnel a été formé à la sécurité et à la sûreté biologiques dans toutes les structures qui abritent ou manipulent des agents pathogènes et toxines dangereux.
 - a. Votre pays réalise-t-il des évaluations des besoins en formation à la sécurité et à la sûreté biologiques ? À quelle fréquence ?
 - b. À quelle fréquence le personnel suit-il des formations aux procédures de sûreté biologique ? Qu'en est-il de la sécurité biologique ?
 - c. À quelle fréquence le personnel est évalué ou s'exerce aux procédures de sûreté biologique ? Qu'en est-il de la sécurité biologique ?
 - d. Comment ces exercices sont-ils surveillés et évalués ?
 - e. Ces exercices comprennent-ils un processus pour documenter les réussites et les domaines à améliorer ?
 - f. Des plans contenant des mesures correctives ont-ils été mis en place ?

3. Le pays met en œuvre un programme de formation des formateurs.
 - a. Votre pays a-t-il un programme de formation des formateurs pour la sécurité et la sûreté biologiques ?
4. Le pays a mis en place un cursus pérenne au sein des établissements qui forment les personnels chargés de conserver ou de manipuler des agents pathogènes et toxines dangereux.
 - a. Les établissements d'enseignement du pays proposent-ils des programmes de formation à la sécurité biologique pour les personnes qui manipulent des agents pathogènes dangereux ?
5. Le pays a les financements et les capacités de maintenir la formation à la sécurité et à la sûreté biologiques.
 - a. Le pays dispose-t-il de financements pour ces activités ? La source de financement est-elle pérenne ?

Questions relatives à l'entretien des structures et du matériel de sécurité biologique

1. Les nouvelles structures sont-elles planifiées avec l'affectation de ressources à long terme pour en assurer le fonctionnement et l'entretien, et font-elles l'objet d'un lancement officiel avant leur ouverture ?
2. Les enceintes de sécurité biologique peuvent-elles être réparées localement ?
3. Y a-t-il suffisamment de ressources nationales (budgétaires et humaines) pour permettre l'entretien correct et en temps utile des structures et du matériel ?

Questions supplémentaires

1. Y a-t-il une formation d'initiation et d'actualisation des connaissances pour tout le personnel de laboratoire dans le domaine de la sécurité et de la sûreté biologiques ?
2. Y a-t-il une politique adéquate de gestion des déchets ?
3. Existe-t-il un mécanisme pour garantir et suivre les compétences du personnel et leur formation dans tous les laboratoires ?
4. Chaque structure dispose-t-elle de suffisamment d'équipements de protection individuelle au vu de l'évaluation des risques locaux ?
5. Existe-t-il un cadre pour documenter, notifier, investiguer et résoudre les incidents et les accidents qui se produisent au sein d'une structure ou au niveau national ?
6. La réglementation nationale pour le transport des matières infectieuses (catégories A et B) est-elle en place et à jour ?
 - a. Si tel est le cas, les transporteurs locaux de matières infectieuses respectent-ils la réglementation nationale ?
 - b. Les personnes chargées de l'expédition des échantillons ont-elles accès à une formation au transport de matières infectieuses ?
 - i. Si tel est le cas, ces formations sont-elles en ligne avec la réglementation des Nations Unies sur le transport des matières infectieuses ?
7. Le personnel de laboratoire bénéficie-t-il de l'égalité d'accès aux services de médecine du travail dans toutes les structures ?
8. Existe-t-il une politique de vaccination spécifique (prophylaxie avant exposition) pour le personnel de laboratoire (hépatite B et autres maladies pertinentes) ?

9. Un traitement prophylactique après exposition est-il proposé au personnel de laboratoire dans toutes les structures ?

Documentation ou éléments démontrant le niveau de capacité

- Documentation relative aux collections d'agents pathogènes dangereux existant dans le pays.
- Élaboration, promulgation et application de la législation nationale relative à la sécurité et à la sûreté biologiques.
- Agents de sécurité biologique certifiés et en poste dans tous les laboratoires susceptibles de manipuler des agents pathogènes dangereux.
- Document décrivant la politique de gestion des risques biologiques ou de la sécurité biologique dans une structure, sous la forme d'une déclaration écrite signée et revue chaque année.
- Affiliation en bonne voie à une association régionale ou internationale pour la sécurité biologique.
- Rapport OIE sur les performances des services vétérinaires dans le pays (également inclus dans la partie Prévenir 2 – Zoonoses).
- Rapport OIE d'analyse des lacunes des services vétérinaires dans le pays (également inclus dans la partie Prévenir 2 – Zoonoses).
- Rapport OIE sur la mission des laboratoires des services vétérinaires dans le pays.

Glossaire

- Sécurité biologique : la sécurité biologique des laboratoires décrit les principes, les technologies et les pratiques de confinement mis en œuvre pour prévenir l'exposition involontaire à des agents pathogènes et à des toxines, ou leur libération accidentelle.
- Sûreté biologique : la sûreté biologique des laboratoires décrit la protection, le contrôle et la responsabilisation liés aux matières biologiques de valeur présentes dans les laboratoires, ainsi que les informations liées à ces matières et la recherche à double usage, afin de prévenir l'accès non autorisé, la perte, le vol, le mauvais usage, le détournement ou la libération intentionnelle de ces matières.
- Agents pathogènes et toxines dangereux : à titre d'exemple, le Groupe d'Australie, groupement informel de pays, publie une liste d'agents pathogènes et toxines humains et animaux dont l'exportation doit être contrôlée (http://www.australiagroup.net/en/human_animal_pathogens.html).

Vaccination

Cibles – Un système national performant de délivrance de vaccins – envergure nationale, distribution efficace, accès des populations marginalisées, chaîne du froid adaptée et contrôle systématique de la qualité – en mesure de répondre aux nouvelles menaces de maladies.

Mesure des cibles – Couverture de 90 % à 95 % de la population pédiatrique âgée de 12 mois dans le pays avec au moins une dose de vaccin à valence rougeole, documentée par des enquêtes de couverture ou des données administratives.

Effet souhaité – Protection efficace à travers la réalisation et le maintien de la vaccination contre la rougeole et contre d'autres maladies à prévention vaccinale à tendance épidémique. L'accent est mis sur la vaccination contre la rougeole car elle est largement reconnue comme un indicateur indirect de la vaccination globale contre les maladies à prévention vaccinale. Les pays doivent également identifier et cibler les populations à risque de maladies à prévention vaccinale à tendance épidémique d'importance nationale (par exemple le choléra, l'encéphalite japonaise, la méningococcie, la fièvre typhoïde et la fièvre jaune) pour les vacciner. Dans le cas de maladies transmissibles des bovins aux humains, telles que la maladie du charbon ou la rage, la vaccination animale doit également être prise en compte.

Score	Indicateurs – Vaccination	
	P.7.1 La couverture vaccinale (rougeole) fait partie intégrante d'un programme national.	P.7.2 Accès et délivrance de vaccins au niveau national.
Capacité inexistante – 1	Moins de 50 % de la population pédiatrique âgée de 12 mois dans le pays a reçu au moins une dose de vaccin à valence rougeole, d'après les enquêtes de couverture ou les données administratives ; un plan a été mis en place pour améliorer la couverture, notamment des activités de vaccination supplémentaires.	Aucun plan n'a été mis en place pour la délivrance de vaccins au niveau national OU des plans de vaccination des populations cibles dans l'ensemble du pays ont été élaborés mais n'ont pas été mis en œuvre ; des erreurs de prévisions et d'approvisionnement en vaccins entraînent régulièrement des ruptures de stocks au niveau central et dans les districts.
Capacité limitée – 2	Entre 50 % et 69 % de la population pédiatrique âgée de 12 mois dans le pays a reçu au moins une dose de vaccin à valence rougeole, d'après les enquêtes de couverture ou les données administratives ; un plan a été mis en place pour parvenir à 90 % dans les cinq prochaines années, avec des activités de vaccination supplémentaires.	Les activités liées au maintien de la chaîne du froid pour la délivrance de vaccins ont commencé mais concernent moins de 40 % des districts dans le pays OU la délivrance de vaccins (en maintenant la chaîne du froid) concerne moins de 40 % de la population cible dans le pays ; des erreurs de prévisions et d'approvisionnement en vaccins entraînent occasionnellement des ruptures de stocks au niveau central et dans les districts.
Capacité développée – 3	Entre 70 % et 89 % de la population pédiatrique âgée de 12 mois dans le pays a reçu au moins une dose de vaccin à valence rougeole, d'après les enquêtes de couverture ou les données administratives ; un plan a été mis en place pour parvenir à 90 % dans les trois prochaines années.	La délivrance de vaccins (en maintenant la chaîne du froid) concerne entre 40 % et 59 % des districts dans le pays OU la délivrance de vaccins (en maintenant la chaîne du froid) concerne entre 40 % et 59 % de la population cible dans le pays ; les prévisions et l'approvisionnement en vaccins n'entraînent pas de ruptures de stocks au niveau central mais en entraînent occasionnellement dans les districts.
Capacité démontrée – 4	90 % de la population pédiatrique âgée de 12 mois dans le pays a reçu au moins une dose de vaccin à valence rougeole, d'après les enquêtes de couverture ou les données administratives. 80 % des unités infranationales (districts/provinces) sont couvertes.	La délivrance de vaccins (en maintenant la chaîne du froid) concerne entre 60 % et 79 % des districts dans le pays OU la délivrance de vaccins (en maintenant la chaîne du froid) concerne entre 60 % et 79 % de la population cible dans le pays ; les prévisions et l'approvisionnement en vaccins sont efficaces et n'entraînent pas de ruptures de stocks au niveau central et en entraînent rarement dans les districts.
Capacité pérenne – 5	95 % de la population pédiatrique âgée de 12 mois dans le pays a reçu au moins une dose de vaccin à valence rougeole, d'après les enquêtes de couverture ou les données administratives ; <u>ou</u> 90 % de la population pédiatrique âgée de 12 mois a reçu au moins une dose de vaccin à valence rougeole, et la progression, les plans et les capacités sont en place pour parvenir à 95 % d'ici à 2020. Plus de 80 % des unités infranationales (districts/provinces) sont couvertes.	La délivrance de vaccins (en maintenant la chaîne du froid) concerne plus de 80 % des districts dans le pays OU la délivrance de vaccins (en maintenant la chaîne du froid) concerne plus de 80 % de la population cible dans le pays ; des systèmes ont été mis en place pour atteindre les populations marginalisées en utilisant des pratiques culturellement adaptées ; la délivrance de vaccins a été testée à travers une campagne de vaccination ou un exercice fonctionnel à l'échelle du pays ; les prévisions et l'approvisionnement en vaccins sont efficaces et n'entraînent pas de rupture de stock.

Remarques : s. o.

Questions liées au contexte

- Veuillez indiquer si d'autres vaccinations importantes dans le pays, hors du champ du Plan d'action mondial pour les vaccins de l'OMS (par exemple, le choléra, l'encéphalite japonaise, la méningococcie, la fièvre typhoïde et la fièvre jaune ou tout autre), sont en place.
- La perception du public est-elle suivie en matière de vaccination ? Les campagnes de vaccinations permettent-elles de régler les problèmes liés à la perception ?

Questions techniques

P.7.1 La couverture vaccinale (rougeole) fait partie intégrante d'un programme national

1. Le pays a-t-il un programme ou un plan de vaccination au niveau national ?
 - a. Quelles maladies à prévention vaccinale sont couvertes par ce programme ou ce plan ?
 - b. Veuillez indiquer les taux de couverture cibles pour chacun de ces vaccins.
 - c. Le plan d'action national pour les vaccins est-il aligné sur le Plan d'action mondial pour les vaccins de l'OMS ?
 - d. Le plan national tient-il compte des zoonoses de portée nationale ?
 - e. La vaccination est-elle obligatoire ou volontaire ?
2. Quels programmes ou mesures incitatives sont en place pour encourager/appuyer la vaccination systématique ?
3. Quels sont les facteurs qui découragent/entravent la vaccination systématique ?
4. Veuillez décrire les systèmes utilisés pour surveiller la couverture vaccinale.
 - a. Le pourcentage de couverture de la vaccination contre la rougeole et contre la diphtérie-tétanos-coqueluche est-il suivi dans la population ?
 - b. Quels bureaux ou organismes participent à la surveillance de la couverture vaccinale dans le pays ?
 - c. À quelle fréquence la couverture vaccinale est-elle mesurée ?
 - d. Quelle est la source et la qualité des données utilisées comme dénominateur dans les estimations de couverture ?
 - e. Quels systèmes avez-vous mis en place pour surveiller la qualité des données de couverture ?
5. Y a-t-il des moyens spécifiques (financement ou personnel) pour collecter/communiquer les données ?

P.7.2 Accès et délivrance de vaccins au niveau national

1. Veuillez décrire comment les systèmes nationaux garantissent le maintien de la chaîne du froid nécessaire pour la délivrance de vaccins dans tout le pays.
2. Quelle structure et quels mécanismes sont en place pour garantir un approvisionnement durable afin que le programme soit un succès ?

3. Veuillez décrire la ou les dernières campagnes de vaccination nationales ou les exercices fonctionnels récents portant sur la distribution et/ou l'administration des vaccins dans le pays.
4. Y a-t-il des moyens spécifiques (financement ou personnel) pour la délivrance des vaccins ?

Documentation ou éléments démontrant le niveau de capacité : s. o.

Références

- **Programme PEV de l'OMS:** http://www.who.int/immunization/programmes_systems/supply_chain/benefits_of_immunization/en/.
- **Programmes OMS d'éradication de la rougeole et de la poliomyélite.**
- **Plan d'action mondial pour les vaccins de l'OMS** http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/fr/.

DÉTECTER

Système national de laboratoires

Cibles – Surveillance biologique en temps réel avec un système national de laboratoires et des tests diagnostiques modernes et efficaces sur les lieux de soins et en laboratoire.

Mesure des cibles – Un système de laboratoires d’envergure nationale en mesure de réaliser de manière fiable au moins cinq des dix tests principaux sur des échantillons correctement identifiés et collectés lors d’une épidémie, et transportés en toute sécurité vers des laboratoires agréés à partir d’au moins 80 % des zones/districts intermédiaires dans le pays.

Effet souhaité – Utilisation efficace d’un système de laboratoires d’envergure nationale en mesure de détecter et de caractériser en toute sécurité et avec précision les agents pathogènes qui causent des maladies épidémiques, y compris les menaces connues et les nouvelles menaces, provenant de tout le pays. Déploiement élargi, utilisation et maintien de tests ou de dispositifs diagnostiques modernes, sans danger, sûrs, appropriés et d’un coût abordable.

Score*	Indicateurs – Système national de laboratoires			
	D.1.1 Analyses en laboratoire pour la détection des maladies prioritaires.	D.1.2 Système pour le transfert et le transport d'échantillons.	D.1.3 Tests diagnostiques modernes et efficaces sur les lieux de soins et en laboratoire.	D.1.4 Système de qualité des laboratoires.
Capacité inexistante – 1	Le système national de laboratoires n'est en mesure de réaliser aucun des tests principaux.	Aucun système n'est en place pour le transport d'échantillons à partir de zones/districts intermédiaires vers les laboratoires nationaux ; il n'existe que le transport ad hoc.	Aucun élément n'indique l'utilisation de tests diagnostiques rapides et précis sur les lieux de soins et en laboratoire. Aucune stratégie de tests diagnostiques spécifiques à plusieurs niveaux n'est documentée.	Il n'y a pas de normes de qualité nationales pour les laboratoires.
Capacité limitée – 2	Le système national de laboratoires est en mesure de réaliser un à deux tests principaux.	Un système est en place pour le transport d'échantillons vers les laboratoires nationaux pour réaliser des tests diagnostiques avancés dans moins de 50 % des zones/districts intermédiaires dans le pays.	Des capacités minimales pour réaliser des tests diagnostiques en laboratoire existent dans le pays, mais aucune stratégie de tests diagnostiques spécifiques à plusieurs niveaux n'est documentée. On utilise des tests diagnostiques sur les lieux de soins pour les maladies prioritaires dans le pays.	Des normes de qualité nationales ont été définies mais il n'y a aucun système pour vérifier qu'elles sont appliquées.
Capacité développée – 3	Le système national de laboratoires est en mesure de réaliser trois à quatre tests principaux.	Un système est en place pour le transport d'échantillons vers les laboratoires nationaux pour réaliser des tests diagnostiques avancés dans 50 % à 80 % des zones/districts intermédiaires dans le pays.	Des stratégies de tests diagnostiques spécifiques à plusieurs niveaux sont documentées, mais elles ne sont pas pleinement appliquées. Le pays maîtrise les techniques diagnostiques classiques, y compris la bactériologie, la sérologie et la PCR dans certains laboratoires, mais il y a peu de procédures de confirmation des résultats ou de transfert d'échantillons. Le pays utilise des tests diagnostiques sur les lieux de soins pour les maladies prioritaires dans le pays, et pour au moins une autre maladie prioritaire.	Il existe un système d'homologation des laboratoires d'analyses médicales, qui implique la conformité à des normes de qualité nationales, mais la démarche est volontaire et ne constitue pas une obligation pour tous les laboratoires.
Capacité démontrée – 4	Le système national de laboratoires est en mesure de réaliser au moins cinq des dix tests principaux.	Un système est en place pour le transport d'échantillons vers les laboratoires nationaux pour réaliser des tests diagnostiques avancés dans au moins 80 % des zones/districts intermédiaires dans le pays.	Des stratégies de tests diagnostiques spécifiques à plusieurs niveaux sont documentées et pleinement appliquées ; il existe un système national de transfert d'échantillons et de tests diagnostiques confirmatoires, allant jusqu'aux techniques modernes de biologie moléculaire ou de sérologie utilisées dans les laboratoires nationaux et/ou régionaux. Le pays utilise des tests diagnostiques sur les lieux de soins conformément aux stratégies de tests diagnostiques à plusieurs niveaux pour les	L'obtention d'une homologation est obligatoire pour tous les laboratoires d'analyses médicales, de même que la conformité aux normes de qualité nationales.

Score*	Indicateurs – Système national de laboratoires			
	D.1.1 Analyses en laboratoire pour la détection des maladies prioritaires.	D.1.2 Système pour le transfert et le transport d'échantillons.	D.1.3 Tests diagnostiques modernes et efficaces sur les lieux de soins et en laboratoire.	D.1.4 Système de qualité des laboratoires.
			maladies prioritaires dans le pays.	
Capacité pérenne – 5	En plus de répondre aux critères de la partie « capacité démontrée », le pays a mis en place un système national d'approvisionnement et d'assurance de la qualité.	« Capacité démontrée » plus transport d'échantillons vers/à partir d'autres laboratoires dans la région ; le transport d'échantillons est financé par le budget du pays hôte.	Le pays a des capacités pérennes pour employer des techniques modernes de biologie moléculaire ou de sérologie dans le cadre du système national de transfert d'échantillons et de tests diagnostiques confirmatoires. Le pays utilise des moyens diagnostiques rapides et précis sur les lieux de soins conformément aux stratégies de tests diagnostiques spécifiques à plusieurs niveaux. Le pays fait aussi officiellement appel à d'autres laboratoires de référence qui disposent de moyens diagnostiques non disponibles dans le pays, lorsqu'ils sont nécessaires pour compléter les stratégies nationales de tests diagnostiques pour au moins sept des dix tests en laboratoire requis pour les maladies prioritaires. Le pays est en mesure de financer seul ce type de démarches (les donateurs contribuent à hauteur de 20 % maximum).	L'obtention d'une homologation est obligatoire pour tous les laboratoires d'analyses médicales, de même que la conformité aux normes de qualité internationales.

* Pour obtenir les scores complets, les capacités doivent être évaluées séparément pour les secteurs humain et animal, et des mécanismes doivent être en place pour les comparer régulièrement et élaborer conjointement les politiques dans l'esprit « Un monde, une santé ». Les scores finaux correspondent à la moyenne.

Remarques

- Les indicateurs font référence à la capacité des laboratoires nationaux dans le pays.
- Le système national de laboratoires doit comprendre :
 - l'aptitude à réaliser au moins cinq des dix tests principaux identifiés par le Règlement sanitaire international ;
 - l'aptitude à transporter les échantillons en toute sécurité et rapidement à partir de 80 % ou plus des zones/districts intermédiaires vers les laboratoires nationaux pour réaliser des tests diagnostiques avancés ;
 - l'aptitude à réaliser des tests diagnostiques de niveau supérieur dans des laboratoires nationaux ou à travers des accords passés avec des réseaux régionaux afin de garantir la réalisation des tests.

- Les tests principaux peuvent comprendre des tests prioritaires locaux, en fonction des agents pathogènes indicateurs choisis par le pays au regard de l'importance du risque pour la santé publique nationale.

Questions liées au contexte

1. Quels tests parmi les dix tests principaux le pays est-il en mesure de réaliser ?
2. Veuillez décrire la structure du système de laboratoire, notamment le nombre de laboratoires aux niveaux local, intermédiaire/district et national.
 - a. Combien y a-t-il de laboratoires de référence et quels microbes y sont recherchés ?
 - b. Les cliniciens locaux ont-ils l'habitude d'utiliser le système de laboratoire ? Existe-t-il des lignes directrices nationales pour les cliniciens relatives aux tests microbiologiques à réaliser pour certains syndromes, tels que la pneumonie sévère, la diarrhée sévère ou une suspicion de méningite, par exemple ?
 - c. Quels systèmes sont en place pour communiquer les résultats de laboratoire aux praticiens ? Combien de temps cela prend-il ?
 - d. Quel pourcentage de la population a accès aux services des laboratoires pour les dix maladies prioritaires ?
3. Les laboratoires nationaux sont-ils agréés ?
 - a. Si oui, à quelles normes répondent-ils ?
 - b. Les lignes directrices et les protocoles relatifs au système de gestion de la qualité sont-ils appliqués et utilisés par les laboratoires d'analyses médicales de santé publique et animale ?
 - c. Existe-t-il un organe national qui supervise le contrôle interne de la qualité et les schémas d'évaluation extérieure de la qualité dans les laboratoires de santé publique à tous les niveaux ?
 - d. Tous les laboratoires adhèrent-ils à un programme d'évaluation extérieure de la qualité pour les tests de dépistage d'une ou plusieurs des dix maladies prioritaires ?
4. Comment les données de laboratoire relatives aux zoonoses sont-elles partagées entre les laboratoires de santé humaine et les laboratoires de santé animale ? Ces deux systèmes de données sont-ils interopérables ? (consulter les questions de la section Prévenir 2 – Zoonose)
5. Le personnel de laboratoire dispose-t-il d'équipements de protection individuelle (EPI) ?
 - a. Comment la disponibilité des EPI pour les laboratoires est-elle suivie ?
 - b. Veuillez décrire les procédures de formation à l'utilisation des EPI dans les laboratoires nationaux.
6. Quelle formation à la sûreté/sécurité biologiques est proposée au personnel de laboratoire ? (voir les questions techniques de la section Prévenir – Sécurité et sûreté biologiques).

Questions techniques

D.1.1 Analyses en laboratoire pour la détection des maladies prioritaires

1. Existe-t-il un ensemble d'algorithmes nationaux pour les diagnostics dans le cadre de la réalisation des tests principaux en laboratoire, en ligne avec les normes internationales (OMS, CLSI, OIE) ?

2. Combien de tests, parmi ceux qui permettent de détecter les dix maladies prioritaires, sont effectivement réalisés au sein du réseau de laboratoires à plusieurs niveaux ?
 - a. Pour les tests qui ne peuvent pas être réalisés, y a-t-il des plans et un calendrier en place pour acquérir cette capacité dans l'année à venir ?
 - b. Des accords officiels ont-ils été conclus avec des laboratoires situés hors du pays pour la réalisation de tests spécialisés non disponibles dans le pays ?
3. Les laboratoires disposent-ils du matériel nécessaire (en fonction des tests correspondants au niveau de la structure, dans le réseau des laboratoires à plusieurs niveaux) pour pouvoir réaliser les tests principaux ? Existe-t-il des contrats de maintenance pour le matériel clé et la maintenance préventive est-elle régulièrement effectuée ?
4. Comment le pays veille-t-il à la normalisation des tests ? Les laboratoires nationaux envoient-ils des échantillons aux laboratoires locaux/régionaux afin de valider les tests ?

D.1.2 Système pour le transfert et le transport d'échantillons

1. Le réseau de transfert d'échantillons est-il documenté pour chacun des tests nécessaires pour détecter et confirmer les étiologies des dix maladies prioritaires ?
2. A-t-on des éléments probants indiquant qu'un système de transfert fonctionnel est disponible ? Par exemple, des données sur le nombre d'isolats/d'échantillons pour 100 000 personnes envoyés au laboratoire national de référence pour le dépistage des maladies principales.
3. Veuillez décrire le système utilisé pour le transport d'échantillons à partir de zones/districts intermédiaires vers les laboratoires de référence et les laboratoires nationaux.
 - a. Existe-t-il des modes opératoires normalisés pour le prélèvement, l'emballage et le transport d'échantillons ?
 - b. Les contrats avec les transporteurs d'échantillons sont-ils financés par le ministère de la santé ou par des partenaires ?
4. Le pays hôte participe-t-il au réseau des laboratoires régionaux (internationaux) ?

D.1.3 Test diagnostiques modernes et efficaces sur les lieux de soins et en laboratoire

1. Un plan a-t-il été mis en place pour améliorer la disponibilité des tests diagnostiques sur les lieux de soins dans les centres médicaux du pays ?
2. Le ministère de la santé/ministère de l'agriculture ont-ils mis en place une production intérieure et/ou des procédures d'achat pour obtenir les milieux et les réactifs nécessaires à la réalisation des tests principaux en laboratoire ?

D.1.4 Système de qualité des laboratoires

1. Existe-t-il un organe national chargé de l'homologation des laboratoires ?
2. Existe-t-il un organe national chargé de l'inspection des laboratoires ?
 - a. Si oui, veuillez décrire le mécanisme d'inspection (fréquence, procédures, sanctions, etc.).
3. Existe-t-il un organe national chargé de la certification des laboratoires (par exemple ISO 9001) ?
 - a. Si oui, veuillez le nommer.

4. Existe-t-il un organe national chargé de l'agrément des laboratoires (par exemple ISO 15189) ?
 - a. Si oui, veuillez le nommer.
 - b. Si non, les laboratoires font-ils appel à des organes nationaux ou régionaux étrangers pour obtenir leur agrément ?
 - c. Si oui, veuillez les nommer.
5. Certains laboratoires sont-ils agréés par l'OMS pour la réalisation de tests spécifiques à certaines maladies (par exemple la poliomyélite, la rougeole, le génotypage VIH) ?
6. Veuillez indiquer le nombre de laboratoires certifiés ou agréés, et préciser les normes auxquelles se réfère la certification ou l'agrément.
7. Existe-t-il un document national spécifique décrivant la procédure d'enregistrement pour les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* (trousses et réactifs) ?
8. Y a-t-il une autorité nationale de réglementation chargée de la qualification ou de l'enregistrement des dispositifs de diagnostic *in vitro* (par exemple les réactifs) ?
 - a. Si oui, veuillez fournir un résumé des mécanismes de qualification ou d'enregistrement.
9. En dehors de l'inspection, de la certification et de l'agrément mentionnés ci-dessus, existe-t-il un autre dispositif de supervision ?
 - a. Si tel est le cas, ou partiellement le cas, veuillez décrire le plan et les procédures de supervision (par exemple à travers des réseaux spécifiques tels que le programme de lutte contre la tuberculose ou des programmes de surveillance).
10. Existe-t-il des listes de contrôle ou des procédures normalisées pour la supervision ?
11. Les laboratoires supervisés reçoivent-ils un rapport après chaque inspection ?
12. Y'a-t-il des indicateurs pour mesurer l'évolution de la qualité des analyses de laboratoire ? Veuillez citer ces indicateurs.
13. Votre pays a-t-il mis en place un programme national d'évaluation extérieure de la qualité (évaluation ou vérification des compétences) dans les domaines suivants ?
 - a. Bactériologie
 - b. Virologie
 - c. Sérologie
 - d. Parasitologie
 - e. Biochimie
 - f. Hématologie
 - g. Anatomopathologie
 - h. Cytogénétique
 - i. Médecine transfusionnelle
14. Veuillez décrire l'organisation des programmes nationaux d'évaluation extérieure de la qualité en fournissant le nom du/des programmes, la/les personnes à contacter et une brève description (une ligne).
15. Le cas échéant, la participation à des programmes nationaux d'évaluation extérieure de la qualité est-elle obligatoire pour les laboratoires publics ?

16. Le cas échéant, la participation à des programmes nationaux d'évaluation extérieure de la qualité est-elle obligatoire pour les laboratoires privés ?
17. Quel est le pourcentage des laboratoires publics participant à un schéma national d'évaluation extérieure de la qualité ?
18. Quel est le pourcentage des laboratoires privés participant à un schéma national d'évaluation extérieure de la qualité ?
19. Des mesures correctives sont-elles prévues lorsque le résultat de l'évaluation n'est pas satisfaisant ?

Documentation ou éléments démontrant le niveau de capacité

- Plan stratégique des laboratoires nationaux définissant le réseau des laboratoires à plusieurs niveaux.
- Politique nationale pour les laboratoires.
- Liste documentée des dix maladies prioritaires et des trois syndromes principaux pour améliorer la prévention, la détection et la riposte.
- Certificats d'agrément pour les laboratoires nationaux et/ou résultats des évaluations extérieures de la qualité dans les six derniers mois pour les tests principaux.
- Processus de transfert d'échantillons documenté pour la détection/confirmation des dix maladies prioritaires.
- Plan pour le transport d'échantillons en toute sécurité à travers le pays.

Références

- International Health Regulations: What Gets Measured Gets Done (inclut la liste des dix tests principaux)
<http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/18/7/12-0487-t2>.
- Outil OMS d'évaluation des laboratoires. WHO/HSE/GCR/LYO/2012.2 http://www.who.int/ihr/publications/laboratory_tool/fr/.

Glossaire

- Dix tests principaux : dans chaque pays, la liste des dix tests principaux comprend six méthodes de test choisies en fonction de la liste de notification immédiate du RSI et des dix principales causes de décès dans les pays à faible revenu établies par l'OMS : test PCR (amplification en chaîne par polymérase) pour le virus de la grippe, culture virale pour le poliovirus, sérologie pour le VIH, microscopie pour *mycobacterium tuberculosis*, test de diagnostic rapide pour *plasmodium* spp. et culture bactérienne pour *salmonella enteritidis* sérotype Typhi. Ces six méthodes sont essentielles pour détecter les maladies à tendance épidémique et les maladies émergentes, et la performance de ces méthodes est attestée par les tests réalisés avec les agents pathogènes énumérés ci-dessus. Les quatre tests restants doivent être choisis par le pays en fonction de l'importance des risques pour la santé publique nationale.
- Système de transport : prélèvement rigoureux et préservation de l'intégrité des échantillons, tel que décrit dans les modes opératoires normalisés.
- Système de transport ad hoc : transport d'échantillons non décrit dans les modes opératoires normalisés.
- Rapide : test diagnostique dont le résultat est obtenu en 12 à 48 heures ou en temps utile pour déclencher et diriger les mesures de lutte.

- Moderne : nouvelles méthodes moléculaires et cellulaires permettant l'identification rapide et précise d'agents pathogènes et offrant un gain de temps et d'argent.

Surveillance en temps réel

Cibles – Renforcement de l'indicateur fondamental – et systèmes de surveillance des événements qui soient en mesure de détecter des événements intéressant la santé publique, la santé animale et la sécurité sanitaire ; amélioration de la communication et de la collaboration à travers les secteurs et entre les autorités aux niveaux infranationaux (local et intermédiaire), national et international dans le domaine de la surveillance des événements relevant de la santé publique ; amélioration des capacités aux niveaux national et intermédiaire/régional pour l'analyse et la mise en relation des données provenant de systèmes renforcés de surveillance en temps réel, notamment de systèmes de notification électronique interopérables et interconnectés. Ces données peuvent être des données épidémiologiques, cliniques, de laboratoire, d'analyses environnementales, de sécurité et de qualité des produits, et bioinformatiques ; enfin, poursuite du développement des principales capacités pour répondre aux exigences en matière de surveillance conformément aux normes établies par le RSI et l'OIE.

Mesure des cibles – Surveillance d'au moins trois syndromes majeurs révélateurs d'une éventuelle situation d'urgence de santé publique, réalisée conformément aux normes internationales.

Effet souhaité – Un système de surveillance de la santé publique qui soit en mesure de détecter des événements susceptibles de menacer la santé publique et la sécurité sanitaire, et la capacité – aux niveaux national et intermédiaire/régional – d'analyser et de mettre en relation des données provenant de systèmes renforcés de surveillance en temps réel, notamment de systèmes de notification électronique interopérables et interconnectés. Les pays favoriseront l'utilisation de systèmes interopérables et interconnectés en mesure de lier et d'intégrer des données de surveillance multisectorielles, et d'utiliser les informations qui en résultent pour améliorer la capacité à détecter et à riposter rapidement à des menaces biologiques émergentes. Des capacités fondamentales sont nécessaires tant pour la surveillance basée sur des indicateurs (y compris la surveillance syndromique) que pour la surveillance des événements, afin d'appuyer les activités de prévention et de lutte, et une intervention ciblant à la fois les maladies infectieuses connues et les menaces nouvelles et émergentes relevant de la santé publique. La surveillance renforcée favorisera l'identification en temps utile de l'émergence d'agents pathogènes relativement rares ou jamais décrits auparavant dans les pays.

Score	Indicateurs – Surveillance en temps réel			
	D.2.1 Systèmes de surveillance basée sur des indicateurs et de surveillance des événements.	D.2.2 Système de notification électronique en temps réel interopérable et interconnecté.	D.2.3 Analyse des données de surveillance.	D.2.3 Systèmes de surveillance syndromique.
Capacité inexistante – 1	Il n'existe pas de systèmes de surveillance basée sur des indicateurs ou de surveillance des événements.	Il n'existe pas de système de notification électronique en temps réel interopérable et interconnecté.	Il n'existe pas de rapports sur la collecte de données.	Il n'existe pas de systèmes de surveillance syndromique.
Capacité limitée – 2	Il est prévu de mettre en place des systèmes de surveillance basée sur des indicateurs et de surveillance des événements dans le courant de l'année.	Le pays est en train d'élaborer un système de notification électronique en temps réel interopérable et interconnecté, pour les systèmes de surveillance de la santé publique ou de la santé animale.	Des rapports liés à la collecte de données sont élaborés sporadiquement et avec du retard.	Il est prévu de mettre en place des systèmes de surveillance syndromique dans le courant de l'année ; une politique/législation est en place pour permettre la surveillance syndromique.
Capacité développée – 3	Des systèmes de surveillance basée sur des indicateurs OU de surveillance des événements sont en place pour détecter les menaces pour la santé publique.	Le pays a mis en place un système de notification électronique interopérable et interconnecté, pour les systèmes de surveillance de la santé publique ou de la santé animale. Le système n'a pas encore la capacité de partager des données en temps réel.	Les données sont consignées dans des rapports régulièrement établis avec un certain retard ; des équipes ad hoc sont en place pour analyser les données.	Des systèmes de surveillance syndromique sont en place pour détecter un à deux syndromes majeurs révélateurs de situations d'urgence de santé publique.
Capacité démontrée – 4	Des systèmes de surveillance basée sur des indicateurs et de surveillance des événements sont en place pour détecter les menaces pour la santé publique.	Le pays a mis en place un système de notification électronique en temps réel interopérable et interconnecté, pour les systèmes de surveillance de la santé publique et/ou de la santé animale. Le système n'est pas encore entièrement financé par le gouvernement hôte.	Des rapports sont établis annuellement ou mensuellement ; des fonctions sont attribuées à des experts pour l'analyse, l'évaluation et la communication des données.	Des systèmes de surveillance syndromique sont en place pour détecter au moins trois syndromes majeurs révélateurs de situations d'urgence de santé publique.

Score	Indicateurs – Surveillance en temps réel			
	D.2.1 Systèmes de surveillance basée sur des indicateurs et de surveillance des événements.	D.2.2 Système de notification électronique en temps réel interopérable et interconnecté.	D.2.3 Analyse des données de surveillance.	D.2.3 Systèmes de surveillance syndromique.
Capacité pérenne – 5	En plus des systèmes de surveillance nationaux, le pays met son savoir-faire au service d'autres pays pour les aider à développer des systèmes de surveillance, et fournit à l'OMS et à l'OIE des données normalisées depuis cinq ans sans aide extérieure significative.	Le pays a mis en place un système de notification électronique en temps réel interopérable et interconnecté, comprenant des systèmes de surveillance de la santé publique et de la santé animale, appuyé par le gouvernement et en mesure de partager des données avec les parties prenantes concernées conformément aux politiques du pays et aux obligations internationales.	Des rapports sont systématiquement établis et une équipe est en place pour l'analyse des données, l'évaluation des risques et la communication des informations.	En plus des systèmes de surveillance nationaux, le pays met son savoir-faire au service d'autres pays pour les aider à développer des systèmes de surveillance.

Remarques

- L'indicateur fait référence à la capacité de surveillance dans le pays.
- Le système de surveillance en temps réel doit comprendre :
 - l'aptitude à surveiller au moins trois syndromes majeurs révélateurs d'une situation d'urgence de santé publique ;
 - l'aptitude à fournir des rapports et des données aux décideurs de haut niveau du secteur de la santé publique dans le pays, et à renvoyer des informations aux niveaux inférieurs chargés de la mise en œuvre des programmes de lutte ;
 - l'aptitude à établir des liens avec les laboratoires et autres systèmes d'information afin de produire une image complète de la surveillance.
- La surveillance des événements consiste à saisir rapidement et de manière organisée des informations sur des événements constituant un risque potentiel pour la santé publique. Ces informations peuvent être des rumeurs ou des constats ponctuels transmis par les voies officielles (systèmes de notification systématique établis) et par des voies non officielles (médias, agents de santé et rapports d'organisations non gouvernementales), et peuvent compléter la surveillance syndromique classique.

Questions liées au contexte

1. Le pays a-t-il une liste de maladies à déclaration obligatoire ?

Questions techniques

D.2.1 Systèmes de surveillance basée sur des indicateurs et de surveillance des événements

1. Veuillez décrire le système de surveillance des événements dans le pays.
 - a. Décrire les sources utilisées par les systèmes de surveillance des événements et les mécanismes pour la collecte des données (support papier, télécopie, support électronique, téléphone).
 - b. La surveillance des événements existe-t-elle à des niveaux infranationaux (intermédiaire et local) ?
 - c. Décrire les systèmes de surveillance basée sur des indicateurs et les mécanismes pour la collecte des données.
2. Veuillez décrire les systèmes/activités de validation des données et d'assurance de la qualité.

D.2.2 Système de notification électronique en temps réel interopérable et interconnecté

1. Comment le personnel de santé publique est-il formé au système de surveillance des maladies ?
2. Comment le personnel clinique est-il formé à la notification des maladies à déclaration obligatoire ?
3. Le personnel de santé publique aux niveaux intermédiaire/régional et/ou national a-t-il les compétences pour analyser les données de surveillance afin de produire des informations pour déclencher/appuyer l'action ?
4. Comment le pays utilise-t-il les systèmes de notification électronique pour les maladies à déclaration obligatoire dans les secteurs de la santé humaine et de la santé animale ?
5. Ces systèmes sont-ils partagés entre secteurs ou indépendants ?
6. S'il n'existe pas de systèmes de notification électronique dans le pays, est-il prévu de mettre en œuvre la notification électronique dans l'avenir ?
7. Veuillez décrire le renvoi d'informations de notification aux niveaux intermédiaire/régional et local.
8. Veuillez décrire le processus de notification des parties prenantes aux niveaux national et intermédiaire/régional.
9. Veuillez décrire comment les informations sont communiquées au public.

D.2.3 Intégration et analyse des données de surveillance

1. Veuillez décrire comment les données de laboratoire alimentent les systèmes de surveillance.
 - a. Le système de surveillance recueille-t-il en permanence/en temps réel les données de laboratoire liées aux systèmes utilisés par le ministère de la santé ?
 - b. Existe-t-il des formulaires standardisés (électroniques ou autres) pour recueillir ces données ?
 - c. Le ministère de la santé partage-t-il les données de laboratoire avec d'autres ministères/organismes ?
 - d. Existe-t-il un mécanisme centralisé pour intégrer les données issues de la notification des cas cliniques et les données issues des laboratoires d'analyses microbiologiques cliniques ou de référence ?

D.2.4 Systèmes de surveillance syndromique

1. Veuillez décrire les systèmes de surveillance syndromique en place dans le pays.
 - Décrire les divers syndromes et agents pathogènes qui font l'objet d'une détection et d'une notification.
 - Indiquer combien de sites participent à chaque système de surveillance.
 - Décrire comment les données sont validées.
 - Décrire les systèmes de surveillance syndromique qui utilisent la notification électronique.
 - Décrire les rapports qui sont produits par chaque système de surveillance et la manière dont ils sont utilisés par les décideurs du secteur de la santé publique. Ces rapports sont-ils partagés avec d'autres ministères dans le pays ?
 - Décrire les liens qui existent entre les systèmes au niveau national.

Questions supplémentaires sur la surveillance basée sur des indicateurs

1. Veuillez décrire les systèmes de surveillance basée sur des indicateurs et les mécanismes pour la collecte des données.
 - a. Liste des maladies et des affections prioritaires et définitions des cas.
 - b. Au moins 80 % de tous les services de notification établissent des rapports complets et en temps utile.
2. Veuillez décrire les systèmes/activités de validation des données et d'assurance de la qualité.

Documentation ou éléments démontrant le niveau de capacité

- Extraits de rapports de surveillance utilisés par les décideurs du secteur de la santé publique dans le pays.
- Liste des syndromes majeurs révélateurs d'une situation d'urgence de santé publique.
- Plans pour améliorer la surveillance syndromique.
- Plans pour développer ou améliorer la surveillance des événements.
- Rapports de l'OIE (Système mondial d'information zoosanitaire).

Références

- WHO Guide to Establishing Event Based Surveillance http://www.wpro.who.int/emerging_diseases/documents/docs/eventbasedsurv.pdf.
- Règlement sanitaire international (2005) – Inclut des listes de maladies dont on a démontré « ...qu'elles pouvaient avoir d'importantes répercussions sur la santé publique » http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43982/1/9789242580419_fre.pdf.
- Code sanitaire pour les animaux terrestres de l'OIE – Section 1.
- Manuel OIE des tests de diagnostic et des vaccins pour les animaux terrestres: <http://www.oie.int/fr/normes-internationales/manuel-terrestre/acces-en-ligne/>.

Glossaire

- Surveillance en temps réel : collecte quotidienne ou au maximum hebdomadaire, consolidation et évaluation des données de santé publique et/ou de santé animale.
- Trois syndromes majeurs : des normes reconnues au niveau international pour la surveillance syndromique sont disponibles pour les cinq syndromes suivants : syndrome respiratoire aigu sévère, paralysie flasque aiguë, fièvre hémorragique aiguë, diarrhée liquide aiguë avec déshydratation, et ictère avec fièvre. Les trois syndromes seront choisis en fonction des priorités nationales en matière de lutte contre les maladies. Ces systèmes de surveillance doivent inclure des données de surveillance d'alerte précoce et des résultats de laboratoire, qui doivent être analysés par des épidémiologistes formés.
- Interopérable : décrit la capacité des systèmes et des dispositifs à échanger des données et à interpréter ces données partagées. Pour que deux systèmes soient interopérables, ils doivent être en mesure d'échanger des données, puis de les présenter de manière à ce que l'utilisateur puisse les comprendre (définition de Healthcare Information and Management Systems Society).

Notification

Cibles – Notification précise et en temps utile des maladies, conformément aux exigences de l’OMS, et coordination systématique avec la FAO et l’OIE.

Mesure des cibles – Nombre de pays formés à la notification d’événements de santé publique de portée internationale potentiels à l’OMS, et aux autres systèmes de notification officielle tels que le Système mondial d’information zoonitaire de l’OIE, (et/ou) Nombre de points focaux nationaux RSI reliés au module de formation sur la notification à l’OMS.

Effet souhaité – Les pays et leurs points focaux nationaux RSI, les représentants de l’OIE et les points focaux nationaux du Système mondial d’information zoonitaire auront accès à une boîte à outils des meilleures pratiques, des procédures modèles, des modèles de notification et des matériels pédagogiques pour favoriser la notification rapide (dans les 24 heures) d’événements susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale pour l’OMS/de maladies répertoriées à l’OIE, et seront en mesure de répondre rapidement (dans les 24 à 48 heures) aux communications en provenance de ces organisations.

Score	Indicateurs – Notification	
	D.3.1 Système efficace de notification à l’OMS, à la FAO et à l’OIE.	D.3.2 Réseau et protocoles de notification dans le pays.
Capacité inexistante – 1	Aucun point focal national RSI, représentant de l’OIE et/ou point focal national du Système mondial d’information zoonitaire n’a été identifié et/ou le point focal/représentant identifié n’a pas accès au module de formation et aux meilleures pratiques élaborés par l’OMS, l’OIE et la FAO.	Le pays n’a pas de protocole ni de processus de notification à l’OMS, à l’OIE ou à la FAO ; il n’a pas prévu de mettre en place dans le courant de l’année des plans et protocoles de notification.
Capacité limitée – 2	Le pays a identifié un point focal national RSI, des représentants de l’OIE et des points focaux nationaux du Système mondial d’information zoonitaire ; le point focal a accès au module de formation et aux meilleures pratiques élaborés par l’OMS, l’OIE et la FAO.	Le pays est en train de développer et de mettre en place des protocoles, des procédures, une réglementation et/ou une législation régissant la notification, dont l’application est prévue dans le courant de l’année.

Score	Indicateurs – Notification	
	D.3.1 Système efficace de notification à l’OMS, à la FAO et à l’OIE.	D.3.2 Réseau et protocoles de notification dans le pays.
Capacité développée – 3	Le pays a démontré sa capacité à identifier une urgence de santé publique de portée internationale potentielle et à la notifier à l’OMS, lors d’un exercice ou d’un événement réel, et sa capacité à notifier une zoonose à l’OIE.	Le pays a mis en place des protocoles, des procédures, une réglementation et/ou une législation régissant la notification à l’OMS et les procédures de coordination multisectorielle en cas d’urgence de santé publique de portée internationale potentielle et la notification à l’OIE en cas de zoonose.
Capacité démontrée – 4	Le pays a démontré sa capacité à identifier une urgence de santé publique de portée internationale potentielle et à la notifier à l’OMS dans les 24 heures, et sa capacité à notifier une zoonose à l’OIE, lors d’un exercice ou d’un événement réel.	Le pays est capable de notifier en temps utile une urgence de santé publique de portée internationale potentielle à l’OMS et une zoonose à l’OIE, conformément aux normes nationales et internationales, dans certains niveaux intermédiaires (districts ou régions), lors d’un exercice ou d’un événement réel.
Capacité pérenne – 5	Le pays a démontré sa capacité à identifier une urgence de santé publique de portée internationale potentielle et à la notifier dans les 24 heures, et sa capacité à notifier à une zoonose l’OIE, et a mis en place un processus multisectoriel pour évaluer les événements potentiels à des fins de notification.	Le pays est capable de notifier en temps utile une urgence de santé publique de portée internationale potentielle à l’OMS, au niveau des districts et aux niveaux national et international, et une zoonose à l’OIE (lors d’un exercice ou d’un événement réel) ; le pays a mis en place un processus pérenne pour maintenir et améliorer les capacités de notification et de communication, et les mécanismes de communication sont appuyés par des documents officiels (par exemple protocoles, réglementation, législation).

Remarques

- Tous les pays n’ont pas notifié une urgence de santé publique de portée internationale potentielle à l’OMS ou une zoonose à l’OIE.
- Les réponses à toutes les questions doivent refléter les maladies humaines et animales.

Questions liées au contexte : s. o.

Questions techniques

D.3.1 Système efficace de notification à l’OMS, à la FAO et à l’OIE

1. Quel ministère ou bureau a été identifié et signalé à l’OMS comme le point focal national RSI ?
 - a. Le point focal national RSI est-il actuellement opérationnel ?
 - b. Existe-t-il un point de contact OIE opérationnel ?
 - c. Les problèmes de sécurité sanitaire des aliments d’origine microbiologique sont-ils notifiés à travers le point focal national RSI et à l’OIE ?

- d. Y a-t-il un mécanisme permettant au point focal national RSI et au point de contact OIE d'échanger des informations si nécessaire (par exemple sur des zoonoses) ?
 - e. Veuillez décrire la formation que les personnes responsables du point focal national RSI/point de contact OIE ont suivi pour remplir ce rôle.
 - f. Veuillez citer les ministères que ces points focaux représentent auprès de l'OMS/OIE, et indiquer qui est chargé de la notification à travers le point focal national (par exemple le ministère de la santé, le ministère de l'agriculture).
2. Quels sont les mécanismes permettant à la santé publique, à la santé animale et aux autorités chargées de la sécurité de prendre des décisions concernant la notification ?
 3. Veuillez indiquer si le pays est soumis à des exigences de notification multilatérales régionales (internationales) ou bilatérales avec un pays voisin. Si oui, précisez.
 4. Existe-t-il des obstacles qui limitent les performances du point focal national RSI ? (ce peut être un problème de qualité des informations ou de délais de réception des informations, un problème de coordination avec les autres niveaux et secteurs)
 - a. Le point focal national RSI utilise-t-il des mécanismes de consultation informelle de l'OMS au titre de l'article 8 du RSI ?
 - b. Le point focal national RSI utilise-t-il des mécanismes d'échange bilatéral avec d'autres points focaux nationaux RSI ?

D.3.2 Réseau et protocoles de notification dans le pays

1. Veuillez décrire le dernier exercice (ou événement) qui a permis de tester les systèmes nationaux pour identifier et notifier une urgence de santé publique de portée internationale potentielle.
 - a. Comment l'événement sanitaire a-t-il été identifié ? Quels systèmes de surveillance étaient liés à cet événement ?
 - b. Comment les décideurs du secteur de la santé publique et autres dirigeants se sont-ils consultés dans le processus de prise de décisions ?
 - c. Quels ministères ont participé à l'exercice/événement ? (ministère de la santé ? de la défense ? de l'agriculture ?)
 - d. Si le pays n'a pas encore pratiqué la notification d'une urgence de santé publique de portée internationale, veuillez indiquer s'il est prévu de le faire dans le courant de l'année.
2. Le pays a-t-il adopté une législation ou autres politiques liées aux procédures et/ou à l'approbation de la notification d'une urgence de santé publique de portée internationale potentielle à l'OMS ? Si tel est le cas, veuillez indiquer quelles parties sont impliquées dans l'approbation et quelles en sont les principales étapes. Si possible, veuillez fournir une copie de la législation ou des politiques en question.
3. Le pays a-t-il mis en place des modes opératoires normalisés pour l'approbation et la notification d'une urgence de santé publique de portée internationale potentielle à l'OMS ?

Documentation ou éléments démontrant le niveau de capacité

- Rapports de l'OIE (Système mondial d'information zoosanitaire - WAHIS).
- Rapports RSI à l'intention de l'Assemblée mondiale de la Santé.
- Législation, protocoles et autres politiques liés à la notification à l'OMS, à l'OIE ou à la FAO :
 - Système mondial d'information zoosanitaire (WAHIS).

Références

- Annexe 2 du Règlement sanitaire international de l'OMS.
- Code sanitaire pour les animaux terrestres de l'OIE – Section 1.
- Décision 1082/EU/2013 de l'Union européenne relative au système d'alerte précoce et de réaction.

Développement du personnel

Cibles – Pour assurer durablement et efficacement les activités de surveillance de la santé publique et de riposte, à tous les niveaux du système de santé, et la mise en œuvre effective du RSI (2005), les États Parties doivent disposer de personnels de santé compétents. Ces personnels de santé comprennent des médecins, des agents de santé animale ou des vétérinaires, des biostatisticiens, des scientifiques de laboratoire, des professionnels de l'agriculture/l'élevage, et idéalement un épidémiologiste de terrain formé (ou équivalent) pour 200 000 personnes, en mesure de coopérer de manière systématique pour appliquer le RSI et assurer les compétences critiques relevant des performances des services vétérinaires.

Mesure des cibles – Ces personnels de santé comprennent des médecins, des agents de santé animale ou des vétérinaires, des biostatisticiens, des scientifiques de laboratoire, des professionnels du milieu de l'agriculture/l'élevage, et idéalement un épidémiologiste de terrain formé (ou équivalent) pour 200 000 personnes, en mesure de coopérer de manière systématique pour appliquer le RSI et assurer les compétences critiques relevant des performances des services vétérinaires.

Effet souhaité – Conduite efficace d'activités de prévention, de détection et de riposte, de manière durable, par des personnels multisectoriels compétents, évalués et de professions diverses.

Score	Indicateurs – Développement du personnel		
	D.4.1 Des ressources humaines sont disponibles pour assurer les principales capacités requises au titre du RSI.	D.4.2 Un programme de formation en épidémiologie appliquée est en place (type FETP).	D.4.3 Stratégie pour les personnels.
Capacité inexistante – 1	Le pays ne dispose pas des ressources humaines pluridisciplinaires requises pour assurer les principales capacités au titre du RSI.	Aucun programme de formation en épidémiologie appliquée ou FETP n'existe.	Aucune stratégie pour les personnels de santé n'existe.
Capacité limitée – 2	Le pays dispose de ressources humaines pluridisciplinaires (épidémiologistes, vétérinaires, cliniciens et spécialistes ou techniciens de laboratoire) au niveau national.	Aucun programme de formation en épidémiologie appliquée ou FETP n'existe dans le pays, mais le personnel participe à un programme mis en place dans un autre pays à travers un accord existant (niveau de base, intermédiaire et/ou avancé).	Une stratégie pour les personnels de santé existe mais elle ne comprend pas de professions relevant de la santé publique (par exemple épidémiologistes, vétérinaires et techniciens de laboratoire).
Capacité développée – 3	Des ressources humaines pluridisciplinaires sont disponibles aux niveaux national et intermédiaire.	Un niveau de FETP (de base, intermédiaire ou avancé) ou de programme de formation en épidémiologie appliquée est en place dans le pays ou dans un autre pays à travers un accord existant.	Une stratégie pour les personnels de santé publique existe, mais elle n'est pas régulièrement revue, actualisée ou systématiquement appliquée.
Capacité démontrée – 4	Des ressources humaines pluridisciplinaires sont disponibles pour les différents niveaux du système de santé publique (par exemple un épidémiologiste au niveau national et au niveau intermédiaire, et un assistant épidémiologiste – ou un épidémiologiste ayant suivi une formation courte – au niveau local).	Deux niveaux de FETP (de base, intermédiaire et/ou avancé) ou de programmes de formation en épidémiologie appliquée sont en place dans le pays ou dans un autre pays à travers un accord existant.	Une stratégie pour les personnels de santé publique a été élaborée et est systématiquement appliquée ; la stratégie est revue, suivie et fait l'objet d'un rapport annuel.
Capacité pérenne – 5	Le pays est en mesure d'envoyer et de recevoir du personnel pluridisciplinaire au sein du pays (réaffectation des ressources) et au niveau international.	Trois niveaux de FETP (de base, intermédiaire et avancé) ou de programmes de formation en épidémiologie appliquée sont en place dans le pays ou dans un autre pays à travers un accord existant, avec un financement national pérenne.	Les critères de la « capacité démontrée » sont remplis, la fidélisation des personnels de santé publique est suivie et des plans sont en place pour assurer une formation continue, fidéliser et promouvoir des personnels de santé qualifiés au sein du système national.

Remarques

- L'indicateur fait référence aux personnels de santé publique dans le pays.
- La planification des personnels de santé publique doit prévoir :
 - des épidémiologistes, des biostatisticiens, des spécialistes des systèmes d'information, des vétérinaires et autre personnel de santé publique ;
 - des formations proposées au niveau national ou qui sont accessibles au personnel dans une institution partenaire ;
 - des programmes de formation à long terme pour aider à développer les effectifs de professionnels de santé publique qualifiés dans le pays.
- Niveau de base de la formation FETP : pour le personnel de santé local, il consiste en un nombre limité d'heures de cours réparties sur une affectation sur le terrain de trois à cinq mois visant à renforcer la capacité à détecter une flambée épidémique en temps utile, à mener des actions de santé publique et à surveiller la santé publique.
- Niveau intermédiaire de la formation FETP : pour les épidémiologistes de niveau intermédiaire (district/région), il consiste en un nombre limité d'heures de cours réparties sur une affectation encadrée sur le terrain de six à neuf mois visant à renforcer la capacité à mener des investigations sur une flambée épidémique, à conduire des études épidémiologiques planifiées, et à effectuer des analyses et évaluations de la surveillance de la santé publique.
- Niveau avancé de la formation FETP : destiné aux épidémiologistes expérimentés et dans une optique nationale, il consiste en un nombre limité d'heures de cours réparties sur une affectation encadrée sur le terrain de 24 mois visant à renforcer la capacité à mener des investigations sur une flambée épidémique, à conduire des études épidémiologiques planifiées, à effectuer des analyses et évaluations de la surveillance de la santé publique, et à améliorer la communication scientifique et la prise de décisions fondée sur des données probantes afin de planifier efficacement les activités de santé publique.
- Le développement des personnels est une composante transversale, et de nombreux autres aspects de l'application du RSI dépendent de la robustesse des personnels de santé publique.

Questions liées au contexte : s. o.

Questions techniques

D.4.1 Des ressources humaines sont disponibles pour assurer les principales capacités requises au titre du RSI

1. Veuillez décrire la capacité actuelle des ressources humaines dans le pays.
 - a. Quels sont les effectifs des épidémiologistes, des cliniciens, des biostatisticiens, des spécialistes des systèmes d'information, des vétérinaires, des spécialistes en sciences sociales, des techniciens/spécialistes de laboratoire et autres personnels de santé publique aux différents niveaux du système de santé (local, intermédiaire et national).
 - b. Dans quelle mesure ces ressources sont-elles disponibles (uniquement aux niveaux nationaux ou en deçà) ?
 - c. Chaque niveau local et/ou intermédiaire dispose-t-il de capacités en épidémiologie, en prise en charge des cas, en analyses de laboratoire, etc. ?

2. Veuillez décrire comment ces équipes pluridisciplinaires sont formées et communiquent entre elles (aux niveaux national, intermédiaire et périphérique).
 - a. Comment ces équipes pluridisciplinaires sont-elles organisées ?
 - b. Veuillez décrire les capacités propres à chaque type de ressources humaines :
 - a. épidémiologie (y compris épidémiologie de terrain à court et long terme) ;
 - b. cliniciens et assistants cliniciens ;
 - c. personnel infirmier ;
 - d. spécialistes et techniciens de laboratoire ;
 - e. spécialistes et assistants en systèmes d'information ;
 - f. spécialistes en sciences sociales ;
 - g. vétérinaires et techniciens vétérinaires ;
 - h. autres personnels de santé publique concernés.

Questions supplémentaires sur les capacités en épidémiologie de terrain

1. Veuillez décrire les capacités actuelles en épidémiologie de terrain dans le pays.
 - a. Veuillez décrire le programme de formation pour les épidémiologistes de terrain. Qui dispense cette formation ?
 - b. Comment les capacités en épidémiologie de terrain sont-elles suivies dans le pays ?
2. Veuillez décrire comment les épidémiologistes aux niveaux national, intermédiaire et local communiquent ordinairement. Existe-t-il entre ces niveaux des voies de notification standard ?
3. Veuillez décrire comment les épidémiologistes aux niveaux national, intermédiaire et local communiquent pendant une flambée épidémique de maladie infectieuse. Existe-t-il entre ces niveaux des voies de notification standard pendant les flambées épidémiques ?
4. Combien d'épidémiologistes de terrain formés sont disponibles pour participer aux investigations dans tout le pays ?
5. Chaque niveau intermédiaire/district (ou autre division administrative du même ordre) a-t-il des capacités en épidémiologie ?

D.4.2 Un programme de formation en épidémiologie de terrain ou en épidémiologie appliquée est en place

1. Existe-t-il un programme de formation en épidémiologie de terrain ou en épidémiologie appliquée dans le pays ?
 - a. Le programme de formation en épidémiologie de terrain cible-t-il les personnels de santé publique actuels ? Les étudiants ? Les deux ?
 - b. Veuillez donner une indication du nombre de diplômés en épidémiologie de terrain dans le pays.
 - c. Veuillez décrire le programme d'encadrement pour les jeunes diplômés « résidents » en épidémiologie de terrain.
 - d. Existe-t-il un partenariat avec d'autres pays dans la région pour partager les effectifs de diplômés en épidémiologie de terrain pendant les situations d'urgence ?
2. Veuillez décrire les programmes de formation à long terme disponibles pour aider à développer les effectifs de professionnels de santé publique qualifiés dans le pays :

- a. médecins (santé publique et/ou soins cliniques) ;
- b. personnel infirmier (santé publique et/ou soins cliniques) ;
- c. vétérinaires (santé publique, agriculture et/ou profession libérale) ;
- d. biostatisticiens ;
- e. assistants et spécialistes de laboratoire ;
- f. professionnels de l'agriculture/l'élevage.

D.4.3 Stratégie pour les personnels

1. Veuillez indiquer les parcours professionnels envisagés dans la stratégie pour les personnels (épidémiologistes, vétérinaires, assistants et spécialistes de laboratoire, médecins, personnel infirmier, autre) ?
2. Quel est le nombre médian d'années de service du personnel de santé publique au sein du ministère et/ou des instituts nationaux ?
 - a. L'érosion des effectifs est-il préoccupation pour le système national de santé publique (vieillessement des employés, départs ou autres raisons) ?
3. La stratégie pour les personnels est-elle appliquée et suivie ?
 - a. Veuillez fournir une copie de la stratégie, si disponible.
 - b. Veuillez fournir la copie d'un rapport de suivi de la stratégie pour les personnels, si disponible.
4. Des mesures incitatives sont-elles en place pour garder les personnels de santé publique existants dans le pays ?
 - a. Veuillez décrire les mesures visant à retenir les personnels de santé publique.
 - b. Y a-t-il des mesures incitatives spécifiques pour certaines professions (par exemple médecins, personnel infirmier, vétérinaires, biostatisticiens, assistants et spécialistes de laboratoire, professionnels de la santé animale) ?
5. Comment le personnel national de santé publique est-il financé dans le pays ?

Documentation ou éléments démontrant le niveau de capacité

- Exemple de cursus de formation en épidémiologie de terrain utilisé dans le pays.
- Stratégie pour les personnels de santé publique, si disponible.
- Rapports annuels sur la stratégie pour les personnels de santé.

RIPOSTER

Préparation

Cibles – La préparation comprend l’élaboration et le maintien de plans d’action d’urgence de santé publique aux niveaux national, intermédiaire et local, ou au niveau primaire d’action, pour faire face aux dangers biologiques, chimiques, radiologiques et nucléaires. Elle comprend la cartographie des dangers potentiels, l’identification et le maintien des ressources disponibles, notamment des réserves nationales, et la capacité à appuyer les interventions aux niveaux intermédiaire et local ou au niveau primaire d’action, pendant une situation d’urgence de santé publique.

Effet souhaité – Les opérations d’intervention d’urgence sont menées avec succès jusqu’au niveau infranational (local et intermédiaire) pendant une situation d’urgence de santé publique, en suivant le plan d’action d’urgence et avec des ressources et des capacités suffisantes.

Score	Indicateurs – Préparation	
	R.1.1 Un plan national multidangers de préparation et d’action en cas d’urgence de santé publique existe et est appliqué.	R.1.2 Les risques et les ressources de santé publique prioritaires sont cartographiés et exploités.
Capacité inexistante – 1	Il n’y a pas de plan national de préparation et d’action en cas d’urgence de santé publique pour assurer les principales capacités requises au titre du RSI (annexe 1A, article 2).	Les risques et les ressources de santé publique n’ont pas été cartographiés.
Capacité limitée – 2	Un plan national multidangers de préparation et d’action en cas d’urgence de santé publique pour assurer les principales capacités requises au titre du RSI a été élaboré (annexe 1A, article 2).	Une évaluation des risques au niveau national a été réalisée pour identifier les urgences de santé publique potentielles, et les ressources ont été cartographiées.
Capacité développée – 3	Les plans nationaux d’action d’urgence de santé publique incorporent les dangers relevant du RSI et les points d’entrée ET des capacités de renfort pour faire face à des urgences de santé publique de portée nationale et internationale sont disponibles.	Les ressources nationales ont été cartographiées (ressources logistiques, experts, ressources financières, etc.) pour les dangers relevant du RSI et les risques prioritaires, et un plan de gestion et de distribution des réserves nationales est en place.
Capacité démontrée – 4	Des procédures, des plans ou une stratégie sont en place pour réaffecter ou mobiliser des ressources aux niveaux national et intermédiaire afin d’appuyer l’action au niveau local (notamment intensifier les interventions).	Le profil des risques et les ressources au niveau national sont établis et revus au moins annuellement, et les réserves (niveau minimal de réserves) pour agir face à des événements biologiques, chimiques et radiologiques et à d’autres urgences sont accessibles.
Capacité pérenne- 5	Les plans nationaux d’action d’urgence de santé publique sont appliqués/testés lors de situations d’urgence réelles ou d’exercices de simulation, et sont actualisés au besoin.	Le profil des risques et les ressources au niveau national sont régulièrement évalués pour les adapter aux menaces émergentes.

Remarque : s. o.

Questions liées au contexte : s. o.

Questions techniques

R.1.1 Un plan national multidangers de préparation et d'action en cas d'urgence de santé publique existe et est appliqué

1. Le pays a-t-il mis en place un plan national de préparation et d'action en cas d'urgence de santé publique ?
 - a. Ce plan envisage-t-il l'ensemble de la société et des dangers ?
 - b. Ce plan couvre-t-il les principales capacités requises au titre du RSI (annexe 1A, article 2) ?
2. Ce plan incorpore-t-il les dangers relevant du RSI ?
3. Ce plan incorpore-t-il les points d'entrée ?
4. Des capacités de renfort pour faire face à des urgences de santé publique de portée nationale et internationale sont-elles disponibles ?
5. Veuillez décrire les procédures ou les plans pour réaffecter ou mobiliser des ressources aux niveaux national et intermédiaire afin d'appuyer l'action au niveau local.
 - a. Quels sont ces procédures et plans ?
 - b. Quelles sont les ressources disponibles et le niveau des réserves ?
 - c. Quel mécanisme permet de palier le manque de ressources ?
6. Le plan est-il appliqué ou testé ?
 - a. Après avoir été appliqué ou testé, le plan a-t-il été revu ?
 - b. Quelles sont les principales constatations (analyse *SWOT* – points forts, points faibles, opportunités et menaces) ?
 - c. Le plan a-t-il été mis à jour en conséquence ?
 - d. Le plan a-t-il été testé après avoir été revu ou mis à jour ?

R.1.2 Les risques et les ressources de santé publique prioritaires sont cartographiés et exploités

1. Veuillez décrire la cartographie des risques et des ressources en santé publique.
 - a. Qui a réalisé la cartographie et qui y a participé ?
 - b. Quels sont les résultats de l'évaluation des risques au niveau national ?
2. Veuillez décrire les résultats de la cartographie des ressources.
 - a. Cette cartographie reflète-t-elle les dangers relevant du RSI et les risques prioritaires ?
 - b. Qu'en est-il de la logistique par rapport aux risques cartographiés ?
 - c. Le niveau des réserves permet-t-il d'intervenir également pour d'autres dangers relevant du RSI ?
 - d. Quelle est la situation en matière d'experts ?

- e. Comment le financement est-il garanti ?
- 3 À quelle fréquence le profil des risques et les ressources au niveau national sont-ils revus et mis à jour ?
 - 4 À quelle fréquence le profil des risques et les ressources au niveau national sont-ils évalués pour pouvoir les adapter à l'évolution de la situation ?

Références

- Surveillance et évaluation pour la réduction des risques de catastrophes – <http://www.un-spider.org/risks-and-disasters/sendai-framework-drr>.
- Cadre mondial de Sendai pour la réduction des risques de catastrophes 2015-2030.

Interventions d'urgence

Cibles – Existence d'un centre d'opérations d'urgence de santé publique dans chaque pays, dont le fonctionnement suit des normes communes minimales ; maintien d'équipes d'intervention d'urgence multisectorielles formées et fonctionnelles, de réseaux de laboratoires pour la surveillance biologique et de systèmes d'information en temps réel ; et présence de personnel au sein du centre d'opérations d'urgence en mesure d'activer une intervention d'urgence coordonnée dans un délai de 120 minutes à compter de l'identification d'une situation d'urgence de santé publique.

Mesure des cibles – Documentation attestant du fonctionnement d'un centre d'opérations d'urgence de santé publique remplissant les critères susmentionnés.

Effet souhaité – Coordination efficace et meilleur contrôle des flambées épidémiques, attestés par une réduction du délai qui s'écoule entre détection et action, et une diminution du nombre de cas et de décès.

Score	Indicateurs – Interventions d’urgence			
	R.2.1 Capacité à activer des interventions d’urgence.	R.2.2 Procédures et plans opérationnels du centre d’opérations d’urgence.	R.2.3 Programme d’interventions d’urgence.	R.2.4 Procédures de prise en charge des cas appliquées pour les dangers relevant du RSI.
Capacité inexistante – 1	Aucune procédure n’a été élaborée pour déterminer à quel moment il faut activer des interventions d’urgence de santé publique.	Aucun plan/procédure n’est en place au niveau du centre d’opérations d’urgence pour la structure de gestion des incidents (ou équivalent).	Aucun exercice n’a été réalisé.	Aucune ligne directrice pour la prise en charge des cas n’est disponible pour les maladies à tendance épidémique prioritaires. ⁷
Capacité limitée – 2	Un point de contact au sein du centre d’opérations d’urgence est disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour guider les interventions.	Des plans/procédures décrivant la structure de gestion des incidents (ou équivalent) sont en place au sein du centre d’opérations d’urgence ; un plan décrit les principaux éléments structurels et opérationnels des rôles fondamentaux (notamment la gestion des incidents ou le commandement, les opérations, la planification, la logistique et les finances).	Un exercice théorique a été réalisé pour tester les systèmes et la prise de décisions.	Des lignes directrices pour la prise en charge des cas sont disponibles pour les maladies à tendance épidémique prioritaires.
Capacité développée – 3	Le personnel du centre d’opérations d’urgence est formé à la gestion des situations d’urgence et aux modes opératoires normalisés des centres d’opérations d’urgence de santé publique, et il est disponible pour intervenir si nécessaire.	En plus de répondre aux critères de la « capacité limitée », les plans du centre d’opérations d’urgence sont en place pour certain nombre de fonctions, notamment : sciences de la santé publique (épidémiologie, expertise médicale et autres), communication publique, liaison avec les partenaires.	Un exercice fonctionnel a été réalisé pour tester les capacités d’intervention mais le centre d’opérations d’urgence n’a pas encore été activé pour une riposte. Le système n’est pas encore en mesure d’activer une intervention d’urgence coordonnée dans un délai de 120 minutes à compter de l’identification d’une urgence de santé publique.	Des lignes directrices pour la prise en charge des cas victimes d’autres dangers relevant du RSI ⁸ sont disponibles aux niveaux concernés au sein du système de santé, et des modes opératoires normalisés sont disponibles pour la prise en charge et le transport de patients potentiellement infectieux dans la communauté et au niveau des points d’entrée. ⁹

⁷ Pour le secteur de la santé animale, ces informations sont disponibles dans le Rapport sur les performances des services vétérinaires (PVS) dans le pays, Compétence critique : II-6 : Réponse rapide aux situations d’urgence.

⁸ Risques nucléaires, chimiques, zoonosiques et sécurité sanitaire des aliments.

⁹ Tel que précisé dans l’article 57, 2.d) du RSI (2005)

Score	Indicateurs – Interventions d’urgence			
	R.2.1 Capacité à activer des interventions d’urgence.	R.2.2 Procédures et plans opérationnels du centre d’opérations d’urgence.	R.2.3 Programme d’interventions d’urgence.	R.2.4 Procédures de prise en charge des cas appliquées pour les dangers relevant du RSI.
Capacité démontrée – 4	En plus des activités mentionnées dans la partie « capacité développée », le centre d’opérations d’urgence dispose de personnel dédié qui a été formé et qui peut activer une intervention dans un délai de deux heures.	En plus de répondre aux critères de la « capacité développée », les plans du centre d’opérations d’urgence suivants sont en place : concept de fonctionnement, formulaires et modèles pour la collecte et la communication des données, description des rôles et aide-mémoire pour les postes fonctionnels du centre d’opérations d’urgence.	Le centre d’opérations d’urgence a activé une intervention d’urgence coordonnée ou un exercice dans un délai de 120 minutes à compter de l’identification d’une urgence de santé publique ; l’intervention a fait appel aux fonctions opérations, logistique et planification.	La prise en charge des cas, l’orientation et le transport des patients, et la prise en charge et le transport des patients potentiellement infectieux sont réalisés conformément aux lignes directrices et/ou modes opératoires normalisés.
Capacité pérenne – 5	En plus des activités mentionnées dans la partie « capacité démontrée », des exercices sont réalisés au moins deux fois par an pour tester l’activation du centre d’opérations d’urgence.	En plus de répondre aux critères de la « capacité démontrée », des plans d’action décrivant les niveaux d’intensification des interventions sont en place, les ressources nécessaires pour chaque niveau et les procédures pour mobiliser des ressources supplémentaires.	En plus des éléments relevant de la « capacité démontrée », une évaluation de suivi a été réalisée et des mesures correctives ont été définies et appliquées.	En plus des critères de la « capacité démontrée », le personnel et les ressources appropriées (tels que définis par le pays) sont en place pour gérer les situations d’urgence envisagées dans le RSI.

Remarques

- L’indicateur fait référence aux interventions d’urgence de santé publique dans le pays.
- Le centre d’opérations d’urgence doit comprendre :
 - des systèmes d’information pour faire le lien entre les décideurs du secteur de la santé publique et les sources de données appropriées ;
 - du matériel de communication ;
 - du personnel formé et capable de coordonner une intervention d’urgence.
- Des plans d’intervention d’urgence évolutifs et souples doivent être élaborés pour faire face aux menaces de maladies émergentes.
- Les exercices doivent tester la capacité des systèmes d’intervention d’urgence et du personnel à coordonner une action à grande échelle, touchant plusieurs communautés, et faisant appel à une coordination multisectorielle.
- Des exercices fonctionnels doivent être réalisés chaque année ; des entraînements supplémentaires, des exercices théoriques et des simulations peuvent venir compléter les exercices fonctionnels.

Questions liées au contexte

1. Veuillez décrire la structure physique du centre d'opérations d'urgence de santé public actuel au niveau national, le cas échéant.
 - a. S'il existe un centre d'opérations d'urgence, veuillez fournir un plan d'aménagement et une description du matériel.
 - b. Quelle est la capacité totale en termes de personnel du centre d'opérations d'urgence ? Y a-t-il un plan pour accueillir du personnel supplémentaire, si nécessaire ?
 - c. Le centre d'opérations d'urgence dispose-t-il d'une source d'alimentation électrique fiable ?
 - d. Le centre d'opérations d'urgence dispose-t-il d'un équipement de communication fiable ? Cet équipement comprend-t-il l'accès à l'Internet, le courrier électronique et le téléphone ?
 - e. L'organisation du centre permet-elle de réunir des participants issus de ministères et d'autres partenaires nationaux et multinationaux, au besoin ?
2. Pendant une urgence, y a-t-il un processus pour partager les données scientifiques et les recommandations avec les décideurs et les dirigeants du pays ?
3. Existe-t-il une commission multisectorielle ou un département multidisciplinaire d'action d'urgence pour la santé publique/la santé animale ?
 - a. Cette commission ou ce département comprend-t-il des experts en sécurité, en santé publique, en sciences vétérinaires, en faune sauvage ?
 - b. Cette équipe a-t-elle reçu une formation à la communication publique ?
 - c. À quelle fréquence ces groupes se réunissent-ils pour discuter de questions transversales ?
4. Comment les entités infranationales (intermédiaires et locales) gèrent-elles les activités liées à l'action d'urgence ?
 - a. La santé publique a-t-elle un rôle dans l'action d'urgence ou s'agit-il d'une activité relevant de la protection civile ?
5. Comment les localités gèrent-elles les activités liées à l'action d'urgence ?
 - a. La santé publique a-t-elle un rôle dans l'action d'urgence ou s'agit-il d'une activité relevant de la protection civile ?
6. Existe-t-il une permanence téléphonique que les personnes/cliniciens peuvent appeler pour obtenir de l'aide sur la manière de gérer une maladie d'origine inconnue ?
 - a. Existe-t-il un système comparable pour les maladies animales ?

Questions techniques

R.2.1 Capacité à activer des interventions d'urgence

1. Veuillez décrire des scénarios ou des éléments qui déclenchent l'activation du centre d'opérations d'urgence. Y a-t-il différents niveaux d'activation ?
 - a. Qui décide du changement de niveau d'activation ?
2. Veuillez décrire les rôles du personnel qui occupent des fonctions au sein du centre d'opérations d'urgence.
 - a. Y a-t-il une permanence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour les interventions d'urgence ?
3. Veuillez décrire comment le personnel du centre d'opérations d'urgence a été formé aux principes régissant les interventions d'urgence.
 - a. Comment les équipes d'interventions ont-elles été formées ?
 - b. Existe-t-il un programme de formation pour le personnel du centre d'opérations d'urgence ?

- c. Existe-t-il un cursus de formation en interventions d'urgence pour le personnel qui occupe des fonctions au sein du centre d'opérations d'urgence ?
- d. Comment le personnel de renfort est-il choisi ? Existe-t-il une formation pour le personnel de renfort en amont des interventions ? Existe-t-il une formation de « dernière minute » ?

R.2.2 Procédures et plans opérationnels du centre d'opérations d'urgence

1. Veuillez décrire les procédures en place pour les interventions d'urgence.
 - a. À quelle fréquence ces procédures sont-elles mises à jour ?
 - b. Comment les dossiers de procédures sont-ils conservés et distribués ?
 - c. Existe-t-il une procédure pour la prise de décisions ?
2. Lors d'une urgence de santé publique nationale, qui est le gestionnaire des incidents pour le centre d'opérations d'urgence ?
3. Veuillez décrire la disponibilité/diffusion des informations et des rapports de situation pour les différents groupes cibles.

R.2.3 Programme d'interventions d'urgence

1. Veuillez décrire les exercices d'intervention d'urgence de santé publique ou les activations qui ont été réalisés au cours de l'année écoulée.
 - a. Décrire les exercices fonctionnels qui ont été réalisés au cours de l'année écoulée.
 - b. Décrire les exercices théoriques qui ont été réalisés au cours de l'année écoulée.
 - c. Décrire les activations d'intervention d'urgence qui ont eu lieu au cours de l'année écoulée, le cas échéant.
 - d. Fournir un résumé des plans d'amélioration, des rapports après action ou des documents rassemblant les enseignements tirés, qui ont été établis à l'issue des exercices ou des activations.
 - e. Combien de fois le centre d'opérations d'urgence a-t-il été utilisé au cours des cinq dernières années ?

R.2.4 Procédures de prise en charge des cas appliquées pour les dangers relevant du RSI

1. Disponibilité de lignes directrices sur la prise en charge des cas pour les maladies prioritaires et les dangers relevant du RSI à tous les niveaux du système de santé.
2. Disponibilité de modes opératoires normalisés (respectivement pour les lignes directrices nationales ou internationales) pour la prise en charge et le transport des patients potentiellement infectieux au niveau/point d'entrée local.
3. Disponibilité d'un mécanisme d'orientation et de transport des patients doté de suffisamment de ressources (ambulances dédiées et modes opératoires normalisés).
4. Disponibilité de personnel adéquat formé à la prise en charge des cas dans les situations d'urgence relevant du RSI.

Documentation ou éléments démontrant le niveau de capacité

- Plan d'aménagement du centre d'opérations d'urgence et liste du matériel disponible.
- Plan de formation pour le personnel d'intervention d'urgence.
- Plan d'exercice, comprenant un plan d'évaluation et de mesures correctives, si disponible.
- Plan d'activation d'une intervention d'urgence comprenant, par exemple, une liste du personnel d'intervention d'urgence et des rôles.

Références

- EOC-NET de l'OMS : http://www.who.int/ihr/eoc_net/fr/.
- Surveillance et évaluation pour la réduction des risques de catastrophes – <http://www.un-spider.org/risks-and-disasters/sendai-framework-drr>.
- Cadre mondial de Sendai pour la réduction des risques de catastrophes 2015-2030.

Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité

Cibles – En cas d'événement biologique d'origine suspectée ou confirmée délibérée, un pays sera capable de mener une action rapide et multisectorielle, notamment en établissant un lien entre la santé publique et les services chargés de faire appliquer la loi, et de fournir et/ou demander une assistance internationale efficace en temps utile, notamment pour mener des investigations sur les événements liés à l'usage présumé détourné.

Mesure des cibles – Faits montrant qu'au moins une action menée au cours de l'année précédente établit effectivement un lien entre la santé publique et les services chargés de faire appliquer la loi, OU exercices officiels ou simulations faisant intervenir les dirigeants du secteur de la santé publique et des services chargés de faire appliquer la loi dans le pays.

Effet souhaité – Élaboration et application d'un mémorandum d'accord ou autre cadre similaire décrivant les rôles, les responsabilités et les meilleures pratiques pour le partage d'informations pertinentes entre et parmi les personnels du secteur de la santé humaine et de la santé animale, des services chargés de faire appliquer la loi, et de la défense, et validation du mémorandum d'accord à travers des exercices et des simulations périodiques. En collaboration avec la FAO, l'Organisation internationale de police criminelle (Interpol), l'OIE, l'OMS, les États Parties à la Convention relative aux armes biologiques et à toxines (et, le cas échéant, l'Unité d'appui à l'application de la Convention), le Mécanisme permettant au Secrétaire général des Nations Unies d'enquêter sur les allégations d'emploi d'armes chimiques, biologiques et à toxines (UNSGM), et autres organisations régionales et internationales concernées, les pays développeront et appliqueront des systèmes modèles pour mener et appuyer des investigations criminelles et épidémiologiques conjointes afin d'identifier des incidents biologiques d'origine suspectée délibérée et d'y riposter.

Score	Indicateur – Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité
Capacité inexistante – 1	Il n'existe pas de cadre légal, de relations, de protocoles de memorandum d'accord ou autre entente entre les secteurs de la santé publique, de la santé animale et les autorités chargées de la sécurité.
Capacité limitée – 2	Des points de contact et des éléments déclencheurs pour la notification et le partage d'information ont été identifiés et partagés entre les secteurs de la santé publique, de la santé animale et les autorités chargées de la sécurité.
Capacité développée – 3	Un memorandum d'accord ou autre entente (protocole) existe entre le secteur de la santé publique et les autorités chargées de la sécurité dans le pays et il a été officiellement accepté.
Capacité démontrée – 4	Au moins une action ou un exercice d'intervention d'urgence pour la santé publique impliquant un échange d'information avec les autorités chargées de la sécurité relevant du memorandum d'accord officiel ou autre entente (protocole) a été mené au cours de l'année écoulée.
Capacité pérenne – 5	Le secteur de la santé publique et les autorités chargées de la sécurité échangent des rapports et des informations sur des événements qui les intéressent conjointement, aux niveaux national, intermédiaire et local, sur la base du memorandum d'accord officiel ou autre entente (protocole), et participent à un programme conjoint de formation pour l'initiation, la pratique et l'institutionnalisation de la connaissance du memorandum d'accord ou autre entente.

Remarques

- La collaboration multisectorielle est fondamentale pour mettre en place une action d'urgence de santé publique efficace. Les autorités chargées de la sécurité comprennent notamment les services chargés de faire appliquer la loi, les agents de contrôle aux frontières, les douanes et/ou la défense. Pour être efficace, la collaboration multisectorielle doit également faire intervenir des inspecteurs de la sécurité sanitaire des aliments et des autorités de santé animale.

Questions liées au contexte : s. o.

Questions techniques

R.3.1 La santé publique et les autorités chargées de la sécurité (par exemple les services chargés de faire appliquer la loi, le contrôle aux frontières et les douanes) sont en liaison lors d'un événement biologique suspecté ou confirmé

1. Existe-t-il un mémorandum d'accord ou autre entente entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité au niveau national ?
 - Parmi les autorités chargées de la sécurité, quelles sont celles qui sont concernées par un mémorandum d'accord ou autre entente ? Les services chargés de faire appliquer la loi, les services de contrôle aux frontières, les services des douanes, les inspecteurs de la sécurité sanitaire des aliments, ou autre ?
 - À défaut, existe-t-il un mémorandum d'accord ou autre entente entre la santé publique et un autre secteur (agriculture, défense, affaires étrangères) qui pourrait servir à promouvoir le partage d'informations et la collaboration lors de situations d'urgence ?
 - Existe-t-il des accords entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité aux niveaux intermédiaire et/ou local ?
2. Des formations ont-elles été dispensées conjointement (au niveau intermédiaire – régional – ou au niveau national), à la fois pour les personnels de santé publique et pour ceux des services chargés de la sécurité, sur les thèmes liés au partage d'informations et aux investigations/interventions conjointes ?
3. Existe-t-il des modes opératoires normalisés ou des accords pour la coordination d'une action conjointe en cas de situation d'urgence de santé publique ou autre, sur des sites tels que les points d'entrée où la santé publique et les autorités chargées de la sécurité ont tous deux des responsabilités en matière de sécurité opérationnelle et de sécurité sanitaire ?
4. Existe-t-il des modes opératoires normalisés ou des accords pour l'évaluation conjointe/partagée des risques lors d'événements susceptibles de menacer la santé publique et la sécurité ?
5. Existe-t-il une législation permettant au gouvernement de placer en quarantaine un individu qui présente un risque pour la santé publique ?
6. Comment les événements biologiques potentiels ou autres événements de santé publique possiblement délibérés sont-ils détectés dans le pays ? Veuillez fournir les plans qui ont été préparés pour faire face à des événements biologiques potentiels, le cas échéant.
7. Des experts de santé publique participent-ils à l'action d'urgence liée à la Convention relative aux armes biologiques et à toxines ?
8. Le pays a-t-il participé à un exercice, une simulation ou une action, au cours de l'année écoulée, qui a fait intervenir les dirigeants de la santé publique et les autorités chargées de la sécurité ? Si tel est le cas, veuillez décrire l'exercice, la simulation ou l'action.
 - Veuillez décrire les mesures correctives qui ont été recommandées sur la manière dont l'organisme de santé publique et les autorités chargées de la sécurité doivent coordonner leur action.
9. Des rapports d'informations sont-ils régulièrement partagés entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité dans le pays ? Existe-t-il un mécanisme pour encourager la communication régulière des informations ?
 - Quels types de rapports émanant de la santé publique sont régulièrement partagés avec les autorités chargées de la sécurité ?
 - Quels types de rapports émanant des autorités chargées de la sécurité sont régulièrement partagés avec la santé publique ?
10. Existe-t-il un programme de formation aux investigations conjointes propre au pays pour former les personnels de santé publique et des services chargés de faire appliquer la loi ?
11. Veuillez décrire la manière dont le gouvernement national est relié à Interpol. Quel ministère est chargé d'interagir avec Interpol ?

Documentation ou éléments démontrant le niveau de capacité

- Modes opératoires normalisés ou plans d'action d'urgence dans lesquels interviennent les autorités chargées de la sécurité.
- Rapports d'information régulièrement partagés avec les autorités chargées de la sécurité.

Références

- WHO-OIE Operational Framework for Good governance at the human-animal interface: Bridging WHO and OIE tools for the assessment of national capacities : http://www.oie.int/fileadmin/Home/fr/Media_Center/docs/pdf/WHO_OIE_Operational_Framework_Final2.pdf.
- Code sanitaire pour les animaux terrestres de l'OIE – Législation vétérinaire – chapitre 3.4 : http://www.oie.int/fr/normes-internationales/code-terrestre/acces-en-ligne/?htmfile=chapitre_vet_legislation.htm.

Moyens médicaux et déploiement de personnel

Cibles – Un cadre national pour le transfert (envoi et réception) de moyens médicaux et de personnels de santé publique et médical parmi les partenaires internationaux lors d’urgences de santé publique.

Mesure des cibles – Éléments démontrant lors d’au moins une action en situation d’urgence de santé publique OU un exercice officiel/une simulation, réalisé au cours de l’année écoulée que le pays a envoyé ou reçu des moyens médicaux et du personnel, dans le cadre de protocoles écrits nationaux ou internationaux.

Effet souhaité – Les pays auront mis en place les procédures légales et réglementaires et les plans logistiques requis pour permettre le déploiement et la réception transfrontières rapides de personnels de santé publique et médical lors de situations d’urgence. Une collaboration régionale (internationale) aidera les pays à surmonter les difficultés juridiques, logistiques et réglementaires liées au déploiement de personnels de santé publique et médical d’un pays à un autre.

Score	Indicateurs – Moyens médicaux et déploiement de personnel	
	R.4.1 Système en place pour l’envoi et la réception de moyens médicaux lors d’une urgence de santé publique.	R.4.2 Système en place pour l’envoi et la réception de personnels de santé lors d’une urgence de santé publique.
Capacité inexistante – 1	Aucun plan national relatif aux moyens médicaux n’a été préparé.	Aucun plan national relatif au déploiement de personnels n’a été préparé.
Capacité limitée – 2	Des plans ont été préparés pour la mise en place d’un système pour l’envoi et la réception de moyens médicaux lors d’une urgence de santé publique.	Des plans ont été préparés pour la mise en place d’un système pour l’envoi et la réception de personnels de santé lors d’une urgence de santé publique.
Capacité développée – 3	Des exercices théoriques ont été réalisés pour vérifier la capacité à envoyer ou à recevoir des moyens médicaux lors d’une urgence de santé publique.	Des exercices théoriques ont été réalisés pour vérifier les protocoles et la prise de décisions relatifs à l’envoi ou à la réception de personnels de santé provenant d’un autre pays lors d’une urgence de santé publique.
Capacité démontrée – 4	Au moins une action OU un exercice officiel/une simulation, au cours desquels des moyens médicaux ont été envoyés ou reçus par le pays, ont été réalisés au cours de l’année écoulée.	Au moins une action OU un exercice officiel/une simulation, au cours desquels des personnels de santé ont été envoyés ou reçus par le pays, ont été réalisés au cours de l’année écoulée.
Capacité pérenne – 5	Le pays participe à un partenariat régional/international, ou a conclu un accord officiel avec un autre pays ou une organisation internationale, définissant les critères et les procédures pour l’envoi et la réception de moyens médicaux ET a participé à un exercice ou une action au cours de l’année écoulée à l’occasion desquels il a mis en pratique le déploiement ou la réception de moyens médicaux.	Le pays participe à un partenariat régional/international, ou a conclu un accord officiel avec un autre pays ou une organisation internationale, définissant les critères et les procédures pour l’envoi et la réception de personnels de santé ET a participé à un exercice ou une action au cours de l’année écoulée à l’occasion desquels il a mis en pratique le déploiement ou la réception de personnels de santé.

Remarques

- Si le pays possède une réserve de moyens médicaux, il ne lui sera pas demandé de fournir une liste ou un formulaire.

Questions liées au contexte : s. o.

Questions techniques

R.4.1 Système en place pour l'envoi et la réception de moyens médicaux lors d'une urgence de santé publique

1. Le pays a-t-il mis en place un plan définissant les procédures et la prise de décisions relatifs à l'envoi et à la réception de moyens médicaux lors d'une urgence de santé publique ?
 - a. Ce plan traite-t-il les questions réglementaires liées à la réception de médicaments ou de dispositifs provenant de l'étranger ?
 - b. Ce plan traite-t-il les questions logistiques liées à l'envoi, à la réception et à la distribution de moyens médicaux lors d'une urgence de santé publique ?
 - c. Ce plan traite-t-il les questions sécuritaires liées à l'envoi, à la réception et à la distribution de moyens médicaux lors d'une rupture de stock ?
2. Le pays a-t-il mis en pratique des plans pour l'envoi ou la réception de moyens médicaux au cours de l'année écoulée ?
 - a. Si oui, veuillez décrire l'exercice et les résultats obtenus.
3. Le pays dispose-t-il d'une réserve de moyens médicaux pour son propre usage lors d'une urgence de santé publique ?
 - a. Le pays a-t-il la capacité de produire des antibiotiques, des vaccins, du matériel/des fournitures de laboratoire ou autres ?
4. Le pays a-t-il conclu des accords avec des fabricants ou des distributeurs pour se procurer des moyens médicaux lors d'une urgence de santé publique ? Veuillez fournir des détails.
5. Le pays est-il partie prenante dans des accords régionaux/internationaux pour l'acquisition de moyens médicaux ? Veuillez fournir des détails.
6. Le pays est-il partie prenante dans des accords régionaux/internationaux pour le partage de moyens médicaux ? Veuillez fournir des détails.
7. Le pays est-il partie prenante dans des accords régionaux/internationaux pour la distribution de moyens médicaux ? Veuillez fournir des détails.
8. Y a-t-il des ressources/personnels affectés à la logistique pour la livraison et la réception de moyens médicaux ?
9. Y a-t-il des ressources/personnels affectés au suivi et à la distribution de moyens médicaux ?
10. Le pays a-t-il mis en place un plan de préparation en cas de pandémie qui traite la question des moyens médicaux ? Veuillez fournir des détails.
11. Le pays a-t-il mis en place un plan, une procédure ou des dispositions légales pour l'acquisition de moyens pour la santé animale ? Veuillez fournir des détails.
12. Le pays a-t-il mis en place un plan, une procédure ou des dispositions légales pour la distribution de moyens pour la santé animale ? Veuillez fournir des détails.

R.4.2 Système en place pour l'envoi et la réception de personnels de santé lors d'une urgence de santé publique

1. Le pays a-t-il mis en place un plan définissant les procédures et la prise de décisions relatifs à l'envoi et à la réception de personnels de santé lors d'une urgence de santé publique ?
 - a. Ce plan traite-t-il les questions réglementaires et liées à l'autorisation d'exercer en cas de réception de personnels de santé provenant de l'étranger ?
 - b. Ce plan définit-il des critères et des normes en matière de formation des personnels de santé qui seront envoyés ou reçus lors d'une situation d'urgence de santé publique ?

- c. Ce plan traite-t-il les questions de responsabilité liées à l'emploi de personnel médical lors d'un déploiement international ?
 - d. Ce plan traite-t-il les questions de sécurité pour les personnels de santé lors d'un déploiement international ?
 - e. Ce plan traite-t-il les questions financières pour les personnels de santé lors d'un déploiement international ?
 - f. D'autres secteurs (autorités chargées de la sécurité, santé animale) sont-ils parties prenantes dans les plans pour envoyer/recevoir du personnel pendant une situation d'urgence ?
2. Les plans relatifs à la dotation en personnels de renfort en cas d'activation d'une action d'urgence de santé publique définissent-ils les éléments déclencheurs qui donnent lieu à une demande de personnels provenant d'autres pays ?
 - a. Des procédures et matériels de formation ont-ils été prévus pour initier le personnel nouvellement arrivé au sein de l'organisation ?
 3. Le pays a-t-il mis en pratique des plans pour l'envoi ou la réception de personnels de santé au cours de l'année écoulée ?
 - a. Si oui, veuillez décrire l'exercice et les résultats obtenus.
 4. Le pays est-il partie prenante dans des accords régionaux/internationaux pour le déploiement de personnels, tels que le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) de l'OMS ? Veuillez fournir des détails.
 - a. Des politiques et des ressources sont-elles en place pour veiller à ce que les institutions et les réseaux techniques puissent participer activement au Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) ? Veuillez fournir des détails.
 - b. Le pays dispose-t-il d'un plan de préparation en cas de pandémie, ou autre plan de préparation pour faire face à une situation d'urgence, qui traite la question des déploiements des personnels ? Veuillez fournir des détails.

Documentation ou éléments démontrant le niveau de capacité

- Plan de déploiement des moyens médicaux.
- Plan de déploiement des personnels.
- Plan de préparation en cas de pandémie (le cas échéant).

Communication sur les risques

Cibles – Les États Parties doivent avoir une capacité de communication sur les risques qui soit multiniveaux et multiformes, un échange d'informations, de conseils et d'avis en temps réel entre experts et représentants/personnes faisant face à une menace ou un danger pour leur survie, un bien-être économique et social de manière à pouvoir prendre des décisions éclairées pour limiter les effets de la menace ou du danger et adopter des mesures de protection et de prévention. Cela implique un ensemble de stratégies de communication et de collaboration, comme la communication dans les médias et les médias sociaux, les campagnes de sensibilisation de masse, la promotion de la santé, la mobilisation sociale, la collaboration des parties prenantes et de la communauté.

Effet souhaité – Les entités responsables communiquent efficacement, et écoutent et incorporent activement les préoccupations du public et des communautés à travers les médias, les médias sociaux, des campagnes de sensibilisation de masse, la promotion de la santé, la mobilisation sociale, la collaboration des parties prenantes et de la communauté, pour mieux connaître les risques afin de réduire et de limiter l'impact attendu du danger sanitaire avant, pendant et après les événements menaçant la santé publique.

Score	Indicateurs – Communication sur les risques		
	R.5.1 Systèmes de communication sur les risques (plans, mécanismes, etc.).	R.5.2 Communication et coordination internes et avec les partenaires.	R.5.3 Communication publique.
Capacité inexistante – 1	Il n’y a pas de dispositions gouvernementales officielles pour la communication sur les risques.	Il n’y a pas de plateforme de coordination ni de mécanisme pour la communication interne et avec les partenaires afin de mobiliser les principales parties prenantes aux niveaux national, intermédiaire, local et international (y compris les agents de santé).	Il n’y a pas d’unité ou de lieu central pour la communication publique, la diffusion réactive et ad hoc des informations à travers les médias.
Capacité limitée – 2	Il existe des dispositions gouvernementales officielles, notamment un plan national de communication sur les risques multidangers en cas de situation d’urgence (revu il y a moins de 24 mois), et une équipe centrale chargée de ce domaine de travail est en place ; cependant, il y a des lacunes importantes au niveau des ressources humaines, des plateformes et des ressources nécessaires pour faire face à une situation d’urgence à grande échelle.	Une certaine coordination ad hoc de la communication existe, à travers des réunions avec certains partenaires, par exemple, et/ou il y a un partage d’information mais il est irrégulier.	Il existe une unité ou une équipe de communication publique, un porte-parole du gouvernement désigné et formé, et des procédures pour la communication publique.
Capacité développée – 3	Il existe des dispositions gouvernementales officielles et des systèmes reposant sur des modes opératoires normalisés et des capacités avec une collaboration multisectorielle et multipartite, mais l’allocation et l’adéquation des ressources humaines et financières sont insuffisants.	Une coordination de la communication existe, mais la collaboration des partenaires et des parties prenantes, y compris des agents de santé, de la société civile, du secteur privé et autres acteurs non étatiques, est limitée.	En plus du niveau 2 (capacité limitée), il y a une diffusion des informations proactive auprès du public sur un ensemble de plateformes (journaux, radios, télévision, médias sociaux, Web) correspondant aux préférences nationales et locales, et dans les langues utilisées aux niveaux national et local, de manière à ce que les messages soient compris par les populations. Utilisation de technologies pertinentes au niveau local pour la communication publique (téléphone portable, etc.).
Capacité démontrée – 4	Un système national pleinement opérationnel est en place, répondant aux critères des précédents niveaux, et	Il existe une coordination efficace et régulière de la communication avec tous les partenaires répondant aux critères de	La communication est planifiée, appuyée par une collaboration continue et une diffusion proactive de l’information à travers les médias (notamment via des

Score	Indicateurs – Communication sur les risques		
	R.5.1 Systèmes de communication sur les risques (plans, mécanismes, etc.).	R.5.2 Communication et coordination internes et avec les partenaires.	R.5.3 Communication publique.
	faisant intervenir du personnel et des volontaires compétents et/ou formés, et des ressources financières et dispositions permettant une intensification des activités, comme l'a démontré un exercice de simulation ou une situation d'urgence sanitaire réelle.	tous les niveaux précédents, et testée à l'occasion d'un exercice de simulation ou d'une situation d'urgence sanitaire réelle.	réunions d'information régulières avec les médias), conforme aux meilleures pratiques en matière de communication sur les risques et permettant de parvenir à une couverture géographique globale (communication régulière sur les questions sanitaires et les risques dans les langues pertinentes, activité des médias et des médias sociaux pendant la situation d'urgence).
Capacité pérenne- 5	Les enseignements tirés des capacités énoncées au niveau 4 sont intégrés dans la révision des plans nationaux et participent à renforcer continuellement le système. Des ressources sont régulièrement allouées au système en place afin de le maintenir et de le développer.	Il existe une coordination de la communication efficace, régulière et inclusive avec les partenaires et parties prenantes, comprenant également la définition des rôles, le partage des ressources et des plans d'action conjointe.	Le gouvernement, les partenaires et divers médias participent à une collaboration solide et toujours plus réactive afin de fournir des conseils sanitaires, y compris en répondant aux préoccupations des gens, en dissipant les rumeurs, et en balayant les fausses informations.

Score	Indicateurs – Communication sur les risques	
	R.5.4 Communication pour faire participer les communautés touchées.	R.5.5 Écoute dynamique et gestion des rumeurs.
Capacité inexistante – 1	Aucune disposition n'existe pour faire systématiquement participer les populations au niveau communautaire lors d'une situation d'urgence. Il existe parfois une mobilisation sociale, des activités de promotion de la santé ou de collaboration communautaire en matière de risques sanitaires dans les domaines de la santé maternelle et infantile, la vaccination, le paludisme, la tuberculose, le VIH/sida, les maladies tropicales négligées et autres programmes pour le développement, mais elles ne sont pas systématiquement utilisées pour les situations d'urgence.	Il n'existe pas de système permettant d'identifier/de dissiper les rumeurs ou les fausses informations, ni de comprendre et d'analyser les préoccupations et les peurs du public.
Capacité limitée – 2	Il existe une ébauche de système pour la participation au niveau communautaire, avec la cartographie des processus, des programmes, des partenaires et des parties prenantes existants. La mobilisation sociale, la	Des systèmes ad hoc d'écoute et de gestion des rumeurs existent, y compris à travers les agents de santé, mais ils ne sont pas pleinement utilisés pour guider l'action.

Score	Indicateurs – Communication sur les risques	
	R.5.4 Communication pour faire participer les communautés touchées.	R.5.5 Écoute dynamique et gestion des rumeurs.
	communication sur les changements comportementaux et la collaboration communautaire font partie de la stratégie nationale de communication sur les risques dans le contexte d'une urgence sanitaire. Certaines parties prenantes dans ce domaine sont identifiées aux niveaux national et intermédiaire (provincial/régional).	
Capacité développée – 3	Les parties prenantes sont cartographiées aux niveaux intermédiaire et local, un système décentralisé (avec des ressources financières et humaines) est en place pour favoriser la collaboration communautaire, faisant intervenir les chefs communautaires et religieux, les organisations communautaires et autres équipes décentralisées. Une pratique standard est en place pour élaborer des documents d'information, d'éducation et de communication avec la participation de la communauté et des parties prenantes clés. Des mécanismes de consultation de la communauté sont en place (permanence téléphonique, enquêtes, etc.).	Il existe des systèmes de routine et basés sur des événements permettant de rester à l'écoute et de gérer les rumeurs, ou un système permanent, mais leur influence sur la riposte est limitée ou imprévisible.
Capacité démontrée – 4	Des séances d'information régulières sont organisées, ainsi que des formations, et des équipes faisant intervenir des volontaires assurent la mobilisation sociale et la participation de la communauté. Des mécanismes pour mobiliser des capacités en vue d'intensifier l'action existent et sont opérationnels. Une boucle de renvoi d'informations issues de l'écoute (domaine 5) pour améliorer la participation communautaire est en place.	Il existe un système robuste d'écoute et de gestion des rumeurs permanent, intégré au processus de prise de décisions et aux actions de communication publique (domaine 3), de communication auprès des communautés touchées (domaine 4) et de communication interne et avec les partenaires (domaine 2).
Capacité pérenne- 5	Les communautés sont des partenaires à part entière dans le processus de communication sur les risques, comme cela a été démontré lors d'un exercice de simulation ou d'une situation d'urgence réelle.	Les fausses informations et les rumeurs sont très peu relayées grâce à une communication efficace sur les risques ; le public accueille avec confiance les conseils sanitaires officiels et le changement comportemental souhaité est visible, le cas échéant.

Remarques

1. Seul un élément du cadre d'évaluation des capacités du RSI (2005) actuel parmi les composantes clés de la communication sur les risques – la communication publique – a été évalué. Les points évalués portaient essentiellement sur les résultats des activités de communication publique. Le cadre révisé proposé ici s'intéresse aux résultats de la communication sur les risques. Ce cadre s'appuie sur les éléments existants en matière d'évaluation des capacités au titre du RSI et utilise un « modèle logique » basé sur des faits probants pour évaluer les résultats de la communication sur les risques en situation d'urgence, élaboré conjointement par l'OMS et la Harvard School of Public Health en 2014.
2. Le domaine 5 (écoute dynamique et gestion des rumeurs) doit être évalué indépendamment, et par rapport aux domaines 2 (communication et coordination internes et avec les partenaires), 3 (communication publique) et 4 (communication avec les communautés touchées).

Questions liées au contexte : s. o.

Questions techniques

R.5.1 Systèmes de communication sur les risques (plans, mécanismes, etc.)

1. Une fonction pour la communication sur les risques est-elle prévue dans le plan national d'action ?
2. Y a-t-il du personnel ou des services gouvernementaux chargés de la communication qui répondent de manière informelle aux besoins d'information du public pendant les situations d'urgence ?
3. Y a-t-il du personnel permanent ou de renfort chargé de la communication sur les risques pendant les situations d'urgence ?
4. Les rôles et les responsabilités du personnel chargé de la communication sur les risques sont-ils définis dans un plan d'action ?
5. Des améliorations notables pourraient-elles être apportées en matière de dotation en personnel, de plateformes, de ressources financières ou autres facteurs, au bénéfice de la communication publique et avec les partenaires pendant les situations d'urgence ?
6. Existe-t-il des plans, des accords et/ou des modes opératoires normalisés partagés en matière de communication parmi les autres organismes d'intervention, tels que la sécurité publique, les services chargés de faire appliquer la loi, les hôpitaux, les services d'urgence, la Croix-Rouge ou le Croissant-Rouge et/ou des organismes gouvernementaux tels que les ministères de la défense, de l'agriculture, de l'agroalimentaire, de la santé (médicaments), etc. ?
7. Un poste budgétaire est-il prévu pour le personnel, le matériel et les activités de communication pendant les situations d'urgence ?
8. La communication publique pendant une situation d'urgence revient-elle automatiquement à un autre organisme gouvernemental en dehors du ministère de la santé ou en liaison avec celui-ci ?
9. Les plans sont-ils testés au moins une fois par an ?
10. Une formation est-elle dispensée au personnel chargé de la communication sur les risques en cas de dangers locaux ?
11. Existe-t-il une procédure interne à votre organisme pour autoriser la diffusion de messages auprès du public ?
12. Les plans d'action ont-ils été modifiés pour tenir compte des enseignements tirés d'exercices ou d'interventions réelles ?
13. Le personnel chargé de la communication a-t-il été informé et/ou formé à la modification du plan d'action ?

14. Y a-t-il un budget alloué au système de communication pour son maintien et son développement ?

Informations supplémentaires – Disponibilité de la documentation liée au point R.5.1

- a. Plans d'action nationaux – sections relatives à la communication
- b. Organigramme
- c. Plans pour le personnel chargé de la communication sur les risques lors d'une situation d'urgence
- d. Description de poste pour les membres du personnel chargé de la communication
- e. Accords passés avec des organismes d'intervention
- f. Extrait du budget alloué à l'action lors d'une situation d'urgence
- g. Notes de réunions diverses
- h. Plans et résultats d'exercices
- i. Objectifs/résultats d'ateliers de formation
- j. Plan décrivant la procédure d'autorisation de la diffusion de messages
- k. Modifications apportées aux plans
- l. Mécanismes pour le partage des modifications apportées aux plans
- m. Plan budgétaire à long terme

R.5.2 Communication et coordination internes et avec les partenaires

1. Existe-t-il un mécanisme officiel ou non pour coordonner la communication interne à votre organisme pendant une situation d'urgence ?
2. Existe-t-il un mécanisme officiel ou non pour coordonner la communication parmi les parties prenantes et les organismes d'intervention au niveau national pendant une situation d'urgence ?
3. Existe-t-il un mécanisme officiel ou non pour coordonner la communication parmi les parties prenantes et les organismes d'intervention au niveau international pendant une situation d'urgence ?
4. Est-il arrivé que des parties prenantes/organismes partenaires diffusent des informations qui diffèrent des informations de votre organisme ou qui les contredisaient lors d'une situation d'urgence ?
5. Est-il arrivé qu'un temps précieux soit perdu en raison de l'absence d'un accord stipulant quel organisme doit intervenir pendant une situation d'urgence ?
6. Pouvez-vous citer un exemple de situation d'urgence ou d'événement qui aurait pu être mieux coordonné entre les organismes partenaires ?
7. Existe-t-il un mécanisme officiel pour coordonner la communication avec les hôpitaux et le secteur des soins de santé pendant une situation d'urgence ?
8. Existe-t-il un mécanisme officiel pour coordonner la communication parmi les organisations de la société civile pendant une situation d'urgence ?
9. Existe-t-il un mécanisme officiel pour coordonner la communication avec le secteur privé pendant une situation d'urgence ?
10. Votre organisation a-t-elle conduit des exercices pour tester la coordination de la communication avec les organisations partenaires ?

11. Votre organisation est-elle intervenue dans une situation d'urgence réelle qui a testé la coordination de la communication avec les organisations partenaires ?
12. Votre organisation élabore-t-elle régulièrement des plans d'action de communication avec des partenaires et des parties prenantes extérieures ?
13. Votre organisation a-t-elle un budget coordonné pour les actions de communication avec les partenaires et parties prenantes extérieures ?

Informations supplémentaires – Disponibilité de la documentation liée au point R.5.2

- a. Événements de coordination interne et externe
- b. Rapports d'action
- c. Nouvelles et articles parus dans les médias lors de situations d'urgence passées
- d. Plans pour la coordination de la communication avec les organismes extérieurs
- e. Rapports après action à l'issue d'exercices ou d'actions d'urgence
- f. Plan d'action et plan budgétaire coordonné pour la communication ayant fait l'objet d'un accord lors d'une situation d'urgence

R.5.3 Communication publique

1. Votre organisation a-t-elle officialisé une fonction pour communiquer avec le public ?
2. Votre organisation a-t-elle un porte-parole public désigné et formé ?
3. Votre organisation a-t-elle une équipe de communication chargée de la diffusion d'informations dans les médias et les médias sociaux ?
4. Votre organisation analyse-t-elle les publics cibles pour mieux comprendre leur langage, les sources d'informations fiables et les préférences en matière de canal de communication ?
5. Votre organisation a-t-elle une stratégie de communication qui fait appel de manière proactive à diverses plateformes médiatiques, telles que les journaux, la radio, la télévision, les médias sociaux ou le Web, afin de diriger les messages vers certains publics ?
6. Votre organisation diffuse-t-elle les informations dans les langues locales si les publics visés le nécessitent ?
7. Votre organisation conduit-elle une recherche dans les médias pour déterminer si les messages ont atteint les publics cibles ?
8. Votre organisation modifie-t-elle la manière dont elle adresse les messages de santé publique en fonction des zones géographiques, des langues et des préférences en matière de médias ?
9. Pendant les situations d'urgence ou les exercices, votre organisation tient-elle régulièrement des séances d'information médiatique et diffuse-t-elle des bulletins d'information à travers les médias de masse et les médias sociaux ?
10. Votre organisation contribue-t-elle à une base de données des meilleures méthodes de communication pour obtenir des publics cibles un changement comportemental pendant des situations d'urgence ?
11. Votre organisation partage-t-elle des expériences et de nouvelles stratégies avec les organisations partenaires pour améliorer continuellement la communication ?
12. Votre organisation surveille-t-elle les rumeurs et les fausses informations qui circulent, et y répond-elle rapidement le cas échéant ?

Informations supplémentaires – Disponibilité de la documentation liée au point R.5.3

- a. Organigramme
- b. Stratégie du département des médias
- c. Plans de diffusion de l'information auprès des communautés
- d. Plans d'action médiatique
- e. Plans de diffusion de l'information auprès des communautés
- f. Protocoles et publications de recherche sur la communication (officiels et non officiels)
- g. Exemples de rumeurs et de méthodes utilisées pour les gérer

R.5.4 Communication pour mobiliser les communautés touchées

1. Votre organisation a-t-elle un service ou un groupe de travail chargé de la mobilisation sociale, de la promotion de la santé ou de la participation communautaire, qui participe aux actions de communication pendant les situations d'urgence ?
2. Votre organisation a-t-elle un service ou un groupe de travail chargé de la mobilisation sociale, de la promotion de la santé ou de la participation communautaire, qui travaille régulièrement avec un département des médias ou une personne faisant office de point focal au sein de votre organisation ?
3. Votre organisation a-t-elle un service ou un groupe de travail chargé de la mobilisation sociale, de la promotion de la santé ou de la participation communautaire, qui diffuse l'information auprès des populations touchées ou à risque pendant les situations d'urgence ?
4. La mobilisation sociale, la promotion de la santé et la participation communautaire font-elles partie du plan d'action national ?
5. Votre organisation a-t-elle mis en place des fonctions chargées de la mobilisation sociale, de la promotion de la santé ou de la participation communautaire qui opèrent au niveau intermédiaire (districts/provinces) ?
6. Les fonctions chargées de la participation communautaire au niveau intermédiaire (districts/provinces) opèrent-elles verticalement de manière à permettre au leadership de niveau national d'apprendre à partir des niveaux intermédiaires et de partager les enseignements tirés avec d'autres niveaux intermédiaires ?
7. Les programmes de diffusion de l'information auprès des communautés testent-ils régulièrement les supports d'information, d'éducation et de communication avec les publics cibles ?
8. Votre organisation offre-t-elle régulièrement des occasions de partager l'information ou des possibilités de formation pour les experts en participation communautaire et les volontaires/le personnel de renfort potentiellement mobilisés lors de situations d'urgence ?
9. Votre organisation a-t-elle un plan pour développer les capacités existantes pour la participation communautaire, susceptibles d'être déployées lors de situations d'urgence ?
10. Existe-t-il une boucle permanente et fonctionnelle de renvoi d'informations entre les populations à risque ou touchées et les organismes d'intervention ?

11. Votre organisation modifie-t-elle régulièrement et rapidement la diffusion des messages pour répondre aux renvois d'informations, aux fausses informations et aux questions émanant du public ?
12. Au cours de la dernière situation d'urgence ou du dernier exercice, existait-il une fonction chargée de recevoir les renvois d'informations ou les questions émanant du public ?

Informations supplémentaires – Disponibilité de la documentation liée au point R.5.4

- a. Organigrammes
- b. Rapports sur les populations à risque locales
- c. Évaluations des risques liés aux menaces locales les plus probables en matière de santé publique
- d. Plan d'action national – section relative à la communication
- e. Protocoles visant à tester les supports de communication
- f. Exemples de stratégies de campagne de communication
- g. Plan d'action national – section relative à la communication
- h. Plan pour le personnel de renfort
- i. Données issues de la permanence téléphonique de la santé publique (questions pertinentes du public, etc.)
- j. Plan de diffusion de l'information auprès des communautés
- k. Rapport après action à l'issue d'un exercice ou d'une situation d'urgence réelle

R.5.5 Écoute dynamique et gestion des rumeurs

1. Votre organisation a-t-elle prévu une fonction officielle chargée de la communication pour surveiller et répondre aux rumeurs et aux fausses informations ?
2. Votre organisation a-t-elle des méthodes ad hoc pour se tenir au courant de rumeurs sur des questions de santé publique (agents de santé, informations issues de la permanence téléphonique, etc.) ?
3. Votre organisation a-t-elle une méthode pour répondre aux rumeurs et aux fausses informations ?
4. Votre organisation surveille-t-elle l'efficacité des méthodes ou des messages utilisés pour mettre fin à une rumeur ou corriger de fausses informations ?
5. Votre organisation relève-t-elle régulièrement les rumeurs et les fausses informations, les méthodes et les messages pour y répondre et partage-t-elle ces informations avec les partenaires pour veiller à la cohérence des messages ?
6. Votre organisation prend-elle en compte les renvois d'informations de communication – y compris les rumeurs et les fausses informations circulant parmi le public – dans son processus de prise de décisions, afin d'améliorer la communication ?
7. Votre organisation évalue-t-elle régulièrement son action et sa compétence de communication pour répondre aux rumeurs et aux fausses informations, afin de déterminer si les actions ont modifié les comportements et/ou mis fin à la circulation de rumeurs ?

Informations supplémentaires – Disponibilité de la documentation liée au point R.5.5

- a. Plans d'action médiatique
- b. Données issues de la permanence téléphonique de la santé publique (questions pertinentes du public, etc.)

Autres dangers relevant du RSI et points d'entrée

Points d'entrée

Cibles – Les États Parties doivent désigner et maintenir les principales capacités requises dans les aéroports et les ports internationaux (et lorsque la situation l'exige pour des raisons de santé publique, un État Partie peut désigner des postes-frontières) chargées d'appliquer des mesures de santé publique nécessaires pour gérer divers risques pour la santé publique.

Effet souhaité – Détection en temps utile des dangers potentiels survenant aux points d'entrée et action efficace.

Score	Indicateurs – Points d'entrée	
	PoE.1 Capacités de routine présentes aux points d'entrée.	PoE.2 Action de santé publique efficace aux points d'entrée.
Capacité inexistante – 1	Pas de capacité aux points d'entrée pour assurer les services médicaux appropriés.	Aucun plan d'intervention national pour les urgences de santé publique n'existe pour agir face à une situation d'urgence de santé publique survenant aux points d'entrée.
Capacité limitée – 2	Des points d'entrée désignés ont accès à des services médicaux appropriés, y compris à des moyens diagnostiques pour permettre l'examen et la prise en charge rapides des voyageurs malades, et à du personnel, du matériel et des locaux adéquats (annexe 1, B.1.a).	Un plan d'intervention national pour les urgences de santé publique est en place pour riposter à des urgences de santé publique survenant aux points d'entrée ; il est intégré à d'autres plans d'action de santé publique, couvre tous les secteurs et services concernés aux points d'entrée et est diffusé à toutes les parties prenantes clés.
Capacité développée – 3	Des points d'entrée désignés peuvent donner l'accès à l'équipement et au personnel pour le transport des voyageurs malades vers un service médical approprié.	Des services pour l'examen des voyageurs et des animaux potentiellement contaminés/affectés, sur place ou à travers une liaison établie avec les services locaux de santé publique, sont disponibles, de même que les services pour l'examen des voyageurs suspects et leur mise en quarantaine.
Capacité démontrée – 4	Un programme d'inspection pour assurer l'hygiène des services aux points d'entrée est en place et fonctionnel. Un programme fonctionnel pour lutter contre les vecteurs et les réservoirs aux points d'entrée et à proximité de ceux-ci est en place (annexe 1, B.1.e)	Un système d'orientation et de transport des voyageurs malades est en place pour les transférer en toute sécurité vers des services médicaux appropriés ; le plan d'intervention national pour les urgences de santé publique est régulièrement mis à jour et testé, et fait l'objet de rapports publiés.
Capacité pérenne- 5	Du personnel formé pour inspecter les moyens de transport est disponible aux points d'entrée désignés (annexe 1, B.1.c).	Évaluation et publication de rapports sur l'efficacité de la riposte aux événements de santé publique aux points d'entrée.

Remarques : s. o.

Questions liées au contexte : s. o.

Questions techniques

PoE.1 Capacités de routine présentes aux points d'entrée

1. Les points d'entrée désignés ont-ils accès à des services médicaux appropriés, y compris à des moyens diagnostiques pour pouvoir examiner et prendre en charge rapidement des voyageurs malades, et à du personnel, du matériel et des locaux adéquats (annexe 1, B.1.a) ?
2. Ces points d'entrée mettent-ils à disposition l'équipement et le personnel adéquats pour pouvoir transporter les voyageurs malades vers un service médical approprié ?
3. Ces points d'entrée appliquent-ils un programme d'inspection pour assurer l'hygiène des services aux points d'entrée ?
4. Pouvez-vous produire des éléments démontrant la lutte contre les vecteurs et les réservoirs aux points d'entrée et à proximité de ceux-ci (annexe 1, B.1.e) ? Avez-vous des programmes spécifiques pour lutter contre les vecteurs et les réservoirs ?
5. Votre pays dispose-t-il de personnel formé pour inspecter les moyens de transport, disponible aux points d'entrée désignés (annexe 1, B.1.c) ? Si tel n'est pas le cas, existe-t-il un mécanisme pour faire venir ce personnel de l'extérieur ?

PoE.2 Action de santé publique efficace aux points d'entrée

1. Le plan d'intervention national pour les urgences de santé publique est-il en place pour riposter à des urgences de santé publique survenant aux points d'entrée ? Est-il intégré à d'autres plans d'action de santé publique, couvre-t-il tous les secteurs et services concernés aux points d'entrée et est-il diffusé à toutes les parties prenantes clés ?
2. Ce plan est-il intégré à d'autres plans d'action pour riposter aux urgences de santé publique survenant aux points d'entrée et à tous les dangers menaçant la santé publique, et couvre-t-il tous les services concernés aux points d'entrée (immigration, transport, sécurité, médias, etc.) ? Est-il diffusé à toutes les parties prenantes ?
3. Existe-t-il un système d'orientation et de transport pour transférer en toute sécurité les voyageurs malades vers des services médicaux appropriés ?
4. Existe-t-il un système pour orienter et transférer en toute sécurité les voyageurs malades vers des services médicaux appropriés, reposant sur des mémorandums d'accord, des modes opératoires normalisés, du personnel formé, du matériel, et un échange régulier d'informations entre les points d'entrée, les autorités sanitaires et les services médicaux, pour tous les points d'entrée désignés ?
5. Le pays a-t-il évalué l'efficacité des points d'entrée pour riposter à des événements de santé publique survenant aux points d'entrée ? Si tel est le cas, les résultats de ces évaluations sont-ils publiés ?

Documentation ou éléments démontrant le niveau de capacité

1. Lignes directrices et modes opératoires normalisés nationaux documentés, régulièrement mis à jour et testés, reflétant tous les outils d'orientation technique et opérationnelle pertinents pour les points d'entrée et diffusés à tous les secteurs concernés, notamment pour :
 - a. la détection, la notification et l'action liées aux voyages et aux transports ;

- b. l'application de mesures de santé publique au niveau des points d'entrée, éventuellement recommandées par l'OMS (par exemple dépistage à l'entrée/à la sortie, isolement, quarantaine, suivi des contacts, etc.) ; et
 - c. l'application d'autres mesures de santé publique susceptibles d'avoir une incidence sur les voyages et les transports internationaux.
2. Documentation disponible reflétant toutes les orientations techniques et opérationnelles pertinentes pour les points d'entrée, conformément à l'annexe 1B, 1e qui stipule « de mettre en place dans la mesure où cela est possible dans la pratique un programme conduit par du personnel qualifié pour lutter contre les vecteurs et les réservoirs de vecteurs aux points d'entrée et à proximité de ceux-ci ».
3. Documentation disponible relative aux lignes directrices et modes opératoires normalisés nationaux, régulièrement mis à jour et testés, reflétant tous les outils d'orientation technique et opérationnelle pertinents pour les points d'entrée et diffusés à tous les secteurs concernés, y compris concernant l'application de mesures recommandées 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.
4. Documentation relative à la collecte systématique, à l'analyse et à la diffusion au moyen d'outils standardisés des données sur des événements de santé publique survenant aux points d'entrée, accompagnée d'une liste à jour des conditions prioritaires pour la notification, des tendances des données de référence, et des seuils définis pour l'alerte et l'action ; documentation relative à la notification (au moyen de formats et d'outils de notification standard) en temps utile (suivant les normes nationales), et à la diffusion régulière et en temps utile de renvois d'informations sur les données de surveillance et les tendances à l'intention des parties prenantes concernées au moyen de formats standardisés (par exemple bulletins épidémiologiques, résumés électroniques, lettres d'information, rapports de surveillance, etc.).
5. Documentation relative à la réception régulière des observations faites au niveau des points d'entrée par l'unité de surveillance nationale.

Outils supplémentaires

- Outil d'évaluation des principales capacités requises des ports, aéroports et postes-frontières désignés
http://www.who.int/ihr/ports_airports/PoE/en/index.html.

Événements d'origine chimique

Cibles – Les États Parties doivent avoir des capacités de surveillance et de riposte aux événements/risques d'origine chimique. Cela nécessite une communication et une collaboration efficaces entre les secteurs chargés de la sécurité chimique, de l'industrie, des transports et de l'élimination sans risque des produits.

Effet souhaité – Détection en temps utile et riposte efficace à des risques/événements d'origine chimique en collaboration avec d'autres secteurs chargés de la sécurité chimique, de l'industrie, des transports et de l'élimination sans risque des produits.

Score	Indicateurs – Événements d'origine chimique	
	CE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte à des événements/urgences d'origine chimique.	CE.2 Environnement favorable à la gestion d'événements d'origine chimique.
Capacité inexistante – 1	Pas de mécanisme en place.	Il n'existe pas de politiques, de plans ou de législation au niveau national pour la surveillance, l'alerte et l'action en cas d'événement d'origine chimique.
Capacité limitée – 2	Il existe des lignes directrices ou des manuels relatifs à la surveillance, à l'évaluation et à la gestion des événements d'origine chimique, des intoxications et des empoisonnements.	Il existe des politiques, des plans ou une législation au niveau national pour la surveillance, l'alerte et l'action ¹⁰ en cas d'événement d'origine chimique.
Capacité développée – 3	Un système de surveillance est en place pour les événements d'origine chimique, les intoxications et les empoisonnements, avec des capacités de laboratoire – ou l'accès à des capacités de laboratoire – pour confirmer les événements prioritaires d'origine chimique.	Il existe un plan d'action d'urgence définissant les rôles et les responsabilités des organismes concernés et comprenant un inventaire des principaux sites et installations dangereux.
Capacité démontrée – 4	Échange d'informations systématique et en temps utile sur les urgences d'origine chimique, les risques chimiques potentiels et les interventions, entre les unités chimiques, ¹¹ les unités de surveillance et les autres secteurs concernés.	Des mécanismes fonctionnels sont en place pour la collaboration multisectorielle sur des événements d'origine chimique, y compris la participation à des réseaux chimiques/toxicologiques internationaux. Par exemple, INTOX ?
Capacité pérenne- 5	Des centres antipoison bénéficiant de ressources suffisantes sont en place. ¹²	Un plan d'action en cas d'événement d'origine chimique a été testé lors de la survenue d'un événement réel ou d'un exercice de simulation, et est mis à jour si nécessaire.

¹⁰ L'alerte comprend notamment les éléments suivants : modes opératoires normalisés, critères permettant de déterminer quand et comment donner l'alerte, tableaux de service, etc.

¹¹ Par exemple, surveillance chimique, surveillance de l'environnement et notification des incidents chimiques.

¹² Par exemple, toxicologie clinique, permanence téléphonique 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, fiches d'information pratique, fiches de sécurité et coordonnées des usines de produits chimiques.

Remarques

- Les indicateurs font référence à la détection et à la riposte aux événements d'origine chimique et à la mise en place d'un environnement favorable à la gestion des événements d'origine chimique avec une législation, des lois ou une politique appropriées et faisant intervenir plusieurs secteurs.
- La capacité de détection comprend non seulement la surveillance mais également les capacités de laboratoire requises pour la vérification des événements.

Questions liées au contexte

1. Des évaluations de la sécurité chimique ont-elles été réalisées au cours des cinq dernières années ? Le cas échéant, veuillez décrire les résultats obtenus ou fournir les rapports d'évaluation.
2. Des évaluations de la santé publique servant de base de comparaison en matière de sécurité chimique, par exemple relatives à la morbidité, à la mortalité et aux marqueurs biologiques, ont-elles été réalisées au cours des cinq dernières années ?
3. Y a-t-il eu des incidents majeurs d'origine chimique au cours des cinq dernières années ?
4. Des conventions/accords internationaux sur la sécurité chimique ont-ils été ratifiés/mis en œuvre ?
5. La Convention de Rotterdam sur la procédure de consentement préalable en connaissance de cause applicable à certains produits chimiques dangereux faisant l'objet d'un commerce international a été ratifiée ?
6. La Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants a été ratifiée ?
7. La Convention de Bâle sur le contrôle des mouvements transfrontières des déchets dangereux et de leur élimination a été ratifiée ?
8. L'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques est-elle mise en œuvre ?
9. La Convention de la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe sur les effets transfrontières des accidents industriels a été ratifiée ?
10. La Convention 174 de l'Organisation internationale du travail sur la prévention des accidents industriels majeurs a été ratifiée ?
11. La Convention 170 de l'Organisation internationale du travail sur la sécurité de l'utilisation de produits chimiques au travail a été ratifiée ?

Questions techniques

CE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte à des événements/urgences d'origine chimique

1. Existe-t-il des lignes directrices ou des manuels relatifs à la surveillance, à l'évaluation et à la gestion des événements d'origine chimique, des intoxications et des empoisonnements ?
 - a. Sont-ils appliqués ?
 - b. Sont-ils mis à jour après des événements ou des exercices (ou régulièrement actualisés) ?
 - c. Cette surveillance comprend-elle également des activités de contrôle pour renforcer la sécurité chimique ?
2. Y a-t-il une surveillance des incidents d'origine chimique ?

3. Y a-t-il une autorité, un institut ou un organisme ayant la responsabilité première des produits chimiques et de la surveillance/du contrôle de ces produits ?
4. La circulation de l'information est-elle efficace dans le domaine de la surveillance/du contrôle des produits chimiques ?
5. Y a-t-il une surveillance des événements sanitaires sentinelles susceptible de signaler une exposition à des produits chimiques dangereux ?
6. Y a-t-il un contrôle de l'environnement (eau, air, sol, sédiments) concernant les dangers chimiques ?
7. Y a-t-il un contrôle des produits de consommation (par exemple aliments et marchandises) concernant les dangers chimiques ?
8. Y a-t-il des procédures pour l'évaluation des risques dans le domaine de la surveillance/du contrôle des produits chimiques, afin de déclencher/préparer une riposte correctement adaptée et dimensionnée ?
9. La capacité des laboratoires permet-elle une analyse systématique ?
10. Les ressources humaines actuelles sont-elles suffisantes pour répondre aux besoins en matière de sécurité chimique ?
11. Les ressources financières actuelles sont-elles suffisantes pour répondre aux besoins en matière de sécurité chimique ?
12. La surveillance/le contrôle des produits chimiques donnent-ils lieu à des rapports d'enquête ?
13. Les données et les actions menées sont-elles régulièrement (par exemple hebdomadairement, mensuellement ou annuellement) communiquées par un renvoi d'informations ?
14. Existe-t-il un inventaire des établissements de soins de référence pour la sécurité chimique ?
15. Existe-t-il des protocoles/lignes directrices pour la prise en charge des cas victimes d'un danger chimique ?
16. Existe-t-il des centres antipoison ?

CE.2 Environnement favorable à la gestion d'événements d'origine chimique

1. Y a-t-il un plan stratégique de sécurité chimique, par exemple une structure nationale de gestion des produits chimiques ? Ce plan est-il à jour et mis en œuvre ?
2. La législation sur les produits chimiques offre-t-elle une couverture globale ?
Certains domaines peuvent être couverts par une législation non spécifique aux produits chimiques. Les domaines suivants peuvent être pertinents
 - a. Enregistrement des sites dangereux
 - b. Contrôle des sites dangereux, par exemple à travers des rapports de sécurité et des systèmes de gestion de la sécurité
 - c. Plans d'urgence sur site
 - d. Plans d'urgence hors site
 - e. Plan des sites et de l'utilisation des sols
 - f. Contrôle des procédures et des sites d'élimination des déchets dangereux
 - g. Contrôle des sols, de l'eau (de boisson et autre), des cultures et des aliments contaminés
 - h. Transport/commerce nationaux et internationaux de produits ou de substances dangereux
 - i. Enregistrement des substances dangereuses

- j. Contrôle des étiquetages et des informations de sécurité fournies avec les substances dangereuses
 - k. Inspection/contrôle et application contraignante
 - l. Communication publique
 - m. Documentation et notification des incidents
 - n. Enquête sur les incidents
 - o. Suivi épidémiologique et médical
 - p. Médecine du travail
3. Existe-t-il un organe/comité national de coordination en matière de sécurité chimique ?
4. Existe-t-il un plan de santé publique en cas d'incident/d'urgence d'origine chimique ?
5. Ce plan envisage-t-il l'ensemble des fonctions requises en cas de crise ?
- Le cas échéant, veuillez fournir des détails. Veuillez fournir des indications sur la disponibilité des ressources et des modes opératoires normalisés.
- Ce plan doit envisager les points suivants
- a. Rôles et responsabilités
 - b. Communication publique
 - c. Orientation, transport et traitement d'un grand nombre de personnes touchées
 - d. Constitution de stocks de matériel et de médicaments
 - e. Suivi des patients
 - f. Décontamination des personnes, des locaux et de l'environnement
 - g. Évaluation/révision régulière du plan
 - h. Restrictions, évacuation
 - i. Fonds d'urgence
 - j. Exercices régulièrement organisés pour tester et revoir le plan
6. Existe-t-il des mécanismes de coordination multisectorielle/interdisciplinaire en matière de sécurité chimique ?
- Le cas échéant, veuillez décrire ces mécanismes et leurs lacunes. Les mécanismes de coordination doivent envisager les points suivants
- a. Santé
 - b. Environnement
 - c. Agriculture
 - d. Point focal national RSI
 - e. Tous les niveaux de la santé publique (local, intermédiaire, national)
 - f. Préparation aux situations d'urgence
 - g. Services d'urgence (pompiers, police, ambulanciers, médecins)
 - h. Sécurité des consommateurs
 - i. Autorités administratives/politiques à tous les niveaux (local, intermédiaire, national)

- j. Sites dangereux
 - k. Services météorologiques
 - l. Points d'entrée (ports, aéroports, postes-frontières), en particulier ceux désignés au titre du RSI
 - m. Transport
 - n. Secteur privé/industrie
 - o. Centres antipoison
 - p. Instituts nationaux de surveillance en matière de sécurité chimique
 - q. Laboratoires de référence en matière de sécurité chimique
 - r. Établissements de soins de référence en matière de sécurité chimique ?
7. En cas d'événement relevant d'une urgence de santé publique d'origine chimique, un budget peut-il être débloqué pour répondre aux exigences supplémentaires ?
 8. Existe-t-il un système d'audit/d'évaluation pour les exercices/interventions ?
 9. Y a-t-il une participation à des réseaux chimiques/toxicologiques internationaux, par exemple INTOX ?
 10. Existe-t-il une base de données des produits chimiques disponibles à tout moment, par exemple INCHEM, INTOX, Poisindex ?

Situations d'urgence radiologique

Cibles – Les États Parties doivent avoir des capacités de surveillance et de riposte aux dangers/événements/urgences radionucléaires. Cela nécessite une communication et une collaboration efficaces parmi les secteurs responsables de la gestion des produits radionucléaires.

Effet souhaité – Détection en temps utile et riposte efficace à des dangers/événements/urgences radionucléaires potentiels en collaboration avec les autres secteurs responsables de la gestion des produits radionucléaires.

Score	Indicateurs - Situations d'urgence radiologique	
	RE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte aux situations d'urgence radiologique et nucléaire.	RE.2 Environnement favorable à la gestion des situations d'urgence radiologique
Capacité inexistante - 1	Il n'existe pas de politiques, de stratégies ou de plans nationaux pour la détection, l'évaluation et la riposte aux situations d'urgence radiologique.	Il n'existe pas de mécanisme de coordination et de communication entre les autorités nationales responsables des événements relevant d'une urgence radiologique ou nucléaire et le ministère de la santé et/ou le point focal national RSI.
Capacité limitée - 2	Des politiques, des stratégies ou des plans nationaux pour la détection, l'évaluation et la riposte aux situations d'urgence radiologique sont en place et il existe un mécanisme de surveillance des rayonnements pour les situations d'urgence radiologique susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale.	Les autorités nationales responsables des événements relevant d'une urgence radiologique ou nucléaire disposent d'un point focal désigné pour la coordination et la communication avec le ministère de la santé et/ou le point focal national RSI.
Capacité développée - 3	Il existe des lignes directrices techniques ou des modes opératoires normalisés, évalués et à jour, pour la gestion des situations d'urgence radiologique (notamment l'évaluation des risques, la communication des informations, la confirmation et la notification de l'événement, et les investigations).	Il existe un plan de riposte aux situations d'urgence radiologique (qui peut faire partie d'un plan d'action d'urgence national) et des politiques, des stratégies ou des plans nationaux pour le transport national et international des matières et des échantillons radioactifs et la gestion des déchets radioactifs, y compris provenant des hôpitaux et des services médicaux.

Score	Indicateurs - Situations d'urgence radiologique	
	RE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte aux situations d'urgence radiologique et nucléaire.	RE.2 Environnement favorable à la gestion des situations d'urgence radiologique
Capacité démontrée - 4	Il existe un échange d'informations systématique entre les autorités compétentes en matière d'urgences radiologiques et les unités de surveillance de la santé humaine concernant les événements relevant d'une urgence radiologique et les risques potentiels susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale.	Il existe un mécanisme fonctionnel de coordination ¹³ et de communication ¹⁴ entre les autorités nationales compétentes responsables contrôle/de la sécurité réglementaires nucléaires et les secteurs concernés. ¹⁵
Capacité pérenne- 5	Un mécanisme est en place pour accéder ¹⁶ aux établissements de soins ayant la capacité de prendre en charge des patients exposés à des urgences radiologiques.	Des entraînements aux interventions en situation d'urgence radiologique sont régulièrement organisés, y compris à la demande d'aide internationale (si nécessaire) et à la notification internationale.

Remarques

- Les indicateurs font référence à la détection et à la riposte aux situations d'urgence radiologique et à la mise en place d'un environnement favorable à la gestion des événements radiologiques avec une législation, des lois ou une politique appropriées et faisant intervenir plusieurs secteurs.
- La capacité de détection comprend non seulement la surveillance mais également les capacités de laboratoire requises pour la vérification des événements, en collaboration avec le réseau des laboratoires dans le pays et à l'extérieur.

Questions liées au contexte

1. Des évaluations de la sécurité radiologique ont-elles été réalisées au cours des cinq dernières années ? Le cas échéant, veuillez décrire les résultats obtenus ou fournir les rapports d'évaluation.
2. Des évaluations de la santé publique servant de base de comparaison en matière de sécurité radiologique, par exemple relatives à la morbidité, à la mortalité et aux marqueurs biologiques, ont-elles été réalisées au cours des cinq dernières années ?
3. Y a-t-il eu des incidents majeurs d'origine radiologique au cours des cinq dernières années ?
4. Des conventions internationales sur la sécurité radionucléaire ont-elles été signées ou ratifiées ?

¹³ Il est à noter que ce point renvoie à la législation, aux politiques et au financement (principales capacités 1 et 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 dangers intervient.

¹⁴ Partage d'informations, réunions et modes opératoires normalisés sont en place pour une riposte collaborative, etc.

¹⁵ Coordination pour l'évaluation des risques, pour la communication sur les risques, la planification, la mise en pratique (exercices), le contrôle, et coordination pendant les événements relevant d'une urgence radiologique et les risques potentiels susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale.

¹⁶ Accords, dispositions et mécanismes pour accéder à ces capacités dans les institutions collaboratrices pertinentes dans le pays ou dans d'autres pays.

Questions techniques

RE.1 Mécanismes fonctionnels en place pour la détection et la riposte aux urgences d'origine radiologique et nucléaire

1. Existe-t-il des politiques, des stratégies ou des plans nationaux pour la détection, l'évaluation et la riposte aux situations d'urgence radiologique ?
 - a. Sont-ils appliqués ?
 - b. Sont-ils mis à jour après des événements ou des exercices (ou régulièrement actualisés) ?
2. Y a-t-il une autorité, un institut ou un organisme ayant la responsabilité première des produits radiologiques et de la surveillance/du contrôle de ces produits ?
3. Y a-t-il un contrôle des produits de consommation (par exemple aliments et marchandises) concernant les dangers radiologiques ?
4. Y a-t-il des procédures pour l'évaluation des risques dans le domaine de la surveillance/du contrôle des produits radionucléaires, afin de déclencher/préparer une riposte correctement adaptée et dimensionnée ?
5. La capacité des laboratoires – ou l'accès aux capacités de laboratoire – permet-elle une analyse systématique ?
6. Les ressources humaines actuelles sont-elles suffisantes pour répondre aux besoins en matière de sécurité radiologique ?
7. Les ressources financières actuelles sont-elles suffisantes pour répondre aux besoins en matière de sécurité radiologique ?
8. Existe-t-il un inventaire des établissements de soins de référence pour les urgences radiologiques ?
9. Existe-t-il des protocoles/lignes directrices pour la prise en charge des cas exposés à des dangers radionucléaires ?

RE.2 Environnement favorable à la gestion des urgences radiologiques

1. Y a-t-il un plan stratégique pour la sécurité radiologique ? Ce plan est-il à jour et mis en œuvre ?
2. Existe-t-il un organe/comité national de coordination en cas d'événements relevant d'une urgence radiologique ou nucléaire ?
3. Existe-t-il un plan d'action d'urgence pour les situations d'urgence radiologique ?
4. Ce plan envisage-t-il l'ensemble des fonctions requises en cas de crise ? Le cas échéant, veuillez fournir des détails. Veuillez fournir des indications sur la disponibilité des ressources et des modes opératoires normalisés. Ce plan doit envisager les points suivants
 - a. Rôles et responsabilités
 - b. Communication publique
 - c. Orientation, transport et traitement d'un grand nombre de personnes touchées
 - d. Constitution de stocks de matériel et de médicaments
 - e. Suivi des patients
 - f. Décontamination des personnes, des locaux et de l'environnement
 - g. Évaluation/révision régulière du plan
 - h. Restrictions, évacuation
 - i. Fonds d'urgence

- j. Exercices régulièrement organisés pour tester et revoir le plan
5. Existe-t-il des mécanismes de coordination multisectorielle/interdisciplinaire en matière de sécurité radiologique ?
Le cas échéant, veuillez décrire ces mécanismes et leurs lacunes. Les mécanismes de coordination doivent envisager les points suivants
- a. Santé
 - b. Environnement
 - c. Centrale nucléaire (si elle existe)
 - d. Hôpitaux
 - e. Point focal national RSI
 - f. Tous les niveaux de la santé publique (local, intermédiaire, national)
 - g. Préparation aux situations d'urgence
 - h. Services d'urgence (pompiers, police, ambulanciers, médecins)
 - i. Sécurité des consommateurs
 - j. Autorités administratives/politiques à tous les niveaux (local, intermédiaire, national)
 - k. Sites dangereux
 - l. Services météorologiques
 - m. Points d'entrée (ports, aéroports, postes-frontières), en particulier ceux désignés au titre du RSI
 - n. Transport
 - o. Secteur privé/industrie
 - p. Centres antipoison
 - q. Instituts nationaux de surveillance en matière de sécurité radionucléaire
 - r. Laboratoires de référence en matière de sécurité radionucléaire
 - s. Établissements de soins de référence en matière de sécurité radionucléaire
6. En cas d'événement relevant d'une urgence radiologique, un budget peut-il être débloqué pour répondre aux exigences supplémentaires ?
7. Existe-t-il un système d'audit/d'évaluation pour les exercices/interventions ?
8. Des entraînements aux interventions en situation d'urgence radiologique sont-ils régulièrement organisés ? Veuillez décrire le dernier entraînement organisé.
9. Existe-t-il des plans pour le transport national et international des matières et des échantillons radioactifs et la gestion des déchets radioactifs, y compris provenant des hôpitaux et des services médicaux. Veuillez fournir des détails.

Appendice 1 : Glossaire

Remarque : les termes et définitions présentés ci-dessous ne doivent être utilisés que dans le contexte de cet outil et peuvent être différents de ceux qui sont utilisés dans d'autres documents.

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 ».

agrégat (ou foyer) : 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 RSI.

autres instruments gouvernementaux : accords, protocoles et résolutions d'une autorité ou d'un organisme gouvernemental.

cas : personne atteinte de la maladie, du trouble ou de l'affection qui répond à la définition de cas aux fins de la surveillance et des investigations sur une flambée épidémique. La définition d'un cas aux fins de la surveillance et des investigations sur une flambée épidémique n'est pas nécessairement la même que la définition clinique habituelle (adapté de *Last JM, ed. A Dictionary of Epidemiology, 2001*).

communication sur les risques : pour les urgences de santé publique, la communication sur les risques recouvre l'ensemble des capacités 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 décisions en connaissance de cause, un changement comportemental positif et le maintien de la confiance.

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)

danger : capacité inhérente d'un agent ou d'une situation à produire des effets nocifs. Facteur ou exposition susceptible de nuire à la santé (concept similaire à celui de facteur de risque).

décontamination : procédure par laquelle des mesures sanitaires sont prises pour éliminer la 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.

définition de cas : ensemble de critères diagnostiques qui doivent être remplis pour qu'un individu soit considéré comme un cas de maladie donnée aux fins de la surveillance et des investigations sur les flambées épidémiques. Les définitions de cas peuvent être fondées sur des critères cliniques, des critères de laboratoire ou une combinaison des deux avec des éléments temps, lieu et personne. (Dans le cadre du RSI, les définitions de cas sont publiées sur le site Web de l'OMS pour les quatre maladies pour lesquelles tous les cas doivent être notifiés par les États Parties à l'OMS, quelles que soient les circonstances, conformément à l'annexe 2 du RSI).

désinsectisation : procédure qui consiste à prendre des mesures sanitaires pour maîtriser ou éliminer les insectes vecteurs de maladies humaines présents dans les bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux.

épidémie : survenue, dans une communauté ou une région, de cas de maladie, de comportements spécifiques touchant à la santé ou d'autres événements liés à la santé, d'une ampleur nettement supérieure à la normale. La communauté ou la région, et la période au cours de laquelle les cas se déclarent, sont définis avec précision. Le nombre de cas indiquant la présence d'une épidémie varie en fonction de l'agent, de la taille et du type de population exposée, de l'existence ou non d'une exposition antérieure à la maladie, et du moment et du lieu où elle survient (adapté de *Last JM, ed. A Dictionary of Epidemiology, 2001*).

équipe d'interventions rapide : groupe de personnes formées prêtes à intervenir rapidement en cas de survenue d'un événement. La composition de l'équipe et son mandat sont définis par le pays concerné.

équipement de protection individuelle (EPI) : vêtement et équipement spécialisés conçus pour constituer une barrière de protection contre les dangers pour la santé ou la sécurité ; ce sont par exemple les lunettes de protection, les écrans faciaux, les gants et les respirateurs.

événement de santé : tout événement relatif à la santé d'une personne, par exemple, la survenue d'un cas de maladie ou syndrome spécifique, l'administration d'un vaccin ou l'admission dans un hôpital.

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).

événement zoonosique : manifestation pathologique chez l'animal, qui crée un risque de maladie chez l'homme par suite d'une exposition à la source animale.

événement : manifestation pathologique ou fait créant un risque de maladie.

événements chimique : manifestation pathologique ou d'un fait créant un risque de maladie par suite d'une exposition à un agent chimique ou d'une contamination par cet agent.

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*).

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.

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

législation nationale voir **législation**.

législation : ensemble d'instruments juridiques, administratifs ou autres instruments gouvernementaux 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 local.

lutte contre l'infection : mesures appliquées par le personnel de santé dans les établissements de soins en vue de limiter la transmission et l'introduction d'agents infectieux (par exemple, par l'hygiène des mains, des méthodes de travail scrupuleuses et l'utilisation d'équipements de protection individuelle comme les masques, les respirateurs, 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 ou de projection (gouttelettes), et les précautions aériennes.

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, 2001*).

maladie infectieuse voir maladie transmissible.

maladie transmissible (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*).

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

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

notification : procédure par laquelle les cas ou les flambées épidémiques sont portés à la connaissance des autorités sanitaires. 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 formé : personnes ayant des diplômes et/ou qui ont reçu une instruction spécifique correspondant à une tâche ou une situation.

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 qui leur fournissent des services à l'entrée ou à la sortie.

point de contact RSI à l'OMS : unité au sein de l'OMS qui doit être à tout moment à même de communiquer avec le point focal national.

point focal national RSI (PFN 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 aux fins du Règlement sanitaire international.

port : port maritime ou port intérieur où arrivent ou d'où partent les navires effectuant un voyage international.

poste-frontière : point d'entrée terrestre dans un État Partie, y compris un point utilisé par les véhicules routiers et les trains.

quarantaine : restriction des activités et/ou de la 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.

Règlement sanitaire international (2005) (RSI) : instrument juridiquement contraignant de droit international, qui trouve ses origines dans les conventions sanitaires internationales de 1851, mis en place pour répondre aux préoccupations croissantes concernant les liens entre le commerce international et la propagation des maladies (risques sanitaires transfrontières).

réglementation ou prescriptions administratives : ensemble des réglementations, des procédures, des règles et des normes.

renvoi d'informations : processus régulier de renvoi d'analyses et de rapports sur des données de surveillance à travers tous les niveaux du système de surveillance, de manière à ce que tous les participants soient informés des tendances et des performances.

risque pour la santé publique : probabilité d'un événement qui peut nuire à la santé des populations humaines, plus particulièrement d'un événement pouvant se propager au niveau international ou présenter un danger grave et direct.

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 ou pour l'environnement.

surveillance communautaire : point de départ pour la notification d'un événement au niveau communautaire, généralement assurée par un agent communautaire ; elle peut être active (recherche de cas) ou passive (notification de cas). Elle peut s'avérer particulièrement utile lors d'une flambée épidémique et lorsque des définitions de cas syndromiques peuvent être utilisées (l'identification des cas d'infection par le virus Ebola au sein de la communauté, effectuée par des agents communautaires, est un exemple de surveillance communautaire active).

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. Ces informations peuvent être des rumeurs ou des constats ponctuels transmis par les voies officielles (systèmes de notification systématique établis) ou des voies non officielles (médias, agents de santé et rapports d'organisations non gouvernementales).

surveillance basée sur des indicateurs : notification 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 reposant sur les laboratoires, etc. Le plus souvent, cette notification systématique émane des établissements de soins, et est effectuée toutes les semaines ou tous les mois.

surveillance : collecte, regroupement 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, si nécessaire.

syndrome : complexe de symptômes dans lequel les symptômes et/ou les signes coexistent plus fréquemment que ce que l'on pourrait attribuer au hasard en supposant qu'ils soient indépendants (adapté de *Last JM, ed. A Dictionary of Epidemiology, 2001*).

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 ou normalement observée des phénomènes (par exemple, un cas de fièvre virus Ebola). Un 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*).

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.

vecteur : insecte ou animal qui véhicule normalement un agent infectieux constituant un risque pour la santé publique.

vérification : fourniture à l'OMS par un État Partie d'informations confirmant un événement sur le ou les territoires de cet État Partie.

zoonose : infection ou maladie infectieuse pouvant se transmettre naturellement des vertébrés à l'homme. (Site Web de l'OMS :

<http://www.who.int/topics/zoonoses/fr>)

Appendice 2 : Exemple de feuille de score de l'outil d'évaluation des pays

	Pays 1			Pays 2			Pays 3			Pays 4			Pays 5		
	Score évalué	Score possible	%	Score évalué	Score possible	%	Score évalué	Score possible	%	Score évalué	Score possible	%	Score évalué	Score possible	%
Résumé d'ensemble	96	240	45	116	240	51	117	240	50	171	240	74	202	240	85
Prévenir	39	75	59	40	75	53	37	75	53	53	75	74	65	75	89
Détecter	23	65	38	28	65	42	29	65	46	42	65	67	57	65	89
Riposter	34	100	36	48	100	53	51	100	49	76	100	78	80	100	78
Législation, politique et financement nationaux	2	10	20	6	10	60	2	10	20	8	10	80	8	10	80
Coordination, communication et promotion du RSI	5	5	100	2	5	40	3	5	60	5	5	100	5	5	100
Résistance aux antimicrobiens	8	20	40	10	20	50	12	20	60	15	20	75	15	20	75
Zoonoses	8	15	53	8	15	53	6	15	40	8	15	53	15	15	100
Sécurité sanitaire des aliments	4	5	80	3	5	60	5	5	100	4	5	80	5	5	100
Sécurité et sûreté biologiques	5	10	50	6	10	60	3	10	30	7	10	70	9	10	90
Vaccination	7	10	70	5	10	50	6	10	60	6	10	60	8	10	80
Système national de laboratoires	8	20	40	8	20	40	10	20	50	13	20	65	18	20	90
Surveillance en temps réel	4	20	20	9	20	45	8	20	40	11	20	55	16	20	80
Notification	5	10	50	3	10	30	6	10	60	8	10	80	10	10	100
Développement du personnel	6	15	40	8	15	53	5	15	33	10	15	67	13	15	87
Préparation	5	10	50	7	10	70	10	10	100	8	10	80	9	10	90
Interventions d'urgence	5	20	25	6	20	30	6	20	30	12	20	60	15	20	75
Lien entre la santé publique et les autorités chargées de la sécurité	3	5	60	3	5	60	2	5	40	4	5	80	4	5	80
Moyens médicaux et déploiement de personnel	3	10	30	6	10	60	2	10	20	8	10	80	10	10	100
Communication sur les risques	10	25	40	9	25	36	18	25	72	20	25	80	23	25	92
Points d'entrée	3	10	30	6	10	60	7	10	70	8	10	80	8	10	80
Événements d'origine chimique	3	10	30	7	10	70	4	10	40	8	10	80	6	10	60
Situations d'urgence radiologique	2	10	20	4	10	40	2	10	20	8	10	80	5	10	50

Faible	de 1 % à 39 %
Intermédiaire	de 40 % à 69 %
Élevé	70 % et au-delà