



HAL
open science

Sécurité sanitaire internationale

Louis Balmond

► **To cite this version:**

Louis Balmond. Sécurité sanitaire internationale. Paix et sécurité européenne et internationale, 2022.
halshs-03778321

HAL Id: halshs-03778321

<https://shs.hal.science/halshs-03778321v1>

Submitted on 15 Sep 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Sécurité sanitaire internationale

Louis Balmond

Professeur émérite à l'Université de Toulon

Résumé

Si le conflit en Ukraine conduit à considérer, comme l'a fait l'Organisation Mondiale de la Santé, les questions sanitaires à travers la sécurité humaine, la sécurité globale ainsi que l'approche « Une seule santé », la pandémie de Covid-19 demeure néanmoins au cœur des interrogations sanitaires. Alors que les États tentent de se situer au-delà du Covid-19, il est possible de procéder à un certain nombre de constats, sanitaires et politiques et sociaux, et de s'interroger sur les débats que l'action contre la pandémie a provoqués. Parmi les acteurs internationaux, l'Organisation Mondiale de la Santé occupe toujours une place centrale : elle s'efforce à la fois de poursuivre la stratégie devant permettre de faire disparaître la pandémie mais également, elle entreprend un processus de réforme nécessaire pour répondre aux critiques formulées contre sa gestion de la crise.

Mots-clés : Sécurité sanitaire, sécurité globale, sécurité humaine, Une Santé, pandémie, Covid-19, Chine, vaccin, bien public mondial, transparence, lobbying, Organisation Mondiale de la Santé, Assemblée Générale de l'Organisation des Nations Unies, Directeur général de l'OMS, élection, ressources, Règlement Sanitaire International, traité international pour le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires, stratégies, coopérations et partenariats, Ukraine

Abstract

If the conflict in Ukraine leads to consider, as the World Health Organization has done, health issues through human security, global security as well as the "One Health" approach, the Covid-19 pandemic nevertheless remains at the heart of health issues. While States are trying to position themselves beyond Covid-19, it is possible to make a number of health, political and social observations, and to question the debates that action against the pandemic has provoked. Among the international players, the World Health Organization still occupies a central place: it is striving both to pursue the strategy intended to make it possible to eradicate the pandemic but also to undertake a process of reform necessary to respond to the criticisms formulated against his handling of the crisis.

Keywords: Health security, global security, human security, One Health, pandemic, Covid-19, China, vaccine, global public good, transparency, lobbying, World Health Organization, United Nations General Assembly, WHO Director General, election, resources, International Health Regulations, international treaty to strengthen WHO preparedness and response to health emergencies, strategies, cooperation and partnerships, Ukraine

I. Introduction : de la sécurité humaine à l'approche « Une seule santé »

Le coup de tonnerre de la guerre en Ukraine¹, s'il a brutalement rappelé la nécessité de « respecter et de faire respecter » strictement les principes du droit international et notamment du droit international humanitaire² constitue également une manifestation particulièrement illustrative de la globalisation des questions de sécurité. Alors que la scène internationale était mobilisée depuis la fin de l'année 2020 sur la sécurité sanitaire internationale, la sécurité étatique est revenue au premier plan mais la pandémie de covid-19 et ses conséquences se manifestent toujours, la sécurité environnementale demeure menacée et le conflit armé a fait resurgir d'autres menaces. La crise ukrainienne confirme ainsi que les questions de sécurité sont strictement interdépendantes et qu'elles doivent faire l'objet d'une approche globale avec comme point central la sécurité humaine.

La sécurité humaine³ est un concept apparu dans les années 1990, qui remet en cause l'approche traditionnelle de la sécurité fondée principalement sur la sécurité nationale. Il a été mis en évidence dans le Rapport sur le développement humain du Programme des Nations unies pour le développement (PNUD) de 1994 avec pour perspective de ne plus cantonner la sécurité à sa dimension étatique et interétatique c'est-à-dire à la sécurité du territoire face aux agressions extérieures et à la protection des intérêts nationaux face à l'étranger. C'est désormais la sauvegarde de la personne humaine qui doit être la finalité ultime de la sécurité, ce qui suppose de la saisir dans l'ensemble de ses composantes et de ses intérêts. La nécessité de la sécurité dans son sens traditionnel, c'est-à-dire se manifestant par un état de paix rendu possible par la pacification des rapports internationaux, n'a pas disparu pour autant. Elle est même un préalable à la jouissance des autres formes de la sécurité tout en n'étant pas nécessairement suffisante pour garantir la sécurité humaine. Néanmoins, plutôt qu'à l'État et à ses intérêts, auxquels se rattachent la « sécurité nationale » et les « intérêts nationaux », le concept de sécurité humaine préfère recourir à l'individu comme référence et destinataire véritable de la sécurité. Il traduit de ce fait un double phénomène d'interdépendance. D'une part, une interdépendance spatiale car les exigences de sécurité ont désormais une portée mondiale du fait de la circulation des menaces et de l'impossibilité de les cantonner dans un cadre local ou étatique. D'autre part, une interdépendance fonctionnelle car, si les exigences de sécurité présentent des caractéristiques propres en fonction des différents domaines sur lesquels elles sont amenées à intervenir, elles se retrouvent autour d'un dénominateur commun qui est la sécurité humaine.

La sécurité humaine est en effet une sécurité globale caractérisée par le phénomène d'interdépendance entre les différentes composantes de cette sécurité. Toute atteinte à la sécurité d'un État par des moyens de contrainte notamment militaires, a fortiori, si les règles du droit international des droits de l'homme et du droit international humanitaire ne sont pas respectées, aura un impact sur la sécurité sanitaire, alimentaire, environnementale des personnes. Les États sont également interdépendants face à la sécurité humaine, du fait aussi bien de leur action que de leur inaction et la pandémie de Covid-19 ayant enseigné que la sécurité sanitaire des uns était aussi la sécurité sanitaire des autres, le principe de solidarité internationale est au cœur de la riposte à toutes ces menaces. Sur ces deux

¹ Par son caractère interétatique, la participation d'un membre permanent du Conseil de sécurité des Nations Unies, la dimension de l'emploi de la force mobilisée, la durée des opérations militaires et l'impact international...

² Qui feront l'objet de développements étendus dans le numéro suivant de la revue.

³ Voir sur la notion de sécurité humaine, M. Kaldor, « La sécurité humaine : un concept pertinent ? », *Politique étrangère*, 2006/4 (Hiver), pp. 901-914.

dimensions, l'apport de la crise ukrainienne est double. Elle a d'abord conduit à confirmer l'importance de la notion de sécurité nationale dont on avait pu croire à tort qu'elle était obsolète du fait de l'évolution des rapports internationaux alors qu'elle constitue toujours un préalable à la sécurité humaine. Elle a ensuite montré que dans le cadre d'un conflit armé international majeur, mais géographiquement circonscrit, la sécurité humaine était malgré tout globalement remise en cause du fait du jeu des interdépendances. Sur un plan régional, le conflit ukrainien se traduit en effet par un volume considérable de personnes déplacées et de réfugiés, menacés dans leur bien-être et parfois dans leur existence⁴. Ces mouvements entraînent également une pression d'une ampleur tout à fait nouvelle pour l'Europe centrale. La sécurité nationale des États voisins de l'Ukraine, qui aurait pu être menacée, n'a été sauvegardée que par l'aide militaire internationale dont ils ont bénéficié et par l'assistance obtenue du fait de leur qualité d'États membres de l'Union européenne. La crise globale engendrée par le conflit armé a également remis en cause la sécurité sanitaire en Ukraine mais également dans son environnement immédiat, les mouvements de personnes favorisant la transmission des épidémies dans des systèmes de santé déjà fragilisés par la pandémie de Covid-19. Par ailleurs, au plan mondial, le conflit a porté atteinte à la sécurité alimentaire du fait du rôle primordial des deux belligérants dans la production de certaines denrées indispensables à l'alimentation humaine et animale : blé, maïs, tournesol, l'orge, colza. La crise des approvisionnements suivie de la crise des prix, dont les effets sont attendus à 12/18 mois, sont susceptibles de toucher particulièrement les États importateurs de produits ukrainiens ou russes, en Afrique du Nord, au Moyen-Orient, en Afrique subsaharienne et dans l'Union économique eurasiennne. La dépendance d'un État comme l'Égypte est évidente puisqu'il fait venir 60 % de son blé de Russie et 40 % d'Ukraine⁵. La souveraineté alimentaire est donc revenue sur le devant de la scène comme ce fut le cas de la souveraineté sanitaire du fait de la crise du Covid. Plus généralement enfin, le conflit a aussi des conséquences sur la sécurité économique des États comme des particuliers. L'augmentation du coût des matières premières et de l'énergie rejaille sur de nombreux produits et services de consommation courante, provoquant une accélération de l'inflation. On peut s'attendre à ce que les pouvoirs publics soient contraints d'intervenir pour contenir la hausse des prix et plus particulièrement, parfois, celui du pain, sous peine de troubles sociaux de nature à remettre en cause la stabilité de l'État.

Il n'est pas même la sécurité environnementale, déjà très menacée⁶, qui soit malmenée par le conflit ukrainien. Il est évident en effet que, localement, les combats et les destructions ont bouleversé le milieu et que prétendre approcher les objectifs de l'Accord de Paris sur le climat n'est plus un objectif raisonnable pour les deux belligérants dans un avenir immédiat. Sur le plan international également, on peut s'attendre à ce que les conditions de la production et du transport soient affectées et obligent à des comportements peu en phase avec cet objectif.

La sécurité sanitaire s'insère ainsi dans une approche globale visant à assurer la sécurité humaine qui constitue à la fois une évidence et une nécessité. Les crises sanitaires peuvent cependant encourager à aller plus loin en considérant, au-delà des personnes humaines, l'ensemble du vivant. La sécurité sanitaire doit tendre dès lors aussi à la protection des animaux et du milieu naturel car il n'y a qu'« une seule santé ». Le mouvement « Une seule

⁴ Comme le souligne le Rapport du PNUD de 1994, la sécurité humaine doit garantir que tout être humain puisse vivre « à l'abri du besoin » (*Freedom from Want*) et « à l'abri de la peur » (*Freedom from Fear*).

⁵ Avec des conséquences diplomatiques comme au Conseil de sécurité, S. Abis, « Guerre en Ukraine : Une partie de la planète, compte tenu de ses besoins alimentaires, va peut-être regarder à deux fois avant de s'exprimer », France Info Presse, 15 mars 2022.

⁶ Le pire, à savoir une catastrophe nucléaire par la destruction ou la mise hors de contrôle de la centrale nucléaire de Zaporijjia ayant été semble-t-il évité.

santé » (*One Health*) est apparu au début des années 2000, porté par des scientifiques notamment américains dans le cadre d'un Groupe d'experts de haut niveau pour l'approche « Une seule santé » (OHHLEP). Reposant sur la même logique d'interdépendance appliquée dans ce cas à une approche intégrée de la santé publique, animale et environnementale au niveau local, national et mondial, il devait permettre de dépasser le morcellement des disciplines de santé, face à des risques éco-épidémiologiques croissants et ainsi de mieux lutter contre les maladies émergentes à risque pandémique. En effet, 60 % environ des maladies humaines infectieuses connues ont une origine animale et au moins 70 % des maladies émergentes graves sont des maladies zoonotiques qui peuvent être favorisées par des déséquilibres écologiques et/ou climatiques.

Son intérêt⁷ a été bien mis en évidence par la pandémie de Covid-19⁸ et l'approche « Une seule santé », entérinée sur le plan international, le 1^{er} décembre 2021, par une déclaration conjointe du Groupe tripartite (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, Organisation mondiale de la santé animale, et Organisation mondiale de la santé OMS). Ces trois organisations ont été rejointes le 18 mars 2022 par le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE)⁹. Ces institutions ont adopté la définition formulée par l'OHHLEP mandaté à cet effet et dont les membres représentent un éventail international de disciplines dans les domaines scientifiques et politiques. Approche intégrée et unificatrice, elle vise à équilibrer et à optimiser durablement la santé des personnes, des animaux et des écosystèmes. Elle reconnaît que la santé humaine, la santé animale et l'environnement, à travers les écosystèmes et la biodiversité, sont éminemment liés et interdépendants¹⁰. Son objectif est de mobiliser les acteurs de différents secteurs et d'intégrer les connaissances des disciplines et des communautés afin de réduire les menaces qui pèsent sur la santé des écosystèmes, tout en tenant compte des besoins en eau et en énergie, ainsi que des besoins nutritionnels des populations. L'élargissement des connaissances scientifiques et leur meilleur partage, l'amélioration de la formation médicale et de l'efficacité des soins cliniques feront progresser davantage les soins de santé ainsi que la recherche biomédicale, tout en améliorant l'efficacité des dispositifs de santé publique.

L'approche « Une seule santé » dont Hippocrate avait perçu les éléments essentiels dès l'antiquité grecque, s'est désormais imposée dans les Stratégies de l'OMS. Elle y consacre une Journée mondiale, le 3 novembre et devrait constituer une part essentielle du futur traité sur les pandémies¹¹. À l'occasion de l'Assemblée mondiale extraordinaire de la santé tenue du 29 novembre au 1^{er} décembre 2021, le Directeur général a défendu cette approche, trop souvent ignorée dans les réglementations internationales actuelles, et recommandé son intégration dans le futur traité sur les pandémies. Il a aussi souhaité la création d'une structure mondiale permanente pour en assurer le financement et la mise en œuvre, car « Nous sommes une humanité. Nous avons une planète. Nous avons une santé ».

⁷ H. Carabin et C. Kilsdonk, « L'importance de l'approche "Une seule santé" dans la prévention et la préparation aux pandémies », *The Conversation*, 10 janvier 2022.

⁸ Les débats sur le rôle de la chauve-souris et du pangolin, voire d'autres animaux dans la transmission du Covid-19 à l'homme ne sont pas tout à fait clos qu'est apparue dans 11 pays une flambée épidémique de la variole du singe ayant touché des populations locales ou des visiteurs singes ; <https://www.who.int/fr/news/item/20-05-2022-who-working-closely-with-countries-responding-to-monkeypox>.

⁹ Communiqué commun, Rome, Paris, Genève, Nairobi, Partenariat renforcé visant à accélérer la stratégie coordonnée relative à la santé des êtres humains, des animaux et des écosystèmes, 18 mars 2022.

¹⁰ <https://onu-rome.delegfrance.org/Une-seule-sante-One-Health-publication-d-une-definition-operationnelle>

¹¹ Voir infra.

II. La sécurité sanitaire internationale en 2021-2022

Du point de vue de la sécurité sanitaire internationale, la pandémie de Covid-19 s'impose encore au centre des analyses. Après 30 mois, durant lesquels elle a scandé la vie de la population mondiale, quelques enseignements peuvent, malgré tout avec prudence, être avancés, en s'appuyant prioritairement mais pas uniquement sur l'expérience qu'a connue la France. Il reste néanmoins que le virus n'a pas été éradiqué, il subsiste, peut être prospère-t-il de manière discrète car dans des formes plus anodines. Cela justifie d'en donner un rapide bilan en juin 2022.

II.1. La situation sanitaire internationale : « au-delà du Covid » ?

Peut-on se situer aujourd'hui « au-delà du Covid » ?¹² À cela, la même source a répondu par l'affirmative, considérant que le Covid-19 est « un moment dans l'histoire de l'humanité »¹³. Cette affirmation est assurément fondée sur un double plan. D'une part, le « moment Covid » a été supplanté par la guerre en Ukraine qui sera elle-même un autre moment de l'histoire facilitant l'effacement des précédents de la mémoire. Mais, d'autre part, la crise provoquée par la pandémie a entraîné des bouleversements de tous ordres qui ont marqué les États sur le plan sanitaire mais plus encore peut être sur le plan économique et politique et, par voie de conséquence, pesé sur les rapports internationaux. Il est de ce fait sans doute beaucoup trop tôt pour bannir le Covid-19 des préoccupations afférentes à la sécurité humaine. Dès lors, se situer au-delà du Covid, impose, d'une part, de procéder à quelques constats généraux sur la crise et les leçons que l'on peut en tirer, d'autre part, d'évaluer l'évolution de la pandémie et son état actuel.

II.1.1. Sur quelques remarques générales en forme de constat

Les premiers mois de l'année 2022 enseignent que la pandémie va demeurer une question de sécurité sanitaire internationale pour les mois et peut être les années à venir. De multiples tentatives d'en tirer dès à présent des enseignements ont été réalisées. On se bornera ici à mettre l'accent sur plusieurs points relevant aussi bien du domaine proprement sanitaire que du domaine politique et social.

II.1.1.1. Les systèmes de santé face à la pandémie

II.1.1.1.1. Les systèmes nationaux de santé, des instruments à parfaire

Le premier point renvoie à la notion de santé pour tous. Selon l'OMS, la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » et « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue d'un des droits fondamentaux de tout être humain ». La réponse à la pandémie de Covid-19 a-t-elle été inspirée par cette définition ? Assurément, elle invoque un droit-créance qui incombe en premier lieu aux États, appelés certes à gérer les urgences sanitaires mais d'abord à mettre en œuvre des politiques publiques pour atteindre progressivement l'objectif de la santé pour tous. C'est le rôle des systèmes de santé, définis par l'OMS comme « l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé [...] ». Au-delà de cette définition,

¹² Annuaire RAMSES 2022, « Au-delà du Covid ».

¹³ P. Bourdelais, « Covid-19 : un moment dans l'histoire de l'humanité », *ibid.* pp. 42-47.

chaque système national réunit plusieurs catégories d'acteurs dont la nature et les relations lui confèrent des caractéristiques propres¹⁴. Marquée par la confiance dans la capacité des systèmes de santé, la riposte à la pandémie semble indiquer que le recours aux offreurs de soins, notamment les hôpitaux et aux producteurs de biens et de services de santé, en particulier l'industrie pharmaceutique, ait été privilégié car il devait suffire pour répondre à l'urgence de la situation sanitaire. En réalité, les systèmes de santé nationaux n'étaient pas, pour la plupart d'entre eux, préparés à faire face à une telle pandémie. Cette impréparation, s'inscrivant souvent dans une crise préexistante du secteur public de santé, s'est manifestée aussi bien dans l'insuffisance des moyens en personnel et en matériel rapidement disponibles que dans les défauts d'une gouvernance peu capable de mobiliser l'ensemble des acteurs. Les systèmes de santé se sont avérés ainsi « particulièrement complexes à réguler, ce qui a [eu] une incidence négative sur leur lisibilité, leur efficacité et, finalement, leur efficience »¹⁵. La pression de la pandémie a donc pesé sur les établissements de soins particulièrement les hôpitaux, progressivement débordés et qui, confrontés aux cas les plus graves, devront parfois sacrifier au traitement du Covid-19 celui d'autres pathologies. Le niveau de la mortalité et aussi des réanimations s'est ainsi imposé comme la mesure première de la gravité de la maladie. Si des efforts humains et logistiques ont permis de contenir le phénomène, il interroge néanmoins sur la capacité à y faire face s'il prenait des formes encore aggravées. L'amélioration des capacités techniques mais surtout humaines du secteur hospitalier apparaît indispensable mais elle ne pourra jamais se substituer à une politique de santé publique capable de prévenir l'intervention systématique des structures de soins. Ainsi, la pandémie a-t-elle mis particulièrement en évidence l'insuffisance des politiques préventives alors même que l'on assiste depuis plusieurs années à un déclin de l'état de santé des populations les plus démunies dans les pays développés¹⁶. Il semble pourtant assez évident que maintenir les populations en bon état de santé est la première ligne de défense contre les épidémies. Mais la prévention est négligée puisque dans les États membres de l'OCDE, 3 % seulement des dépenses de santé lui sont consacrés. La première leçon de la crise du Covid sur le plan sanitaire, devrait donc consister, surtout dans les pays développés qui se croyaient parfaitement protégés par la technicité de leurs systèmes de santé, à mettre l'accent sur la médecine préventive, en recourant à l'éducation, l'information, le dépistage, et, *in fine*, aux vaccins. Cette politique de prévention devrait être conçue comme globale en s'attaquant très en amont, beaucoup plus que ce n'est le cas actuellement, aux menaces sanitaires. Celles-ci sont bien connues et documentées. Elles sont liées à certaines formes de consommation (des aliments, de l'alcool, du tabac, des stupéfiants), mais résultent également des conditions sanitaires touchant à l'alimentation et à l'eau ainsi que des conditions environnementales et sociales. Elles sont à l'origine d'un ensemble de maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, cancers, diabète, maladies respiratoires) dont le traitement représente un coût particulièrement élevé pour la société. Il est encore aggravé lorsqu'elles deviennent des comorbidités venant s'ajouter, pour certains patients, aux effets d'une pandémie comme celle du Covid-19. Il y a donc quelque contradiction à évoquer le renforcement des moyens des établissements de santé sans, en même temps, s'engager dans le développement d'une action publique vigoureuse permettant d'éviter leur asphyxie. Ces politiques, qui ne peuvent qu'affecter directement les intérêts de groupes économiques particulièrement puissants et influents dans les domaines alimentaires, industriels et

¹⁴ En France, cinq catégories sont distinguées : les offreurs de soins ; les institutions publiques ; les financeurs ; les producteurs de biens et de services en santé ; les bénéficiaires.

¹⁵ G. Nezosi, *La protection sociale*, La Documentation Française, 2021.

¹⁶ Pour le cas de la France, voir Les inégalités sociales et territoriales de santé, www.santepubliquefrance.com, 17 mai 2021.

pharmaceutiques, sont assurément difficiles à mettre en œuvre. Elles sont néanmoins possibles avec une volonté politique déterminée, comme le montre l'action conduite par certains États depuis plusieurs années¹⁷.

Toute politique de prévention doit cependant s'appuyer pour sa mise en œuvre sur des instruments ou des structures adaptées faisant intervenir des acteurs à même de prendre en charge les patients au plus tôt. Or, la réponse au Covid-19 a privilégié, au moins dans un premier temps, les structures hospitalières au détriment de la médecine de proximité. Pourtant, c'est bien le système de soins primaires qui est le plus à même de constituer « la première ligne de défense face à la maladie »¹⁸. Il permet en effet de la diagnostiquer au plus tôt, de mesurer l'impact des comorbidités, d'en traiter les formes légères et d'en assurer le suivi. Cela a permis à certains États de diminuer la pression notamment sur les services d'urgence en adaptant leur système de santé en faveur des soins primaires. Tous les praticiens de santé (médecins, agents de santé, infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, sages-femmes) ont un rôle à jouer dans cette médecine de proximité, et cela quelle que soit la forme qu'elle doit prendre (en cabinet, à domicile ou à distance par la télémédecine). Pour autant, encore faut-il que le système de santé soit organisé pour répondre à cette demande. La coordination, notamment entre acteurs publics et acteurs privés, laisse souvent à désirer. Insuffisamment planifiée et anticipée, elle ne se manifeste parfois que dans l'urgence, *a posteriori*, lorsque la crise sanitaire est déjà déclenchée. Or, la chaîne de santé doit être prévisible et opérationnelle même en dehors des temps de crise. Cela suppose toutefois qu'il y ait les acteurs nécessaires pour assurer les soins primaires dans des conditions optimales. Ainsi la couverture du territoire par les agents de santé constitue-t-elle le préalable indispensable à la conduite d'une politique de prévention sanitaire efficace, objectif qui se heurte parfois, comme dans le cas d'un État développé comme la France, au développement de « déserts médicaux »¹⁹. La médecine de proximité présente un autre mérite considérable : créant une relation individualisée entre un patient et un agent de santé, elle constitue un soutien psychologique voire social pour toutes les personnes rendues vulnérables du fait d'une épidémie ou du fait de comorbidité et, plus généralement, pour les seniors quel que soit leur état de santé. Face aux personnes vulnérables, seule une médecine préventive, donc proche, et assurant d'abord des soins de santé primaire peut permettre d'éviter l'engorgement des hôpitaux et le blocage du système de santé.

La santé pour tous est possible si le système de santé est, « remis sur ses pieds » conformément à la définition de l'OMS, c'est-à-dire centré sur la personne. Ce doit être l'objectif global des politiques publiques en la matière. L'indispensable renforcement du système hospitalier notamment public, qui n'est pas synonyme de gigantisme mais plutôt d'adaptation et de décentralisation, doit donc s'accompagner d'un double effort de coordination souple au service d'une stratégie de prévention.

La mise en place de la santé pour tous dans un État donné ne doit cependant pas occulter le fait, démontré par la pandémie, que celui-ci ne peut se désintéresser de la santé chez ses voisins même éloignés. La santé pour tous au plan national est tributaire de la santé mondiale. Cette notion, défendue, par l'OMS, conformément à son mandat, s'est

¹⁷ Voir par exemple, les résultats obtenus dans la lutte contre le tabagisme par l'Uruguay, cette chronique, n° 10, 2018 (21) et surtout la Nouvelle Zélande, *infra*.

¹⁸ C. Berchet, M. Van den Berg, E. Suzuki et F. Guanais, « Quelle résilience pour les systèmes de santé », *Annuaire RAMSES 2022*, pp. 48-53.

¹⁹ La situation des États membres de l'Union européenne de ce point de vue est paradoxale : le désert médical des uns est compensé par les autres (Roumanie, Bulgarie) qui connaissent à leur tour le phénomène de désert médical : voir P. Médeville, 25 juin 2020 : « La mobilité des professionnels de santé au sein de l'Union européenne », *Rapport d'information*, n° 563 (2019-2020), Commission des affaires européennes.

progressivement imposée notamment à la suite de la pandémie du VIH/SIDA. Devenue une référence obligée, voire un slogan, elle a suscité la multiplication d'initiatives dites « globales » en faveur de la santé, retenant une formulation qui s'écartait toutefois quelque peu de l'approche initiale. Lancées par des États et par des organismes internationaux publics et privés, elles ont tendu à accréditer l'idée qu'un système de santé mondiale était désormais en place et qu'il était apte à faire face aux crises sanitaires majeures. Il restait à le prouver par l'expérience et la pandémie de Covid-19 en fournissait l'occasion. Force est de reconnaître que tel n'a pas été le cas et que le système existant a plutôt marqué « la fin des illusions sur la santé mondiale »²⁰ voire sur l'existence même d'un éventuel système.

II.1.1.1.2. Les lacunes du système de santé mondiale

La pandémie de Covid-19 a été un révélateur quant à l'existence éventuelle d'un système de santé mondiale : il s'avère en réalité que beaucoup d'éléments essentiels lui font défaut.

Au système de santé mondiale, il a d'abord manqué d'être un système, c'est-à-dire un ensemble reposant sur une gouvernance apte à coordonner l'action de toutes ses composantes. Les instances internationales dont c'était la mission ont été dans l'incapacité de l'assurer. L'OMS, qui en avait la responsabilité principale, n'y est pas parvenue du fait des pouvoirs limités qui lui sont conférés par ses États membres, de l'impossibilité d'adopter éventuellement à leur encontre des mesures obligatoires et de sa forte dépendance à l'égard des financements privés entravant la mise en place d'une véritable politique publique mondiale de la santé. De son côté, l'ONU est intervenue en particulier par son Assemblée Générale mais, elle aussi, dépourvue de pouvoir décisif, et par le Conseil de sécurité, tardivement et plutôt à contrecœur, avant de sembler se désintéresser de la question. Les institutions internationales se sont ainsi réfugiées dans des tentatives multiples de planification souple au moyen de « stratégies » et autres actes non contraignants à plus ou moins long terme, sans véritable coordination entre elles et donc sans effets réels sur le pilotage de la lutte contre la pandémie. Il était dès lors optimiste d'attendre que les États, acteurs décisifs du système, suppléent les institutions internationales en mettant en œuvre un multilatéralisme sanitaire. Au nom d'une souveraineté sanitaire redécouverte, mais à laquelle il était souvent difficile de prétendre du fait de l'état des systèmes de santé publique nationaux, ils se sont bornés à apporter des réponses nationales tempérées au mieux par des coopérations bilatérales. Toutefois, celles-ci étaient inspirées davantage par les nouveaux rapports de force que la pandémie a fait émerger que par la volonté de contribuer à lui apporter une réponse mondiale²¹.

Au système de santé mondiale, il a aussi manqué sans doute, malgré l'acceptation générale de la définition de l'OMS, un consensus international profond sur la signification même de ce que doit être la santé et des exigences que sa sauvegarde comporte. La nécessité d'atteindre le « complet bien-être physique, mental et social » et de ne pas se limiter à « l'absence de maladie ou d'infirmité » sont naturellement tributaires de conditions historiques, culturelles et économiques mais la pandémie de Covid-19 a tendu à en accuser l'importance. On a pu se rendre compte alors, que la perception au plan mondial des exigences de la santé pouvait faire l'objet d'interprétations différentes et conduire parfois à envisager une hiérarchisation des priorités sanitaires notamment selon l'âge des personnes ou les risques encourus du fait de la pandémie. La conciliation entre les exigences de diminution de la mortalité, du maintien d'une vie digne, de la sauvegarde des générations

²⁰ Selon la formule de M. Pletschette et D. Kerouedan, « Le Covid-19 et le concept de santé mondiale, la fin des illusions », Annuaire RAMSES 2022, pp. 48-53.

²¹ On doit noter cependant, à un stade plus avancé de la crise, qu'une réponse régionale de l'Union européenne a émergé sur un certain nombre de questions concrètes comme l'accès aux vaccins.

futures et de la protection des personnes les plus vulnérables s'est avérée difficile. Parmi ces dernières, le grand âge constituait évidemment, une cause de vulnérabilité particulière, leurs défenses immunitaires étant affaiblies par le vieillissement²². Les effets de la pandémie sur cette catégorie de population ont posé, avec une particulière acuité, la question de son accompagnement sanitaire et la gestion de sa dépendance. Pour les personnes les plus âgées, le recours à des structures d'accueil, publiques ou privées, trop souvent lointaines, fermées et anonymes, a montré ses limites, souvent sa nocivité. Le scandale qui a frappé certains EHPAD en France a certes une dimension économique évidente mais il marque aussi les limites d'un système qui, trop systématiquement, recourt à l'enfermement des personnes âgées en établissement, au détriment de solutions alternatives pourtant aujourd'hui bien documentées. La dépendance peut, dans de nombreux cas, être traitée par le recours à la proximité et aux soins primaires, centrée sur la personne et ses besoins, pas uniquement sanitaires, les soins médicaux nécessaires étant accompagnés d'une démarche psychologique et d'écoute et d'un suivi personnalisé. Un tel changement permettrait ainsi de rapprocher la santé du bien-être, auquel elle devrait ressembler.

Par ailleurs, envisagée en tant que système, la santé mondiale est nécessairement publique, parce qu'elle doit être l'affaire de tous, C'est donc sur les États et, à travers eux, sur les organisations internationales que doit reposer son pilotage de même que les choix de politiques publiques qui en résultent. Or, le pilotage public de la santé mondiale est très imparfait, soumis à un phénomène à la fois de privatisation et de financiarisation. Faute de financement public adéquat de la part des États, la contribution des bailleurs de fonds privés est devenue indispensable à l'action sanitaire mondiale. Ce concours oriente alors les stratégies des États et des organisations, singulièrement de l'OMS, qui peuvent en bénéficier vers les choix préférentiels des bailleurs de fonds privés. La santé publique mondiale a ainsi échappé en partie à l'action publique même si les orientations retenues s'inscrivent dans des objectifs sanitaires. Elle apparaît plutôt, non pas comme une politique publique de santé mondiale, mais comme une agrégation d'actions bénéficiant d'un financement privé mais formellement placées sous la supervision d'un organisme international, l'OMS. Cette forme de privatisation de la santé publique s'est accompagnée de sa financiarisation, l'OMS étant condamnée à multiplier, comme pourrait le faire une ONG, les appels de fonds et la sollicitation de dons pour faire face au financement de ses activités. Cette soumission aux promesses des bailleurs publics ou privés, ces derniers étant largement dominants par l'importance de leurs moyens et la souplesse de leur fonctionnement, renforce le phénomène de privatisation et contredit l'idée même de système de santé publique. C'est au contraire le règne de l'aléatoire des promesses, des versements et de leur continuité, contraire à la prévisibilité indispensable. Cette dimension financière est sans doute la faiblesse majeure de l'OMS à laquelle la réforme de l'Organisation devra s'attacher. Si la charité publique ou privée ne peut être négligée dans le financement de la santé, elle doit être distinguée très clairement de l'action conduite par un organisme international avec le budget qui lui a été alloué à cet effet. La cohérence exige certes la coopération entre toutes les parties prenantes mais le pilotage de la santé mondiale doit relever de l'OMS seule, telle qu'elle résulte de la volonté de ses États membres.

Enfin, le système de santé mondiale ne s'est révélé qu'imparfaitement et insuffisamment mondial. Face aux urgences sanitaires comme la crise de Covid-19, il ne peut remplir sa fonction que s'il parvient à mobiliser tous les acteurs en prenant en considération leurs différences au nom de la solidarité nécessaire dans la lutte contre la pandémie. Trois

²² Selon l'OCDE, environ 90 % des décès ont concerné des personnes de 60-65 ans et plus, les personnes de plus de 80 ans comptant pour environ la moitié de ces décès OCDE dont les défenses immunitaires sont affaiblies par le vieillissement.

constats s'imposent néanmoins. L'approche de la pandémie a privilégié l'expertise provenant des pays occidentaux fondés sur des systèmes publics qui étaient réputés parfaitement résilients. Par contre le retour d'expérience a été passablement ignoré, qu'il s'agisse de celle des États de l'Asie et du Pacifique (Chine, Taïwan, Corée du sud, Australie, Nouvelle Zélande) face à la pandémie de SRAS en 2003 ou qu'il s'agisse même de celle des États africains à la suite de l'épidémie du virus Ebola en 2013. L'expertise acquise dans ces circonstances s'est rarement imposée comme offrant des solutions aux États du Nord alors même qu'elle a permis d'obtenir des résultats significatifs dans la lutte contre la pandémie. Ensuite, pour être mondial, un système de santé doit pouvoir s'appuyer sur toutes les perceptions que l'on peut avoir de la santé et sur tous les instruments disponibles et dont la pertinence est attestée par l'expérience. Aucune médecine ne doit être écartée a priori si elle est de nature à contribuer à lutter contre une pandémie ce qui Ensuite, le système de santé mondiale n'est pas parvenu à offrir une riposte réellement collective. Les différences de développement et leurs conséquences sur l'état des services nationaux de santé ont, comme on pouvait s'y attendre, pesé fortement sur la réponse à la pandémie et le système n'est pas parvenu à limiter ces discriminations, peut-être les a-t-il même parfois aggravées, comme pour l'accès à la vaccination. En ce domaine, le multilatéralisme organisé a failli alors même que la crise pouvait être propice à la mise en place d'une politique internationale de santé publique

II.1.1.2. L'impact des questions de sécurité sanitaire sur les systèmes politiques et sociaux

Comme on pouvait s'y attendre, les systèmes politiques et sociaux ont été ébranlés par le Covid-19. Cela n'était pas surprenant dans la mesure où l'exigence de sécurité est devenue primordiale pour la population et que sa dimension sanitaire a fait l'objet d'une présentation très « militarisée » de la part des pouvoirs publics et, de ce fait, anxiogène. Si les populations étaient confrontées plus qu'à une pandémie, à une « guerre », les exigences portant sur leur sécurité allaient donc être très fortes et s'étendre éventuellement au-delà du strict domaine sanitaire. Et pourtant, face à l'attaque menée par le Covid-19, la plus grande partie des États du monde ont été pris par surprise bien que l'identification du virus ait été rapide. Mais, du fait de leur impréparation à des degrés divers et de leur confiance exagérée dans la solidité de leurs systèmes de santé, la riposte a été hésitante quant à la gravité puis la dangerosité de la maladie. Sur ces deux points, la plupart des États s'en remettant aux connaissances scientifiques se sont trouvés dépendants d'une expertise médicale qui se constituait en progressant, avec les hésitations et les contradictions voire les polémiques inévitables face à un virus nouveau. Le pouvoir politique pouvait alors adopter deux attitudes ; d'abord suivre strictement les avis scientifiques, courant ainsi le risque de naviguer à vue, tout en provoquant la suspicion sur son indépendance par rapport à des experts camouflant parfois des intérêts économiques très concrets liés à la pandémie. Dans tous les cas, cette soumission contribuait à le lier et à l'empêcher de jouer son véritable rôle : inscrire la réponse à la crise sanitaire dans un cadre politique global. Il pouvait aussi choisir d'ignorer les avis scientifiques et opérer des choix notamment économiques et sociaux au nom des besoins plus généraux de la société. Cette solution était toutefois porteuse de risques car face à une pandémie mal contrôlée, elle pouvait laisser penser que la sécurité sanitaire était sacrifiée sur l'autel d'intérêts jugés primordiaux. Rendus hésitants par les incertitudes scientifiques, la plupart des États ont oscillé entre les deux attitudes, voire changé complètement de stratégie lorsque leur appréciation des intérêts en présence, de leur point de vue, l'exigeait, ce qui n'a pas favorisé le soutien des populations aux mesures adoptées.

Les choix opérés sur le plan sanitaire ont été en effet naturellement tributaires de la nature du régime politique qui allait les mettre en œuvre. Un État autoritaire comme la Chine a ainsi longtemps fait valoir, à travers sa réponse à la pandémie, les mérites de l'efficacité de son système politique. Elle en a même fait un argument diplomatique avant

que les difficultés sanitaires rencontrées ne débouchent sur une contestation interne dont la portée politique est bien réelle. On ne doit toutefois pas ignorer que d'autres États ont réussi aussi bien sinon mieux à faire face à la pandémie dans le cadre d'un système demeuré démocratique, comme ce fut le cas de certains États de la zone Asie-Pacifique. Plus qu'avec la Chine, c'est avec eux que la comparaison avec les États européens s'impose. On constatera alors que l'efficacité de leur réponse à la pandémie reposait sur une perception sans doute plus forte des exigences de l'intérêt collectif, sur l'importance de l'expérience acquise des crises précédentes et surtout sur la confiance dans l'appareil politique pour gérer la crise. Cette confiance a pu être obtenue par une plus grande responsabilisation de la population, un effort pédagogique pour assurer la compréhension des mesures présentées et par là même leur respect. Face à une urgence sanitaire qui n'était pas discutée, il a ainsi été plus facile de faire accepter des mesures de contrainte lesquelles, sans cela, seraient apparues comme inutiles, disproportionnées ou arbitraires. Pour de nombreux États occidentaux au contraire, le soutien de la population aux dispositifs mis en place pour lutter contre la pandémie a été à la mesure de la confiance accordée aux gouvernants, c'est-à-dire limitée. La pandémie les a souvent frappés alors qu'ils subissaient ou venaient de subir des crises politiques et sociales ayant entamé la confiance à leur égard. Dans un tel contexte, les contestations, pour des raisons parfois contradictoires, contre les mesures adoptées se sont multipliées, leur acceptation s'est érodée et leur maintien dans la durée est apparu injustifié. Ainsi, la loi française du 11 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire, validé sur ce point par le Conseil constitutionnel, a-t-elle prolongé jusqu'au 31 juillet 2022 le régime de sortie de l'état d'urgence sanitaire et notamment la possibilité de recourir au passe-sanitaire. Jusqu'au 31 juillet 2022, le gouvernement pourra donc prendre des mesures pour limiter les déplacements ou les accès à certains établissements²³. Mais, dans un contexte de décrue rapide de la pandémie, dans une période scandée par des scrutins successifs, face à une crise internationale préoccupante et qui a rendu la situation économique et sociale difficile, la prolongation de l'état d'urgence sanitaire avait-elle encore un sens ? Comment ne pas penser que l'acceptabilité par la population du retour éventuel à de telles mesures aurait été particulièrement problématique.

L'action des pouvoirs publics face à la crise s'est, de plus, déroulée dans le contexte d'une guerre de l'information, appelée à devenir une constante de toutes les gestions de crises, quelle que soit leur nature. Si la bataille de l'information a fait rage à destination des partenaires ou concurrents, tous les États s'efforçant de se positionner favorablement face à la crise sanitaire et à ses conséquences²⁴, elle a surtout visé la population pour permettre à la puissance publique de restaurer ou de conforter sa confiance. L'obligation d'informer était d'autant plus nécessaire que la ligne suivie au moins au début était parfois chaotique. Elle a été perçue comme la nécessité de beaucoup informer au risque rapidement de surinformer, face à la concurrence des médias et plus encore des réseaux sociaux et aux développements des fausses informations. Confronté à un contre-discours puissant, le discours officiel a eu souvent des difficultés à convaincre, faute d'une rigoureuse transparence et d'une pédagogie suffisante et pertinente, d'autant qu'il a été le plus souvent fractionné entre les politiques et les savants. Dans la gestion de la crise sanitaire comme de toute crise, la population doit savoir qui l'informe et d'où elle est informée. De nos jours, les seuls titres et fonctions ne suffisent plus nécessairement à convaincre et à rendre une parole indiscutable. La transparence est indispensable, ce qui commande de supprimer toute suspicion de conflits

²³ Au 31 juillet 2022, la période transitoire de sortie d'état d'urgence sanitaire aura donc duré du 2 juin 2021 au 31 juillet 2022, du fait de sa prorogation successive par les lois du 31 mai 2021, 5 août 2021.

²⁴ Les États occidentaux ont du ainsi très rapidement répondre à la campagne de solidarité internationale affichée par la Chine pour ne pas sembler lui abandonner « le monopole du cœur ».

d'intérêts, au niveau national comme international. Ils doivent être systématiquement relevés et, si nécessaire, les personnes en cause écartées du dispositif public d'information car sans cela la parole publique ne parviendra jamais à convaincre totalement²⁵.

L'urgence sanitaire a été systématiquement avancée pour justifier les mesures adoptées et il semble difficile de nier qu'une telle qualification de la situation correspondait à la réalité. Il reste toutefois que dans les régimes démocratiques, l'urgence est prévue par le droit et encadrée par lui : elle n'est pas synonyme de non-droit. La question demeure toutefois de déterminer pendant combien de temps ce régime dérogatoire sera pertinent, selon quel dispositif il devra être mis en œuvre et quels en ont été les effets. Le risque que fait courir tout régime de l'urgence est en effet celui de perdurer au-delà des circonstances qui l'ont justifié. Si l'appréciation de celles-ci est naturellement discrétionnaire, la poursuite d'un régime d'état d'urgence ne peut que faire peser sur les pouvoirs publics la suspicion de poursuivre en réalité des objectifs autres que sanitaires. Cette suspicion est renforcée si la décision sur les mesures d'urgence incombe en définitive à des institutions *ad hoc*. Tous les régimes démocratiques ont connu un degré supplémentaire de concentration du pouvoir pour faire face à la crise, s'ajoutant à la logique des dispositifs constitutionnels. L'originalité du dispositif français a été de faire apparaître un Conseil de défense sanitaire, à partir d'un décret de 2009 prévoyant un Conseil de défense et de sécurité nationale, chargé de la « planification des réponses aux crises majeures ». Ce Conseil de défense sanitaire est devenu l'entité la plus importante dans la gestion de la crise, avec pour mission de conseiller le président de la République, celui-ci conservant cependant tout pouvoir de décision. Dès lors, le mécanisme, comité restreint à certains membres du gouvernement et éventuellement à des experts²⁶, se réunissant dans le respect du secret-défense, est apparu comme se substituant au gouvernement et au Conseil des ministres dont le rôle se bornerait à mettre en forme juridique les décisions adoptées dans ce cadre.

Dans une crise où la transparence est demeurée une exigence fondamentale, le recours à une forme de comité secret²⁷, à la composition fluctuante, associant des politiques et des experts et, dès lors, faisant craindre leur connivence, constituait un risque dont l'utilité n'était pas avérée. La métaphore guerrière qui a entouré sa création et son fonctionnement devait permettre de justifier son opacité mais elle a surtout été perçue comme une forme de méfiance à l'égard du personnel politique y compris des ministres qui n'étaient pas appelés à y participer, de la population dont la responsabilité était ainsi mise en doute mais aussi des corps intermédiaires. Dans un premier temps en effet, le recours à cette instance accentuant le caractère centralisé et vertical du processus de décision a contribué à marginaliser les pouvoirs locaux dans la riposte à la pandémie. Or, leur intervention s'est avérée décisive en pratique et il a donc fallu les réintégrer dans un second temps, dans un processus de décision plus horizontal et plus collégial comme l'avait fait dès le début de la crise d'autres États européens.

Si donc la stratégie envisagée devait viser à rechercher la mobilisation de tous les acteurs et surtout de la population en instaurant la confiance dans les décisions gouvernementales par la transparence et la pédagogie, alors la place occupée par le Conseil de défense sanitaire n'a pas nécessairement favorisé le but recherché.

²⁵ Comme l'a confirmé l'épisode particulièrement fâcheux des contrats d'acquisition de vaccins achetés par la Commission européenne, voir *infra*.

²⁶ Il réunit autour du président de la République, le Premier ministre, les ministres de la Défense, de l'Économie, du Travail, de la Santé, et le cas échéant des personnalités qualifiées, par exemple le Directeur général de la santé.

²⁷ Puisque ses réunions sont soumises au secret défense dont on peut se demander quelle est l'utilité pour surmonter une crise exigeant de s'assurer de la confiance de la population.

Pour autant, l'urgence n'a pas tout rendu possible et comme cela a été observé l'état de droit a « fait de la résistance »²⁸, le contrôle judiciaire et le contrôle parlementaire ayant fonctionné, dans le cadre des dispositions qui fondent leurs interventions. Pour la France, ce fut le cas des deux ordres de juridiction administratif et judiciaire. Le juge administratif est intervenu le plus souvent par la voie du référé pour contrôler les actes de l'administration en recourant à un instrument classique : le respect du principe de proportionnalité des mesures en cause par rapport aux exigences de l'urgence sanitaire, grâce auquel il dispose d'un large pouvoir d'appréciation. Même si ce fut moins fréquemment, le juge judiciaire s'est prononcé par exemple sur l'effet de la force majeure résultant de l'urgence sanitaire dans les contrats. Enfin, le juge constitutionnel est intervenu également à plusieurs reprises, l'opposition parlementaire l'ayant saisi systématiquement pour apprécier la constitutionnalité des textes législatifs adoptés. Il a pu alors annuler partiellement certains d'entre eux lorsqu'une de leur mesure portait une atteinte manifestement illégale à une liberté publique.

Ainsi, dans le cas français, le système juridictionnel a exercé sa fonction de contrôle en adoptant des jurisprudences qui n'apparaissent pas révolutionnaires dans le cadre d'une légalité d'urgence prévue par les textes et votée par le Parlement. Il est donc impossible d'évoquer une mise à l'écart de l'état de droit ce que confirme l'attitude des juridictions internationales et singulièrement de la Cour européenne des Droits de l'Homme. Si la Cour de Strasbourg a ainsi sanctionné la Suisse, le 15 mars 2022, pour violation de la liberté de manifestation par l'adoption d'une mesure disproportionnée, elle a rappelé le sens du contrôle juridictionnel, déclarant irrecevable les 18 000 requêtes présentées contre le passe-sanitaire en France²⁹ pour non-respect de l'obligation d'épuiser les voies de recours internes, mais en notant aussi que les requêtes avaient pour seul objectif de provoquer « l'embouteillage » de la CEDH afin de paralyser sa fonction. Surtout, dans sa décision du 8 avril 2021³⁰, la Cour, dans une affaire portant sur une question différente (la vaccination des enfants) de celle créée par le Covid-19, a formulé néanmoins des considérations particulièrement pertinentes pour la situation actuelle³¹. Tout d'abord, la CEDH, a reconnu l'importance de la vaccination pour protéger la santé publique, confortant ainsi la possibilité d'imposer une obligation légale de vaccination contre le Covid-19. Pour la Cour, les États jouissent d'une large marge d'appréciation en matière de santé publique et de vaccination et il existe un consensus européen sur l'importance de la vaccination comme intervention médicale dont le rapport coût-efficacité est le plus favorable. Chaque État doit donc s'employer à atteindre le taux de vaccination le plus élevé possible. La Cour a particulièrement mis en évidence la dimension collective de la question, laquelle, si elle est sensible sur le plan moral, doit également considérer « l'importance revêtue par la solidarité sociale, puisque l'objet de l'obligation de vaccination est de protéger la santé de tous les membres de la société, en particulier des personnes qui sont particulièrement vulnérables face à certaines maladies et pour lesquelles le reste de la population est invité à prendre un risque minimum en se faisant vacciner ». Par cet arrêt, la Cour vient ainsi clairement « conforter la possibilité d'une obligation vaccinale sous conditions dans l'actuelle épidémie de Covid-19 »³². Une telle obligation ne constitue pas, par elle-même, une violation des droits garantis par la CEDH, pour autant que le principe de proportionnalité entre l'intérêt de la protection de la santé

²⁸ R. Letteron, « Covid-19 : une banalisation des états d'urgence : l'état de droit fait de la résistance », *Annuaire RAMSES*, 2022 pp. 60-65.

²⁹ Cour Européenne des Droits de l'Homme, *Zambrano c. France*, 13 mai 2022.

³⁰ *Vavříčka et autres c. République tchèque*, nos 47621/13 et 5 autres, § 306, 310.

³¹ <https://www.kilinc-avocat.eu/la-vaccination-obligatoire-la-convention-europeenne-des-droits-de-lhomme/>

³² *Le monde*, « La vaccination obligatoire est "nécessaire dans une société démocratique", juge la Cour européenne des droits de l'homme », 8 avril 2021.

publique et l'intérêt de la protection des droits des individus soit respecté. Cela exige donc à la fois le respect par les États de certaines garanties (informations sur la campagne de vaccination, mise en place d'un contrôle scientifique sur les effets des vaccins, droit à la réparation en cas d'effets secondaires graves des vaccinations) et, en cas de violation de l'obligation vaccinale, la mise en œuvre de sanctions proportionnées. La question s'est posée notamment pour les actions déclenchées devant les juridictions prudhommales par des soignants suspendus de leur fonction pour refus de vaccination. Les juges ont le plus souvent débouté les requérants en faisant référence à l'application de la loi, au moins lorsque les fonctions du soignant supposaient des contacts avec des patients. Il reste cependant que dans ce cas, l'application stricte du droit a montré ses limites. La suspension des soignants ayant refusé le passe-sanitaire, ajoutée à la crise du recrutement et aux départs volontaires a contribué à fragiliser le fonctionnement des hôpitaux publics et donc la sécurité sanitaire. Celle-ci n'aurait-elle pas dû être prise en considération au titre du respect du principe de proportionnalité ?

On pouvait enfin espérer que l'intervention des assemblées parlementaires permettrait de renforcer le contrôle de la politique sanitaire conduite face au Covid-19. Cependant, le contrôle parlementaire dépend, plus encore que le contrôle judiciaire, de la structure constitutionnelle de l'État et du rôle dévolu au Parlement par la Constitution. En France, il est moins armé que d'autres pour exercer des missions de contrôle. Il a été aussi confronté au phénomène de concentration du pouvoir provoqué par le déclenchement de l'état d'urgence sanitaire. De plus, l'exercice de l'activité parlementaire a dû faire face également à des difficultés matérielles qui ont parfois conduit à des parodies de contrôle, dépourvu de sérieux et d'intensité³³. Enfin, le fait majoritaire à l'Assemblée Nationale pénalise le contrôle qui, dès lors, a été plutôt l'apanage du Sénat, dominé par l'opposition, mais dans le cadre strict que prévoit la constitution³⁴. Or, celui-ci est peu propice aux débats généraux sur l'appréciation des politiques publiques ou sur la stratégie vaccinale. Ces rapides constatations propres au système français ne semblent pas devoir être complètement remises en cause par la pratique à l'œuvre dans les autres États membres de l'Union européenne. Les institutions parlementaires se sont bornées à accompagner par leurs votes, parfois de manière critique, un processus commandé par l'urgence. La gouvernance démocratique a pu ainsi en pâtir. Le temps de l'urgence avec ses contraintes étant passé, il n'est pas trop tard pour que les assemblées usent des instruments dont elles disposent en vertu des textes constitutionnels pour évaluer la conduite de la riposte à la pandémie telle qu'elle a été menée par les pouvoirs publics nationaux et internationaux.

II.1.2. La pandémie de Covid-19 et ses suites

II.1.2.1. Remarques sur l'état de la pandémie en juin 2022

Au printemps 2022, la pandémie de Covid-19 ne fait plus recette, dans la couverture médiatique et dans la prise de parole politique, comme elle avait pu le faire depuis janvier 2020. Les experts eux-mêmes sont beaucoup moins présents, sauf sur les rayons des libraires où ils peuvent mettre en forme leurs vérités comme leurs polémiques. Pourtant, le

³³ Par exemple la nécessité d'une jauge limitant le nombre de parlementaires présents en séance et la difficulté du travail parlementaire à distance lorsqu'il y a été recouru ont contribué à affaiblir le contrôle. E. Cartier, B. Ridard et G. Toulemonde, L'impact de la crise sanitaire sur le fonctionnement des parlements en Europe, Fondation Robert Schuman, <https://www.dalloz-actualite.fr/interview/comment-nos-parlements-ont-fait-face-crise-sanitaire>, 18 janvier 2021.

³⁴ Les pouvoirs conférés aux missions d'information, aux commissions d'information et même aux commissions d'enquête restent trop limités, pour avoir un réel impact sur la trajectoire des politiques mises en œuvre.

Covid-19 n'a pas disparu même si les sociétés et les pouvoirs publics tentent de s'inscrire résolument dans une attitude de sortie de crise, bien que beaucoup d'incertitudes subsistent³⁵. Pour cela, le choix semble donc consister, d'une part dans la continuité des stratégies développées mais d'autre part aussi dans leur adaptation par le développement des nouveaux instruments nécessaires à la maîtrise complète de la pandémie, face à une éventuelle situation d'urgence qui pourrait résulter, dans les États développés, de l'arrivée de l'automne et de la reprise de l'activité économique et de la vie sociale.

La première incertitude majeure qui subsiste porte sur les chiffres de contamination et de décès dus au Covid-19 en particulier depuis qu'une nouvelle estimation de l'OMS du 5 mai 2022³⁶ fait état d'un bilan total associé directement ou indirectement à la pandémie de Covid-19 entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 décembre 2021 d'environ 14,9 millions de morts (dans une fourchette de 13,3 millions à 16,6 millions³⁷). Ces chiffres confirment l'estimation donnée par une étude publiée le 10 mars dans la revue *The Lancet*, qui donne un bilan d'environ 18 millions de morts. Jusqu'alors les chiffres annoncés par les pays membres de l'OMS dont celle-ci a toujours considéré qu'ils sous-estimaient la réalité, donnaient un total de 5,4 millions de morts sur la même période. Les nouveaux chiffres sont basés sur la surmortalité, calculée en faisant la différence entre le nombre de décès réels et le nombre de décès estimés en l'absence de pandémie, en s'appuyant sur des statistiques existantes. La surmortalité comporte aussi bien les décès directement provoqués par la maladie que ceux qui l'ont été indirectement en raison de l'impact de la pandémie sur les systèmes de santé et la société en général. Selon l'OMS, la plupart des décès excédentaires (84 %) étaient concentrés en Asie du Sud-Est, en Europe et dans les Amériques. Dix pays représentent à eux seuls 68 % du total de la surmortalité. Les pays à revenu élevé représentaient 15 % des décès excédentaires, contre 28 % pour les pays à revenu intermédiaire supérieur, et 53 % pour les pays à revenu intermédiaire inférieur. Quant aux pays à faible revenu, ils représentaient 4 %. Le nombre de morts dans le monde était plus élevé chez les hommes que chez les femmes – 57 % d'hommes, 43 % de femmes – et plus élevé chez les personnes âgées. La prise en compte de l'impact sanitaire indirect de la pandémie renvoie également au fait que les mesures prises pour l'endiguer, notamment en Afrique, ont pénalisé l'action menée contre le sida, la tuberculose, le paludisme et la rougeole qui montrent des signes inquiétants de reprise depuis l'apparition du premier cas de Covid-19, il y a deux ans. Pour ONUSIDA, la stratégie de l'OMS destinée à parvenir à vacciner 70 % de la population mondiale contre le Covid-19 d'ici à la fin de 2022 qui continue de prévaloir est une « catastrophe » car elle absorbe une grande partie des efforts financiers des États africains et des bailleurs de fonds.

La stratégie vaccinale n'est pas remise en cause même si elle doit tenir compte à la fois de l'évolution de la contamination et de l'attitude des populations tendant à minorer fortement les préoccupations liées à la pandémie. Face au virus, un certain nombre de vaccins sont aujourd'hui autorisés. Selon l'OMS, il s'agissait au 26 novembre 2021, des vaccins suivants :

- Le vaccin Pfizer/BioNTech Comirnaty®, le 31 décembre 2020.
- Les vaccins SII/COVISHIELD et AstraZeneca/AZD1222, le 16 février 2021.
- Le vaccin Janssen/Ad26.COV 2.S mis au point par Johnson & Johnson, le 12 mars 2021.
- Le vaccin anti-COVID-19 de Moderna (ARNm 1273), le 30 avril 2021.

³⁵ Certaines d'entre elles sont évoquées infra.

³⁶ Corroborée par des travaux réalisés par l'Institut de métrologie sanitaire et d'évaluation (IHME) de l'université de Washington (Seattle, États-Unis) publié dans le *Lancet*, le 10 mars 2022.

³⁷ Les chiffres donnés par Our World in Data et JHU.CSSE Data le 16 août 2022, s'élèveraient pour la France à 150 000 morts pour 33,3 millions de cas.

- Le vaccin anti-COVID-19 de Sinopharm, le 7 mai 2021.
- Le vaccin Sinovac-CoronaVac, le 1er juin 2021.
- Le vaccin COVAXIN (BBV152) de Bharat Biotech, le 3 novembre 2021.

Ces vaccins sont de nature et d'efficacité variables. Ils protègent contre les formes graves du Covid-19 ou contre sa transmission ; ils visent plus particulièrement ou non les personnes à risques ; ils nécessitent éventuellement des injections de rappel plus ou moins rapprochées. Leur efficacité est également tributaire des mutations que connaît le virus, jugées imprévisibles par les scientifiques. Les variants se sont ainsi multipliés et avec eux les « vagues » de contamination qui touchent les populations de manière très variable en fonction de multiples facteurs (âge, niveau de vaccination, conditions climatiques etc.). À la diversité des situations sanitaires à laquelle s'ajoute celle des modalités politiques et économiques de sortie de crise, il est répondu de manière nationale alors que l'OMS continue de mettre en garde contre un redémarrage éventuel de la pandémie. Un virage semble quelquefois engagé, la recherche d'un traitement opposable au virus venant accompagner (avant de la supplanter ?) le développement des vaccins existants. Il est intéressant de noter, sur ce point, que l'OMS, dont beaucoup ont considéré qu'elle a perdu la « bataille des vaccins », s'efforce de mieux se positionner sur les traitements et les médicaments. : le programme ACT-A se fixe notamment pour objectif la fourniture d'un traitement anti-Covid à 10 dollars par posologie, pour les patients atteints d'une forme modérée de la maladie³⁸. La pilule *molnupiravir* développée par le groupe pharmaceutique *Merck* serait probablement l'un de ces médicaments, d'autres produits étant en cours de développement. L'OMS a recommandé, jusqu'à présent 11 traitements notamment à base d'anticorps monoclonaux (ex : le *tocilizumab*, le *sotrovimab*) qui sont utilisés dans le traitement de diverses maladies notamment le cancer et peuvent être utilisés pour traiter les patients contre les formes sévères de Covid-19 du fait de leur caractère immunodépresseur. De plus, l'OMS examine les données relatives au *paxlovid* de Pfizer qui, selon les fabricants, semble prometteur pour réduire le risque d'hospitalisation chez certains patients. Il reste néanmoins que le lancement des réformes nécessaires sur la prévention, la proximité et plus généralement la santé pour tous, lui, se fait attendre.

II.1.2.2. La pandémie et ses effets dans le monde : sur quelques situations nationales

Comme ce fut le cas au début et aussi au plus fort de la crise, la situation au moment où elle semble en voie de résorption révèle des différences significatives. Un trait commun apparaît néanmoins : sous l'effet d'autres crises internationales, la dimension proprement sanitaire apparaît aujourd'hui moins dominante par rapport à une dimension globale, politique et sociale. Les gouvernements semblent avoir la volonté de passer si possible à autre chose, notamment du fait de problèmes nouveaux qui les assaillent, ou qui resurgissent, favorisés par la crise.

II.1.2.2.1. La Chine

À l'origine géographique de la pandémie et, de ce fait, mise en cause sur le plan international, la Chine est demeurée, dans un premier temps, impassible, vantant sa capacité de riposte et s'efforçant de poursuivre sa diplomatie sanitaire. Cette tendance a dû toutefois s'infléchir lorsqu'elle a été touchée par la vague du variant *Omicron*, particulièrement contagieux et alors que deux événements importants se présentaient en Chine pour 2022 : les Jeux Olympiques d'hiver à Pékin en février, le XX^e Congrès du Parti communiste chinois à l'automne. Le premier représentait un enjeu de prestige international considérable pour la

³⁸ F. Guarascio, « Le programme ACT/A de l'OMS veut acheter un traitement anti-Covid », *Reuter*, 19 octobre 2021.

RPC. Il a pu se tenir grâce à des mesures de sécurité sanitaire draconiennes. Le second constitue un enjeu personnel pour le président Xi Jinping qui devrait à cette occasion voir entériner un troisième mandat. Or, le président défend fermement la stratégie « zéro Covid-19 », depuis la découverte du virus, fin 2019 à Wuhan, reposant sur le triptyque « tester, tracer, isoler ». Elle vise à empêcher à tout prix la circulation du virus en identifiant et isolant au plus vite les personnes infectées. L'Australie et la Nouvelle-Zélande qui l'ont d'abord adoptée, l'ont abandonnée à l'automne 2021, débordées par la progression du variant *Delta*. Alors que la plupart des États ont choisi de vivre avec le virus, la Chine poursuit au contraire cette stratégie qui avait permis, jusqu'à l'apparition du variant *Omicron* d'éviter un confinement généralisé. À l'automne 2021, le gouvernement de Pékin pouvait se vanter de son succès alors que les autres États étaient obligés de prendre à nouveau des mesures de restriction des déplacements. Mais vers le 15 décembre 2021, devant la multiplication des cas du variant *Omicron*, les pouvoirs publics allaient devoir reprendre progressivement des mesures restrictives de déplacement puis de confinement. La ville de Xi'an (13 millions d'habitants au centre de la Chine) a ainsi été mise en quarantaine dès le 23 décembre, à la suite d'une contamination semblant provenir des passagers d'un avion venant du Pakistan. Surtout, face à la nouvelle vague du virus, Shanghai, moteur économique du pays et ses 26 millions d'habitants et Shenzhen, la métropole technologique, ont dû être reconfinées pendant près de deux mois, la réouverture » par étapes » des commerces n'ayant été annoncée que le 15 mai. À la fin du mois d'avril, l'hypothèse d'un confinement de Pékin était aussi envisagée, mais ce sont plutôt des restrictions partielles qui ont été mises en place, le gouvernement voulant éviter un confinement du type de celui réalisé à Shanghaï. Celui-ci, particulièrement strict, a eu en effet des conséquences considérables, d'abord sur la population. L'enfermement et l'approvisionnement, problématique et limité, notamment en produits frais et en médicaments hors covid, ont provoqué des réactions hostiles au gouvernement et même au président, voire parfois des affrontements. Ces manifestations, certes circonscrites, sont tout à fait inhabituelles. Des critiques contre la stratégie « Zéro Covid », doctrine officielle, ont également été émises par des experts médicaux, rapidement censurés, mais avançant l'hypothèse selon laquelle le gouvernement n'avait en réalité pas d'issue.

D'un côté, beaucoup d'observateurs pensent que la Chine aurait beaucoup de difficultés à maintenir sa stratégie, sauf à y allouer de très importants moyens financiers risquant ainsi de ralentir fortement une reprise économique déjà difficile d'autant qu'elle s'accompagne d'une crise démographique³⁹. De l'autre, si la Chine décidait d'adopter une politique consistant, comme le font les Occidentaux, à vivre avec le virus, elle serait aux prises avec plusieurs handicaps : l'état du système de santé ne lui permettrait pas d'absorber la charge du nombre de cas qui résulteraient de l'abandon de « Zéro Covid » ; il serait possible d'y parvenir si la vaccination permettait d'approcher l'immunité collective, ce qui est loin d'être acquis, le taux de vaccination notamment chez les personnes âgées restant bas et les principaux vaccins chinois apparaissant peu efficaces. Le choix de la stratégie « Zéro Covid » n'est donc pas seulement un choix politique mais aussi un choix sanitaire, au moins par défaut, faute de pouvoir approcher l'immunité collective. Toutefois, du point de vue politique, après avoir provoqué un mécontentement populaire ouvertement exprimé et des tensions au sein même de l'appareil d'État, son abandon apparaîtrait comme un échec majeur du régime et de son président, avant le XX^e Congrès. Obligé de naviguer entre ces deux écueils, le pouvoir chinois a donc choisi de maintenir « l'apparence d'une politique

³⁹ L'économie chinoise traverse une crise importante dans la mesure où 44 des 100 plus grandes villes chinoises, métropoles dans lesquelles est produit un tiers du PIB de la Chine, appliquent toutes une forme de confinement.

« Zéro Covid » en annonçant pour Shangai, le 16 mai, un déconfinement progressif mais en laissant en place de multiples restrictions ponctuelles. Cette solution est employée également à Pékin où la population a craint un confinement strict.

Avec les développements de la crise du Covid, le pouvoir chinois se trouve ainsi confronté à une perte de confiance qui se manifeste aussi bien dans sa population qu'au plan international. Au plan interne, le contrat tacite entre les deux parties (l'acceptation du régime contre la garantie d'un certain niveau de développement économique) est désormais altéré. Il en va de même du positionnement international de la Chine, tant celle-ci a mis en avant le caractère exemplaire de sa réponse à la pandémie, alors que même l'OMS a exprimé publiquement ses doutes sur le succès possible de la stratégie « Zéro Covid »⁴⁰. Le XX^e Congrès du PCC dira si le Covid et ses conséquences ont coûté le renouvellement de son mandat au président Xi Jinping

II.1.2.2.2. Les États-Unis

Un an après son investiture, Joe Biden a été « rattrapé » par le Covid-19⁴¹ alors qu'en janvier 2021, la situation qu'il avait trouvée était contrastée. Certes, il avait succédé à un président qui avait conduit la gestion de la crise de manière erratique (au point de suggérer aux malades de se soigner à l'eau de Javel) et subi de ce fait de très fortes critiques, mais celui-ci avait également agi pour soutenir la réponse vaccinale à la pandémie. Un sommet avec les patrons des grands groupes pharmaceutiques avait été organisé à cette fin à la Maison Blanche, le 2 mars 2020 et la mobilisation des agences publiques et des Départements de l'État a permis de réunir près de 5 milliards de dollars pour la recherche contre le Covid. Les États-Unis ont pu ainsi disposer rapidement de deux produits autorisés, les vaccins de *Moderna* et de *Pfizer-BioNTech*. Le président Biden de son côté avait fait de la gestion de la pandémie la priorité de son début de mandat, mais le 12 mai 2022, il faisait mettre tous les drapeaux des États-Unis en berne, le pays ayant franchi le seuil très symbolique de 1 million de morts du Covid-19, depuis le début de la pandémie, il y a deux ans et demi⁴². Sur ce nombre, les centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) estiment que 90 % résultent d'une infection par le Covid-19 et 10 % par l'aggravation d'une pathologie existante. Ce seuil, que les États-Unis sont le premier État à franchir officiellement, appelle plusieurs remarques. Ces décès représentent, pour 3 % de la population mondiale, 16 % des morts liés au Covid recensés sur la planète. Sur ce point, ce bilan doit toutefois être nuancé⁴³, du fait du caractère souvent peu fiable des statistiques officielles d'autres États (Chine, Russie, Inde etc.). Par contre, rapporté à la population, il est plus élevé que celui des principaux pays européens, ce que l'on peut expliquer par l'impact important de certaines causes de morbidité comme l'obésité ou le diabète. Le plus grand nombre de décès est survenu dans les hôpitaux (68 %) puis en maison de retraite (15 %), 75 % étant des personnes âgées de plus de 65 ans et le taux des décès était sensiblement plus élevé chez les personnes noires et chez les personnes hispaniques que chez les personnes blanches.

Le résultat politique ne s'est pas fait attendre : le président Biden perdait près de 20 points dans les sondages lorsque l'on interrogeait les Américains pour savoir s'il gère bien la crise sanitaire, alors qu'une nouvelle vague épidémique commence à se propager. Les États-Unis peuvent certes bénéficier de la commercialisation de la pilule anti-covid de *Pfizer*

⁴⁰ Ce qui a valu au communiqué de l'OMS d'être censuré par les media officiels chinois.

⁴¹ A. Leparmentier, 20 janvier 2022.

⁴² N. Berrod, *Le Parisien*, 12 mai 2022.

⁴³ Pour les États-Unis, d'après les CDC, le calcul de l'excès de mortalité par rapport à une année normale, donne un nombre comparable (1,1 million).

qui permet de limiter le nombre d'hospitalisations et de décès. Le *Paxlovid*, traitement antiviral, diminue la capacité du virus à se répliquer et freine ainsi la maladie pour les personnes à risques susceptibles de développer des cas graves. Ce traitement, de plus en plus souvent prescrit, a sans doute permis, malgré la forte hausse des infections, de contenir le nombre des hospitalisations et des décès. Pour autant, les contaminations sont en augmentation rapide sous l'effet des nouveaux variants d'*Omicron*⁴⁴, justifiant la volonté des États-Unis de refinancer la lutte contre la pandémie, au plan national comme au plan international. Dans les deux cas, le Président rencontre des difficultés. La demande au Congrès d'une nouvelle enveloppe de 22,5 milliards de dollars pour financer la lutte anti-covid dont 5 milliards destinés à l'étranger se heurte pour l'instant à l'opposition des élus républicains qui ne proposent que 10 milliards de dollars exclusivement consacrés aux États-Unis⁴⁵ et bien que le Président ait dissocié son vote de celui d'une nouvelle enveloppe de 40 milliards de dollars d'aide à l'Ukraine. Au plan international, pour remettre l'accent sur le Covid-19, les États-Unis ont lancé un nouveau sommet mondial⁴⁶, après celui organisé le 22 septembre 2021, coorganisé avec l'Allemagne, l'Indonésie, le Sénégal et le Belize⁴⁷ et en présence des ONG, des agences de santé régionales, des institutions internationales et des entreprises privées. S'il faut « redoubler les efforts collectifs pour mettre fin à la phase aiguë de la pandémie » et « se préparer aux futures menaces sanitaires », et s'il est toujours question d'améliorer la couverture vaccinale avec des « doses de rappel efficaces »⁴⁸, et l'accès aux tests et aux traitements, les difficultés ont changé. Si de nouvelles doses sont largement disponibles, il s'agit principalement d'administrer celles déjà produites. Selon la Maison Blanche, des dizaines de millions de doses ne sont pas réclamées car les États destinataires manquent de ressources pour bâtir leurs chaînes du froid, pour combattre la désinformation et pour embaucher du personnel pour vacciner.

II.1.2.2.3. L'Amérique latine

Fortement frappée lors des débuts de la pandémie avec des taux de mortalité considérables⁴⁹, l'Amérique latine est parvenue ensuite à la contenir en mettant en place une politique de vaccination efficace. À la fin de l'année 2021, les taux de contamination et de mortalité avaient nettement baissé par rapport à ceux enregistrés au milieu de l'année. Alors qu'elle totalisait près de la moitié des cas et des décès recensés dans le monde, elle est devenue, avec un total de 63,3 % de la population ayant suivi un schéma vaccinal complet, une région leader dans la vaccination alors que l'Europe était à 60,70 % et l'Afrique à seulement 8 %⁵⁰.

Si les conditions estivales de la région, ont été favorables à cette tendance, l'amélioration de la situation s'explique surtout par la rapidité avec laquelle les campagnes de vaccination ont été lancées, grâce à l'expérience de décennies de vaccination contre des maladies comme la variole ou la poliomyélite. Les bases d'une vaccination de masse existaient, ce qui a

⁴⁴ L'Administration Biden a averti le 7 mai que les États-Unis pourraient potentiellement connaître 100 millions d'infections à l'automne et l'hiver 2022.

⁴⁵ Pour obtenir leur soutien, les démocrates pourraient en échange accepter de rétablir une mesure limitant l'entrée d'immigrants au nom de la lutte contre la pandémie.

⁴⁶ S. Amsili, *Les Echos*, 22 mai 2022.

⁴⁷ Qui assurent la présidence respectivement du G7, du G20, de l'Union africaine et de la Communauté caribéenne (Caricom).

⁴⁸ Les États-Unis ont pour cela appelé les participants au sommet à « de nouveaux engagements significatifs ».

⁴⁹ 655 000 décès en février 2022.

⁵⁰ Données du site One World in Data.

favorisé la confiance de la population. Au Brésil, existe une véritable culture du vaccin permettant par exemple que plus de 99 % de la population adulte de Rio de Janeiro et de Sao Paulo ait reçu au moins une dose, ce que l'attitude du président Bolsonaro ne laissait pas espérer. Il reste néanmoins que l'Amérique latine est encore loin, avec un taux de 63,3 % d'une immunité collective estimée à 80 % et que les disparités sont flagrantes entre les États. À côté du Chili qui atteint un taux de 85,78 % de personnes complètement vaccinées, la Bolivie ne parvient qu'à 38, 31 % alors que d'autres comme l'Équateur, en grande difficulté au début, atteignent désormais un pourcentage de 70,27 %. Enfin, une incertitude subsiste quant à l'efficacité des vaccins chinois, sur lesquels dans un premier temps, se sont appuyés des États comme le Brésil ou l'Uruguay, alors que la vague de variant *Omicron* se répand sur tous les continents.

Sur le plan économique, la pandémie est venue frapper une région à l'économie convalescente qui avait connu un taux de croissance très faible de 2014 à 2019. Cela a été plus particulièrement le cas des États censés être les moteurs économiques, le Brésil et le Mexique, qui ont subi une augmentation brutale de la pauvreté et des inégalités et un basculement encore plus important vers l'économie informelle⁵¹. L'Amérique latine est donc entrée en récession : l'accroissement de la dette, l'explosion du chômage et de la pauvreté font craindre « une nouvelle décennie perdue »⁵².

II.1.2.2.4. La Russie

La situation de la Russie face à la pandémie de Covid-19 ne peut plus être déconnectée, depuis février 2022, de la crise mondiale née de l'invasion de l'Ukraine. Sans disparaître, le front sanitaire est supplanté désormais par le front militaire, avec toutefois, pour les autorités, en fait le président, la même exigence de conserver le soutien de la population.

La pandémie de Covid-19 commence le 31 janvier 2020 avec l'entrée de deux malades depuis la Chine et le nombre de cas connaît une hausse importante dès le mois de mars⁵³. Si la Russie va mettre rapidement en place la fermeture des frontières et le contrôle des voyageurs et décider de tester toutes les personnes symptomatiques, son attitude ressemblera finalement à celle des États européens : recours au confinement à l'échelle des régions, se généralisant puis s'assouplissant au gré de l'évolution de la pandémie ; généralisation des tests aux personnes présentant des symptômes ; recherche de solutions pour appuyer un système hospitalier ayant des difficultés structurelles ; mesures économiques pour soutenir le pouvoir d'achat de la population et aider les entreprises dans un contexte budgétaire difficile du fait de la chute du prix du pétrole. Cette action est toutefois assortie de sanctions pénales lourdes contre tous ceux qui, dès mai 2020, vont critiquer la politique sanitaire de l'État.

La Russie s'engageant dans la recherche de son propre vaccin contre le Covid et portant assistance à un certain nombre d'États en leur fournissant du matériel médical, on entre alors dans un contexte tout autant sanitaire que diplomatique dans lequel un État comme la Chine l'a précédé. Des critiques vont alors être émises sur l'action conduite par le Kremlin contre la pandémie et la véracité des chiffres fournis ainsi que sur la fiabilité du vaccin *Sputnik V* apparu au printemps 2020. Ce dernier sera l'objet d'un effort de communication

⁵¹ A. Joly, « Amérique latine, une nouvelle décennie perdue ? », *Questions Internationales*, n° 112, mars-avril 2022, p. 42.

⁵² S. Jansen, « L'Amérique latine, un continent mosaïque », *Amérique latine, Questions Internationales*, n° 112, mars-avril 2022, p. 8.

⁵³ Fin décembre 2020, selon le gouvernement russe l'excès de mortalité pour l'année serait de 229 700 personnes, plus de 81 % de cette hausse de la mortalité est due au Covid et à ses conséquences de la maladie due au coronavirus, soit environ 186 000 décès.

considérable⁵⁴ avant qu'une campagne de vaccination soit lancée en décembre 2020. Il sera reconnu efficace à 91,6 % pour les formes graves par *The Lancet* en février 2021, un peu moins efficace que ses concurrents *Pfizer* et *Astra Zeneca* mais bénéficiant d'une plus grande facilité de conservation. *Sputnik V* a été ainsi homologué par plusieurs États de l'ex-URSS ou proches de Moscou dans le monde, puis, ainsi, « dédiabolisé »⁵⁵, commandé par la Hongrie, et par la Slovaquie, membres de l'UE. Par contre, l'Agence Européenne des Médicaments, sollicitée en janvier 2021, refusait en novembre 2021 de se prononcer sur l'autorisation de mise sur le marché du vaccin dans l'UE, arguant du fait qu'elle ne disposait pas de « l'ensemble des données nécessaires », reportant une éventuelle décision au printemps 2022. L'invasion de l'Ukraine, en février 2022, a en quelque sorte entériné les arguments tirés de la rapidité avec laquelle le vaccin avait été produit, du manque de transparence de la procédure suivie et plus encore de l'enjeu diplomatique que percevaient les Européens à travers cette autorisation, laquelle d'ailleurs n'était plus indispensable en pratique.

Malgré l'existence d'un vaccin national, la situation sanitaire en Russie s'est détériorée du fait d'un non-respect très général des mesures sanitaires notamment des mesures de confinement d'ailleurs limitées et de la méfiance à l'égard de la vaccination. Les pouvoirs publics apparaissent indécis comme le prouve le temps mis à adopter les textes d'urgences et semblent avoir perdu le contrôle de la situation sanitaire face à l'apparition des nouveaux variants. L'entrée en vigueur du passe-sanitaire en novembre 2021, déléguée aux régions, a ainsi soulevé une vague de protestations, parfois des affrontements⁵⁶. Les chiffres sont en effet particulièrement inquiétants par l'orientation générale qu'ils décrivent et confirment. Le Covid-19 est, selon l'Agence *Rosstat*, à l'origine de la mort de 660 000 personnes (soit le double du nombre officiel de 329 443) dans un bilan pour 2021 qui fait état de 1,04 millions de morts (contre 688 700 en 2020). L'augmentation est due à la mortalité (+15,1%), la natalité ne connaissant qu'une légère baisse. Le Covid-19 vient ainsi aggraver une crise démographique majeure qui dure depuis trente ans, sans doute accélérée par la crise économique latente née des sanctions occidentales depuis 2014 et malgré les initiatives du Kremlin (augmentation régulière des allocations familiales et des primes à la naissance, lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme)⁵⁷. Il s'agit selon le Président d'un véritable « combat patriotique » dans lequel la survie de la Russie est en jeu car il estime que la population actuelle est insuffisante pour que le pays puisse tenir son rang d'un « point de vue géopolitique » et « d'un point de vue économique »⁵⁸.

Accélérée successivement par le variant *Delta* puis le variant *Omicron*, et alors que la couverture vaccinale est faible et les restrictions sanitaires rares, la pandémie semble hors de contrôle. La question de la confiance du peuple russe peut désormais se poser dans un contexte de difficultés internationales et économiques majeures.

II.1.2.2.5. L'Afrique

Dans un premier temps de la pandémie de Covid-19, le continent africain semblait, malgré des systèmes de santé publique fragiles, être parvenu à bien résister, et cela pour plusieurs raisons. Les plus décisives ont été l'attitude des pouvoirs publics et de la

⁵⁴ Par la mise en scène de la vaccination de la fille du Président de la Fédération de Russie et de membres de l'élite russe.

⁵⁵ L. Pernelle, « Le vaccin russe *Sputnik V* se dédiabolise », 4 février 2021.

⁵⁶ Avec le phénomène, connu ailleurs, notamment en France de l'apparition de faux passes-sanitaires.

⁵⁷ « La Russie a perdu plus d'un million d'habitants en 2021, un record sur fond de Covid », *Les Echos*, 28 janvier 2022.

⁵⁸ Conférence de presse de Vladimir 18 novembre 2021 ; selon *Rosstat*, au 1^{er} janvier 2022, la population de la Russie s'établissait à 145,47 millions d'habitants.

population. Les autorités ont réagi très rapidement à la crise en organisant des contrôles aux frontières et dans les aéroports, suivis éventuellement de mesures de quarantaine⁵⁹. Les populations africaines, notamment celles ayant été frappées par le virus Ebola, ont développé des réflexes leur ayant permis d'appliquer des gestes barrières et de repérer rapidement les personnes contaminées. On a parfois évoqué, de plus, un contexte africain particulier. Si l'influence du facteur climatique et plus particulièrement de la chaleur n'a pas été démontrée, d'autres facteurs ont été au moins envisagés comme par exemple une « immunité collective locale propre à la vie sur le continent et pré-existante, avec l'exposition des populations à d'anciens coronavirus ou à des bactéries ». Ainsi, avec un peu moins de 8 millions de contaminations enregistrées depuis le début de la pandémie, et moins de 165 000 morts, chiffres du centre épidémiologique *Epicentre* rattaché à l'ONG *Médecins sans frontières*, l'Afrique subsaharienne semblait avoir été relativement peu touchée par le coronavirus⁶⁰. Dans ces chiffres, la part de l'Afrique du sud était très importante puisqu'elle comptait, pour 59 millions d'habitants, plus de 3,7 millions de cas, ayant coûté la vie à plus de 100 000 personnes.

Les effets bénéfiques des différents facteurs considérés doivent toutefois être désormais nuancés. Selon les chercheurs de l'Institut national sud-africain des maladies transmissibles, le nombre réel des victimes pourrait être trois fois supérieur : les données du Conseil sud-africain de la recherche médicale révèlent que l'on compte plus de 300 000 décès naturels supplémentaires depuis le début de la pandémie. La comparaison avec le reste du continent interroge alors, notamment le cas du Nigeria, pays le plus peuplé d'Afrique (215 millions d'habitants) qui n'a officiellement enregistré que 260 000 cas, dont 3 142 morts en deux ans.

Les chiffres officiels apparaissent donc sujets à caution, ce que l'OMS a confirmé dans une étude publiée le 5 mai 2022. Sur la base de modélisations comparant le nombre de décès survenus dans chaque pays à ceux des années précédentes⁶¹, elle a estimé qu'entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 décembre 2021, le nombre d'Africains décédés du Covid-19 s'élèverait à 1,24 million, soit cinq fois et demie plus que les 229 197 décès officiellement répertoriés au 4 janvier 2022⁶². Cet écart peut s'expliquer par une faible utilisation des services de santé ayant pour effet de dissimuler de nombreux cas et par l'existence d'une population jeune ayant développé des formes asymptomatiques, non détectées ou non signalées. Il s'explique aussi par le fait que la surmortalité prise en considération comptabilise non seulement les morts directement imputables au Covid-19, sur le nombre desquels l'opinion est trop souvent focalisée, mais aussi celles qui lui sont indirectement associées. Selon l'OMS, les chiffres suggèrent que les Africains sont morts autant du Covid-19 lui-même que de ses conséquences. La pandémie a bouleversé des systèmes sanitaires déjà fragiles, dont les ressources ont été prioritairement affectées à son traitement, au détriment d'autres maladies exigeant des campagnes de vaccinations régulières des populations comme, la tuberculose, le paludisme et la rougeole⁶³. Il reste que, sur le continent, la pandémie qui a circulé de manière importante, a été à l'origine de moins de formes graves qu'ailleurs. L'OMS pouvait donc se montrer optimiste et envisager une sortie de crise prochaine mais, dès le 12 mai, elle alertait sur « une augmentation significative des

⁵⁹ En Côte d'Ivoire, les écoles et les frontières ont été fermées 5 jours seulement après que le premier cas a été détecté, puis un couvre-feu mis en place la semaine suivante.

⁶⁰ A. Boumediene, « Le continent africain recense officiellement assez peu de contaminations au Covid-19 depuis le début de la pandémie », 08/04/22.

⁶¹ Ces réévaluations ont confirmé celles annoncées par une étude du Lancet de mars 2022.

⁶² S. Berthaud-Clair, « En Afrique, le fardeau "caché" de la surmortalité due au Covid-19 », *Le Monde*, 11 mai 2022.

⁶³ S. Berthaud-Clair, « En Afrique, la lutte contre les "grandes tueuses" freinée par le Covid-19 », *Le Monde*, 4 avril 2022.

cas de Covid-19 » après une période de baisse en Afrique australe, zone particulièrement sensible, d'autant que la saison hivernale approche. Alors que, comme en Europe, de nombreux États, notamment l'Afrique du sud et le Nigeria, avaient progressivement levé les restrictions, la nouvelle vague de variant *Omicron* pourrait remettre en cause cette évolution, d'autant que la crise sociale qui a accompagné la pandémie n'a pas permis de renforcer les systèmes de santé. Outre les capacités de ripostes révélées lors des premières phases de la pandémie, l'Afrique peut néanmoins compter sur la situation moins problématique de la vaccination. Selon la directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique, celle-ci, malgré son retard, dispose désormais d'un approvisionnement régulier. Dès lors, il s'agit d'adapter la stratégie vaccinale aux réalités du terrain. Il n'est pas nécessaire de chercher à vacciner toute la population alors que la majorité des cas se trouvent chez des personnes jeunes, peu ou pas symptomatiques mais plutôt de se concentrer sur les personnes à risque afin d'éviter les pathologies les plus graves. Une chose est sûre : « les lacunes révélées par la pandémie de Covid-19 indiquent qu'un des enjeux cruciaux des années à venir sera de renforcer les systèmes d'information sanitaires, partout dans le monde, pour pouvoir mieux protéger et prévenir.

II.2. Les débats autour du Covid-19

Avec le développement de la pandémie de Covid-19, sont apparues progressivement des questions, sources de débat, pour l'instant, inachevés.

II.2.1. L'origine du Covid-19 toujours ignorée

Le débat sur l'origine du Covid-19 n'est toujours pas clos. Alors que la Chine a rejeté le 22 juillet 2021 la proposition de l'OMS de poursuivre l'enquête sur l'origine de la pandémie dans le pays, avec un audit des laboratoires dans les régions où les premiers cas ont été identifiés, le National Intelligence Council (NIC) qui regroupe les services de renseignement américains dont la CIA et le FBI, dans un rapport rendu, à la demande du président Biden⁶⁴ le 24 août 2021, et dont une partie a été déclassifiée le 27 août 2021, a fait état, à nouveau, de ses difficultés à identifier précisément les origines du Covid-19⁶⁵. En réclamant cette enquête, le président cherchait notamment à se distinguer de son prédécesseur qui avait affirmé, en mai 2020, sans pouvoir faire état de preuves, que le coronavirus était lié à un laboratoire chinois. Cette déclaration, déclenchant une vive réaction de Pékin, avait compliqué davantage la coopération dans l'enquête sur le virus. Le nouveau rapport ne parvient pas cependant à trancher la question et les conditions du travail des agences ont contribué à ce résultat. Outre le fait qu'elles ont encore été confrontées à la rétention d'informations importantes de la part de la Chine, elles ont eu accès à des informations différentes et n'ont pas travaillé de la même manière aboutissant ainsi à des conclusions qui n'étaient pas toujours concordantes. Ainsi, l'hypothèse d'une création du virus par l'homme, a été rejetée par le NIC, mais à la majorité, deux agences refusant encore cette position, « faute de preuve ». De même, si les agences se sont accordées pour dire que le nouveau virus est bien apparu à Wuhan au plus tard en novembre 2019 et n'a « pas été développé en tant qu'arme biologique », son apparition « naturelle » par contamination provenant d'un

⁶⁴ Le président demandait à la « communauté du renseignement » de « récolter et analyser des informations pouvant rapprocher d'une conclusion définitive [sur l'origine de la pandémie] et de présenter un compte rendu dans les 90 jours », cette chronique, PSEI, n° 16.

⁶⁵ Origins.pdf Rapport US <https://www.dni.gov/files/ODNI/documents/assessments/Unclassified-Summary-of-Assessment-on-COVID-19->.

animal infecté par le virus ou par un virus proche n'a été admise que par une majorité, une agence jugeant « plausible » l'hypothèse d'un virus échappé d'un laboratoire.

Ce rapport s'avère donc peu concluant et même si le président Biden s'est engagé à poursuivre les efforts pour déterminer l'origine de la pandémie, cette quête sera difficile parce qu'il n'est pas certain que le recours aux agences de renseignement ait été le plus judicieux, notamment alors qu'il est nécessaire d'obtenir la coopération la plus confiante de la Chine.

Début 2022, soit deux ans après le début de la pandémie, les origines du Sars-CoV-2 demeurent donc inconnues. Deux hypothèses restent privilégiées : la transmission de l'animal à l'homme par un phénomène de zoonose naturelle, une maladie infectieuse qui préexistait chez les animaux se transmettant à l'homme, franchissant la barrière d'espèce ; l'échappement d'un laboratoire à la suite d'expérimentations. La première hypothèse reposant sur une transmission de l'animal à l'homme a été d'abord envisagée mais la responsabilité du pangolin a été désormais écartée du fait des différences constatées entre le code génétique du Sars-CoV-2 et celui d'un coronavirus prélevé sur cet animal. Par contre, un virus à 96 % identique au Sars-CoV-2 a été identifié chez des chauves-souris capturées en Chine. L'animal est donc très vraisemblablement le réservoir du virus et l'on se trouverait donc en présence d'une zoonose mais ses mécanismes ne sont pas démontrés. L'hypothèse est donc jugée « possible » par l'OMS, demeure privilégiée par la communauté scientifique mais il n'y a « pas de faits scientifiques aujourd'hui qui permettent de démontrer les mécanismes de cette zoonose », en particulier pas de détermination de l'hôte (animal) intermédiaire.

L'idée de manipulations en laboratoire conduisant à l'hypothèse de l'accident que la précédente enquête avait déclaré « extrêmement improbable », ménageant ainsi la Chine mais aussi de multiples intérêts⁶⁶ est donc revenue au premier plan à la suite des recherches et déclarations des scientifiques et du travail mené dans le cadre du projet DRASTIC⁶⁷. Plusieurs constatations y conduisent à commencer par la présence à Wuhan de laboratoires où sont étudiés depuis des dizaines d'années les coronavirus, deux d'entre eux se consacrant notamment à la recherche de virus capables de franchir la barrière entre l'animal et l'homme. Or, malgré des protocoles bien établis, un accident n'est jamais à exclure⁶⁸ notamment si le niveau de sécurité dans les laboratoires n'était pas optimal : le Directeur de l'OMS reconnaissait que, durant sa carrière d'immunologiste dans un laboratoire, il avait lui-même « fait des erreurs ». Par ailleurs, selon DRASTIC, des travaux étaient en cours, à Wuhan, en 2019, à proximité de sites sensibles. Dès lors « les risques d'accident [de laboratoire] étaient élevés », avec un laboratoire en opération manipulant des virus pathogènes, à côté d'un site en pleine construction et, le tout près d'une usine fabriquant des vaccins. Seules de nouvelles investigations en Chine, menées dans l'urgence, permettraient d'examiner les anticorps présents chez des animaux et des personnes potentiellement contaminées avant décembre 2019 avant qu'ils ne disparaissent avec le temps.

Malgré l'opposition de la Chine, l'OMS, a donc chargé des experts, agissant à titre personnel, constituant le « groupe consultatif scientifique sur les origines des nouveaux agents pathogènes » (SAGO), de conduire à nouveau une « évaluation indépendante » pour enquêter sur les nouveaux agents pathogènes et se pencher à nouveau sur l'origine du Covid-19. Après un appel à candidatures, l'OMS a sélectionné 26 experts sur 700, puis

⁶⁶ Voir sur ce point l'enquête très circonstanciée publiée sur <https://ici.radio-canada.ca/recit-numerique/3088/covid-19-recherche-origine-virus>.

⁶⁷ Un collectif pluridisciplinaire d'experts menant des recherches indépendantes sur les origines de l'épidémie de Covid-19.

⁶⁸ En 2004, le virus responsable de l'épidémie de Sras s'était d'ailleurs échappé de l'Institut de virologie de Pékin, classé P3, comme le rappelait France info en mars 2021.

« conformément aux procédures de l'organisation, une période de consultation publique de deux semaines a été ouverte pour que l'OMS reçoive des commentaires sur les propositions de membres du SAGO et mette en place les modalités de la première réunion »⁶⁹.

Le SAGO a tenu celle-ci⁷⁰, essentiellement procédurale, le 23 novembre 2021, au cours de laquelle ont été désignés sa présidente (Dr Marietjie Venter d'Afrique du Sud) et son vice-président (Dr Jean-Claude Manuguerra de France). Le groupe a convenu de se concentrer sur l'étude de l'émergence de nouveaux agents pathogènes et d'entreprendre une évaluation de la compréhension actuelle des origines du Sras-CoV-2, qui cause le Covid-19. Sur ce dernier point, il a été mandaté par l'OMS pour fournir à son secrétariat une évaluation indépendante de toutes les découvertes scientifiques et techniques disponibles sur les origines du Sras-CoV-2, pour le conseiller sur le développement, le suivi et le soutien de la prochaine série d'études sur les origines du Sras-CoV-2, et sur des études supplémentaires si nécessaire et pour fournir des conseils et un soutien supplémentaires à l'OMS, pour la participation à de futures missions internationales sur les origines du SRAS-CoV-2 ou d'autres agents pathogènes émergents. Conformément aux procédures établies par l'OMS pour les groupes d'experts consultatifs, les réunions du SAGO ne seront pas publiques, l'organisation fournissant des mises à jour sur leurs travaux, le cas échéant.

II.2.2. L'accès équitable aux vaccins en question

L'Accélérateur ACT est un partenariat entre des gouvernements, des scientifiques, des entreprises, la société civile des organismes philanthropiques et des organisations intergouvernementales comme l'OMS et la Banque mondiale. Il a pour objectif d'accélérer la mise au point et la production de diagnostics, de traitements et de vaccins contre le Covid-19⁷¹. Un de ses volets est le système COVAX mis en place au début de la pandémie et avant l'arrivée de vaccins efficaces, pour tenter de garantir un accès équitable du monde entier aux vaccins. L'Accélérateur ACT dispose d'un Conseil de facilitation, officiellement mis en place le 10 septembre 2020 et actuellement présidé par la Norvège et l'Afrique du sud. Il en assure le leadership politique, avec pour principal objectif de mieux faire comprendre la nécessité de l'instrument et d'assurer la promotion de son action afin d'obtenir des soutiens politiques et des moyens de financements.

En octobre 2021, l'Accélérateur ACT pouvait faire valoir des résultats significatifs. Plus de 245 millions de doses de vaccin avaient été livrées à 144 pays et territoires grâce au volet COVAX. Le coût des tests rapides pour le Covid-19 a été divisé par deux, un transfert de technologie a eu lieu vers les pays à revenu faible ou intermédiaire, et plus de 128 millions de tests ont été livrés par l'intermédiaire du consortium *Produits de diagnostic*. Les approvisionnements essentiels en oxygène, équipements de protection individuelle et traitements se sont accélérés, grâce à l'achat anticipé de 3 millions de doses de dexaméthasone et à une aide de plus de 4 milliards de dollars des États-Unis de la part du dispositif de riposte au Covid-19 (C19RM) du Fonds mondial. Pour distribuer les produits de santé à tous ceux qui devaient en bénéficier, l'Accélérateur ACT a également contribué à la mise en place d'une filière de développement concernant les outils de lutte contre le Covid-19, en investissant dans des domaines comme la recherche, la mise au point de produits, les autorisations réglementaires, les essais cliniques et la structuration du marché.

⁶⁹ Certains experts sélectionnés ont déjà participé à la mission scientifique conjointe OMS-Chine sur les origines du Covid, comme la Néerlandaise Marion Koopmans et le Vietnamien Hung Nguyen.

⁷⁰ <https://toute-la.veille-acteurs-sante.fr/184732/premiere-reunion-du-groupe-consultatif-scientifique-sur-les-origines-des-nouveaux-agents-pathogenes-sago-communique/>, 24 novembre 2021.

⁷¹ L'Accélérateur ACT a ainsi quatre axes de travail : « produits de diagnostics », « traitements », « vaccins » et « connecteur des systèmes de santé », L. Balmond, cette Chronique, PSEI n° 16, 2021.

Le nouveau plan stratégique de l'Accélérateur ACT publié le 28 octobre 2021 a pour objectif de lutter contre « les inégalités rampantes dans la lutte contre la Covid-19 à l'échelle mondiale ». Il expose les mesures urgentes destinées à combler les lacunes observées dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en matière d'accès aux tests, traitements, vaccins et équipements de protection individuelle dans le cadre de la pandémie. Suivant les conclusions de l'examen stratégique dont il fait l'objet, il doit adopter une approche plus ciblée sur les lacunes en matière d'accès dans les pays mal desservis, en assurant la livraison de vaccins, de traitements, de tests et d'équipements de protection individuelle là où les besoins sont les plus importants. Un financement intégral du nouveau plan stratégique devrait permettre à l'Accélérateur ACT d'appuyer les objectifs de vaccination des 91 États aux revenus les plus faibles bénéficiant du système COVAX, en garantissant la livraison de doses en nombre suffisant et en apportant un soutien aux campagnes de vaccination⁷², d'aider les 144 États appartenant au consortium *Produits de diagnostic* à atteindre un taux de dépistage minimum d'au moins une personne sur 1000 chaque jour, de faire en sorte que les 120 millions de patients Covid-19 dans les pays à revenu faible ou intermédiaire aient accès aux traitements existants et émergents, y compris à l'oxygène médical ; enfin, d'assurer la sécurité des 2,7 millions d'agents de santé des États à revenu faible ou intermédiaire grâce aux équipements de protection individuelle.

Les besoins de financement qui résulte de ce plan s'élèvent à 23,4 milliards de dollars pour la période octobre 2021/septembre 2022, selon la ventilation suivante : 7 milliards de dollars pour les produits de diagnostic ; 7 milliards pour les vaccins ; 3,5 milliards pour les traitements et 5,9 milliards pour le Connecteur pour les systèmes de santé et la riposte. Ces montants sont à mettre en rapport avec les pertes économiques provoquées par la pandémie et avec le coût des plans de relance nécessaires pour sortir de la crise. Le financement intégral de l'Accélérateur ACT est donc un impératif économique mais également une exigence de solidarité à l'égard des États à revenu faible qui représentent 0,4 % des tests et 0,5 % des vaccins réalisés alors que ces pays forment 9 % de la population mondiale. Comme le soulignait M.C.Bildt, Représentant spécial de l'OMS auprès de l'Accélérateur ACT, « Cela fait vingt-deux mois que la pandémie a éclaté et les inégalités face au Covid sont massives ».

La dimension financière apparaît donc une fois de plus centrale dans la riposte à la pandémie mais l'approche utilisée s'avère toujours aussi incertaine. Les appels de fonds ont des origines multiples, les engagements des États résultent aussi bien de décisions unilatérales que de simples prises de position dans les grands forums internationaux, la concrétisation des engagements reste aléatoire, enfin le financement de la riposte à la pandémie doit parfois composer avec l'aide à la seule vaccination. On rappellera en effet que l'OMS avait sollicité dès le 2 février 2022 un financement d'urgence de la part des États riches de 16 milliards de dollars pour la lutte contre le Covid, le Sommet du G7 de juin 2022 apparaissant comme « la dernière grande occasion de répondre aux besoins de financement restant de l'Accélérateur ACT ». Or, les membres du G7, le 13 juin⁷³, après avoir affirmé leur volonté de mettre fin à la pandémie par la distribution de vaccins, ont convenu de redistribuer un milliard de doses d'ici la fin 2022 pour combler le retard d'immunisation dans les pays pauvres et favoriser une reprise plus égalitaire. On est cependant très loin des 11 milliards de doses minimum réclamés par l'OMS et les ONG. Entre-temps, lors du Deuxième Sommet mondial sur le Covid-19 tenu en mai 2022⁷⁴ de nouveaux engagements

⁷² Pour parvenir à une couverture de 43 % dans les pays bénéficiant du système de garantie, ce qui permettra d'atteindre la cible fixée : une couverture vaccinale de 70 % dans tous les pays d'ici à la fin 2022.

⁷³ Agence France Presse, TV5 Monde, 13 juin 2021.

⁷⁴ <https://www.latribune.fr>, 13 mai 2022.

ont été pris pour un montant d'environ 1 milliard de dollars qui venaient s'ajouter aux engagements pris lors du sommet du système de garantie de marché du COVAX et à des promesses individuelles notamment de l'Allemagne et de la Norvège afin de lancer le deuxième cycle budgétaire.

Destiné à assurer la distribution équitable des doses de vaccins contre le Covid-19, COVAX a célébré le milliard de doses acheminées dans le monde⁷⁵. Mais le dispositif avait été lancé avec un objectif beaucoup plus ambitieux (distribution de 2 milliards de doses de vaccins avant la fin de l'année 2021) qui n'a pu être atteint du fait de l'achat massif de doses par les pays à hauts revenus et de leur partage inégal, de nouvelles vagues de contamination et des blocages récurrents dans les chaînes d'approvisionnement logistique. Aussi, dès janvier 2022, le programme COVAX a lancé un appel à contributions pour fournir 600 millions de doses de vaccins contre le Covid-19⁷⁶, quelques jours après avoir franchi le cap du milliard de doses distribuées.

Dès lors, alors que l'accélération des livraisons de vaccins constitue un incontestable succès⁷⁷, l'écart demeure considérable entre États à revenus faibles et États développés. Or, comme l'exprime le Secrétaire général des Nations Unies, « si nous voulons garantir la vaccination de tous pour mettre fin à cette pandémie, nous devons d'abord injecter de l'équité dans le système ». « L'iniquité en matière de vaccins est le plus grand échec moral de notre époque ». Le 20 mai 2022⁷⁸, COVAX a donc appelé à une action urgente pour supprimer les disparités en matière de vaccination, mais en soulignant des données plus pertinentes du phénomène. Il faut d'abord rappeler que les pays à faibles revenus ont déjà administré des milliards de doses de vaccins grâce, en particulier, à l'amélioration des conditions d'approvisionnement. De leur côté, les États les plus en retard bénéficient depuis janvier 2022 de l'intervention du Partenariat pour la fourniture du vaccin contre le Covid (CoVDP). Cette initiative inter-institutions (OMS, Unicef, Gavi) a pour but de faciliter la distribution des vaccins dans les pays à faible revenu en fournissant en urgence un soutien opérationnel aux 34 États, le plus souvent africains, dont la couverture vaccinale totale était égale ou inférieure à 10 % en janvier 2022⁷⁹. Plus généralement, le CoVDP s'efforce de mobiliser les pouvoirs publics des États où le taux de vaccination est le plus faible pour qu'ils intègrent en priorité la vaccination contre la Covid-19 aux autres interventions en matière de santé⁸⁰.

Il reste néanmoins que seuls 16 % des habitants des États à faible revenu ont reçu une dose unique de vaccin, contre 80 % dans les pays à revenu élevé. Surtout, dans certains pays à faible revenu, les personnes les plus exposées (personnels de santé, personnes âgées et personnes ayant des comorbidités) ne sont pas protégées alors que dans les pays les plus riches, des doses de rappels sont administrées à des jeunes adultes en bonne santé. Ce sont

⁷⁵ <https://www.unicef.fr/article/covax-atteint-le-milliard-de-doses-de-vaccins-acheminees-0> 7 février 2022.

⁷⁶ Y. Bourdillon, « Vaccination des pays pauvres : le programme Covax en quête de 5 milliards de dollars », *Les Echos*, 19 janvier 2022.

⁷⁷ Le nombre de pays dont la couverture est inférieure à 10 % de la population est passé de 34 en janvier 2022 à 18 aujourd'hui. Certains des pays bénéficiant de la garantie de marché du COVAX, notamment le Bhoutan, le Cambodge, le Vietnam, les Maldives, les Îles Fidji et le Bangladesh, ont une couverture vaccinale supérieure à 70 %.

⁷⁸ 20 mai 2022 Déclaration Genève/New York/Oslo.

⁷⁹ Dans le courant du mois d'avril 2022, les trois organisations membres du CoVDP se sont coordonnées pour déboursier en moins de quinze jours un financement d'un montant total de 29 millions de dollars au profit de dix États.

⁸⁰ Par exemple en intégrant la vaccination contre le Covid-19 aux campagnes de vaccination contre la rougeole ou la poliomyélite ou à la distribution de moustiquaires contre le paludisme.

bien ces disparités en particulier qui doivent disparaître. Outre l'amélioration même relative des conditions d'approvisionnements, deux facteurs favorables se présentent pour cela. D'une part, l'accès général aux vaccins s'est amélioré depuis 2 ans et désormais COVAX a plus de doses que nécessaire pour permettre à 91 pays à faible revenu remplissant les conditions pour bénéficier du système de garantie de marché, qui fournit des doses financées par les donateurs, d'atteindre les objectifs visés par l'OMS : protéger 70 % de la population de chaque pays. L'offre mondiale est désormais suffisamment élevée pour parvenir à l'objectif premier d'une vaccination complète et équitable de toutes les populations adultes et adolescentes dans le monde. D'autre part, comme le recommande en particulier le Groupe Stratégique Consultatif d'Experts (SAGE) de l'OMS dans sa feuille de route actualisée de janvier 2022, la priorité doit désormais être donnée à la protection des groupes à risques.

L'enseignement majeur qu'il est possible de tirer de ces évolutions a trait aux incertitudes que soulève encore la gouvernance de la santé publique sur le plan international, malgré un certain nombre de corrections qui doivent être soulignées. On retrouve alors les problèmes de l'OMS qui a vocation, comme le souhaite la très grande majorité de ses États membres, à piloter cette gouvernance mais qui n'en a pas les moyens. Elle est confrontée, tout en y contribuant, à la multiplication des instances intervenant dans le processus de financement et à la nécessité de partenariats dans lesquels elle est en position de faiblesse. Le système en vigueur, si l'on peut le qualifier ainsi, est beaucoup trop éclaté pour être efficace. Si l'Organisation peut ainsi exprimer des choix elle n'a pas la structure et les moyens pour les imposer. Le recours systématique à l'appel aux dons et de manière générale aux financements privés se justifie du fait de la faiblesse des moyens financiers de l'OMS mais il devrait imposer une gouvernance particulièrement exigeante et une transparence totale sur les sommes effectivement encaissées et les dépenses effectivement effectuées. L'annonce habituelle selon laquelle « L'OMS a encore besoin de... » ne peut avoir qu'un effet désastreux si elle ne s'accompagne pas de la possibilité de piloter l'usage des moyens dont elle va bénéficier.

II.2.3. Brevets, vaccins et bien public mondial⁸¹

Près de deux ans de négociations difficiles ont abouti, le 17 juin 2022 à l'OMC à un accord pourtant qualifié de « timide »⁸² : texte de compromis, il reconnaît le droit des pays en développement à accorder, pour une durée de 5 ans, des licences de production de vaccins à des fabricants locaux sans l'autorisation des titulaires des brevets. Les pays en développement « admissibles » pourront donc, eux aussi, produire des vaccins, y compris utilisant la technologie de l'ARN messenger, sans avoir l'autorisation du laboratoire découvreur initial.

Dès octobre 2019, l'Inde et l'Afrique du Sud avaient proposé une dérogation générale aux règles régissant la propriété intellectuelle dans le cadre de la lutte contre la pandémie de Covid-19, proposition soutenue ensuite par une centaine de pays, mais à laquelle l'Union européenne, le Royaume Uni et la Suisse se sont constamment opposés. Si les termes du débat⁸³ animé entre les différents protagonistes sont demeurés plutôt constants, l'évolution d'un certain nombre de positions étatiques et l'action de la Directrice générale de l'OMC ont permis de parvenir à un accord.

Les partisans de l'adoption d'une dérogation générale regroupaient derrière l'Inde et l'Afrique du sud, outre des États, de nombreuses ONG ainsi que des forces politiques,

⁸¹ Voir sur la question le dossier très complet, Covid, vaccins, et droit des brevets, Cahiers droit, science et technologie, <https://journals.openedition.org/cdst/5799#ftn81>, 16/2022.

⁸² Z. Chaffin, « Covid-19 : accord timide sur la levée des brevets à l'OMC », 17 juin 2022.

⁸³ Voir, pour les données du débat, C. Grudler, « Levée des brevets sur les vaccins anti-Covid : solution miracle ou dangereux mirage ? », *Cahiers Droit, Sciences & Technologies*, op. cit., pp. 31-47.

soutiens traditionnels des États en développement, et des représentants du monde de la santé. Pour eux, une solution en ce sens s'imposait pour mettre fin à l'inégalité vaccinale que l'OMS avait précisément chiffrée : au 17 juin 2022, si 60 % de la population mondiale avait reçu une primo-vaccination (deux doses), la situation des États pauvres restait très inéquitable, avec par exemple 17 % de vaccinés en Libye, 8 % au Nigeria ou encore moins de 5 % au Cameroun. La solidarité indispensable face à une pandémie de grande ampleur imposait donc, dans une situation d'urgence, d'écarter les règles de la propriété intellectuelle, et de soustraire les vaccins à la loi du marché, au nom de leur caractère de bien public mondial. Cette qualification était d'autant plus justifiée que les brevets sont issus, outre de la recherche industrielle conduite par les laboratoires pharmaceutiques, à long terme, de dizaines d'années de recherches universitaires, à court terme, d'aides publiques massives pour permettre d'obtenir très rapidement des vaccins contre le Covid-19. Dès lors, il y a une contradiction entre l'exigence de solidarité et l'accroissement du coût des vaccins des monopoles pharmaceutiques du fait des brevets. La situation de monopole conduit en effet à un surcoût qui a frappé tous les pays y compris les États développés⁸⁴. La levée des brevets aurait donc pour conséquence de faciliter la production et la distribution des vaccins, de « casser » leur prix et d'augmenter ainsi fortement l'offre mondiale. La nécessité d'une telle augmentation justifierait d'ailleurs que cette solution s'applique également aux traitements et aux produits de santé liés à la lutte contre le Covid-19.

Au contraire, parmi les adversaires de l'adoption d'une dérogation générale, on retrouve sans surprise, aux côtés de certains États, l'industrie pharmaceutique. Les arguments avancés sont de deux types, aussi bien de principe que factuels. L'argument de principe a trait au sens et à la portée du droit de propriété intellectuelle, destiné à garantir la propriété mais également l'innovation et la créativité des entreprises : pour l'Allemagne, la protection de la propriété intellectuelle est une source d'innovation et doit le rester. Cet argument est partagé avec d'autres États comme la Suisse, le Royaume uni et le Japon. Il en va de même de l'argument factuel selon lequel les droits de propriété intellectuelle ne sont pas le véritable obstacle de l'élargissement de l'accès aux vaccins mais plutôt la capacité de production et les exigences de qualité propres à leur fabrication. Ce fut aussi, dans un premier temps la position de la France⁸⁵ et c'est toujours celle de l'Union européenne.

Les industries pharmaceutiques reprennent en les développant les arguments des États auxquels elles sont, par ailleurs, très liées. Si l'inutilité (existence désormais de capacités de production suffisantes pour assurer une vaccination mondiale si les questions d'approvisionnement sont réglées), voire la nocivité (risques pour la sécurité des vaccins et pour l'approvisionnement en matière première), sont invoquées, les arguments économiques pèsent également de tout leur poids et notamment la crainte d'un précédent. Face à une crise provoquant une urgence sanitaire, les autorités publiques pourraient, suivant l'exemple du Covid, décréter la levée des brevets sur les médicaments. Le système du droit des brevets serait ainsi menacé mais surtout, les entreprises pharmaceutiques n'obtiendraient plus une rémunération suffisante et donc ne seraient plus incitées à investir pour poursuivre leurs efforts de recherche et développement. On peut toutefois noter que certains États favorables à la levée des brevets sont capables de produire des vaccins sûrs et que des solutions juridiques, sans aller jusqu'à l'expropriation, existent qui permettent aussi de garantir aux industries pharmaceutiques une juste rémunération. La question de la tension sur les

⁸⁴ Voir en ce sens le rapport de la People's Vaccine Alliance « Les monopoles pharmaceutiques sur les brevets font artificiellement gonfler le prix des vaccins », Oxfam France, communiqué de presse, 29 juillet 2021.

⁸⁵ Selon le Président de la République française, le « goulot d'étranglement » se situe dans le transfert de technologie et de la mobilisation des capacités de production et bien qu'il ait soutenu auparavant la thèse du vaccin « bien public mondial ».

matières premières doit être précisée : le système n'est pas destiné en effet à déclencher une course aux matières premières et à créer éventuellement des excédents, mais à assurer une juste répartition de l'offre de vaccins à un prix accessible en élargissant le nombre de producteurs et en évitant le bon vouloir des donateurs. Enfin, l'argument selon lequel le nombre de doses de vaccins, disponibles aujourd'hui, dépasse les besoins est tout à fait recevable s'il repose sur une perception commune de ce que sont ces besoins en fonction de toutes une série de critères décisifs tels les classes d'âge, les populations à risque ou non etc.

Les protagonistes au débat ont longtemps campé sur leurs positions inconciliables jusqu'à ce que décision prise par les États-Unis contribue à débloquer la situation⁸⁶. Le 5 mai 2021, le président des États-Unis s'est en effet prononcé en faveur de la levée des brevets sur les vaccins contre la Covid-19⁸⁷ entraînant le changement de l'attitude française dès le 28 juin 2021, Selon le président de la République, « les brevets ne doivent être en rien un frein » à l'administration du vaccin aux populations. Il a ainsi adhéré à la proposition de l'Afrique du Sud et de l'Inde consistant en une levée des règles de propriété intellectuelle sur tous les vaccins Covid le temps de la crise, considérant qu'« en aucun cas la propriété intellectuelle ne peut et ne doit faire obstacle au transfert de technologie ». Ces prises de position ont favorisé la recherche de solutions de compromis, notamment de la part de la Commission européenne d'autant que celle-ci, hostile à la levée des brevets, s'est trouvée en opposition avec le Parlement européen. Le 10 juin 2021, il adoptait en effet une résolution favorable à la levée des brevets sur les vaccins contre le Covid, estimant que « la levée temporaire des obligations internationales en matière de protection de la propriété intellectuelle pour les médicaments, les dispositifs médicaux et autres technologies de la santé utiles contre la Covid-19 est l'une des mesures importantes pour parvenir à un accès équitable aux vaccins au niveau mondial. » De son côté, le Conseil de l'Union européenne, dans ses conclusions sur le rôle de la propriété intellectuelle dans la lutte contre la pandémie de Covid-19, s'est montré plus prudent, renvoyant aux négociations engagées dans le cadre de l'OMC.

Seule cette organisation pouvait en effet apporter une solution multilatérale au différend et sa nouvelle Directrice générale s'y est employée⁸⁸. Elle disposait en définitive de deux propositions : celle de l'Afrique du sud et de l'Inde jugée « absurde » par la Suisse, le Royaume-Uni, mais aussi la Fédération internationale de l'industrie du médicament (FIIM), alors que les fabricants de vaccins aux États-Unis, en Europe, en Chine et en Inde ont augmenté la production de manière exponentielle ; celle de l'Union européenne préconisant une simplification de la technique des « licences volontaires »⁸⁹. C'est toutefois un accord entre les quatre principaux acteurs, l'Inde, l'Afrique du sud, les États-Unis et l'Union européenne qui a permis de s'accorder sur un dispositif auquel la Chine et la Russie ne seront pas éligibles⁹⁰. Le compromis a été finalement obtenu le 17 juin 2022, 20 mois et

⁸⁶ R. Hiault, « Vaccins : l'OMC échoue à suspendre les brevets, les États-Unis ouvrent une brèche », *Les Echos*, 5 mai 2021.

⁸⁷ Selon K. Tai, représentante pour le commerce des États-Unis, « les circonstances extraordinaires de la pandémie de Covid-19 appellent des mesures extraordinaires » « L'Administration croit fermement en la protection de la propriété intellectuelle, mais au service de la fin de cette pandémie, elle soutient la renonciation à ces protections pour les vaccins Covid-19 ».

⁸⁸ « OMC : mobilisation pour accélérer l'accès aux vaccins », 29 novembre 2021, <https://www.letemps.ch/economie/omc-mobilisation-acceler-laccs-aux-vaccins>.

⁸⁹ Sur le modèle du contrat signé entre AstraZeneca et le Serum Institute of India pour produire des doses de vaccins pour le marché indien.

⁹⁰ R. Hiault, « L'Inde, l'Afrique du sud, les États-Unis, l'Union européenne devraient annoncer un accord politique visant à faciliter la fabrication de vaccins anti Covid-19 par les pays en développement », *Les Echos*, 16 mars 2022.

6 jours après le début des négociations mais, naturellement, il ne satisfait personne. Beaucoup plus restreint que la proposition de l'Afrique du sud et de l'Inde, il reconnaît le droit de certains pays en développement (uniquement ceux qui ont reçu moins de 10 % des exportations mondiales de vaccins Covid-19 en 2021) à accorder des licences de production à des fabricants locaux sans l'autorisation des titulaires des brevets, mais uniquement pour les vaccins, et pour une période limitée de cinq ans. Les tests et traitements thérapeutiques, qui constituent pourtant également des outils essentiels de lutte contre le virus, sont pour l'instant exclus. Leur examen se fera par les États membres de l'OMC, « au plus tard », dans six mois. Si l'Organisation Mondiale du Commerce et l'Union européenne se sont félicitées de cette mesure exceptionnelle de levée temporaire des brevets dans le domaine pharmaceutique, les ONG, comme l'industrie pharmaceutique, se sont montrées particulièrement critiques. Que ce soit *Médecins sans frontières*, *Oxfam*, *Action Santé Mondiale*, ou *le Secours catholique*, toutes dénoncent un « accord de façade »⁹¹ qui ne constitue pas la mise en commun des droits de propriété intellectuelle, dont le monde a besoin puisqu'il ne bénéficiera pas à l'ensemble des États et ne portera pas sur tous les outils de lutte anti-covid. L'arrivée des vaccins de nouvelle génération conduira aux mêmes inégalités dans leur distribution : « les pays les plus riches se serviront en premier et les autres n'auront que des miettes ». « Comme par le passé avec la crise du VIH/sida, les intérêts commerciaux d'une poignée de laboratoires pharmaceutiques et de pays riches ont une nouvelle fois primé sur le droit fondamental à la santé ». De leur côté, percevant l'accord comme une décision de l'OMC leur imposant une levée des brevets pendant 5 ans⁹², les industries pharmaceutiques⁹³ ont, elles aussi, vivement réagi, soulignant l'actuelle surproduction mondiale de vaccins contre le Covid et le précédent dangereux que cela constitue pour la propriété intellectuelle. Cette mesure intervient alors que *Moderna* a renoncé, en mars 2022, au brevet de son vaccin dans 92 États à revenus faibles ou intermédiaires et que *Pfizer-BioNtech* s'est engagé en mai 2022 à vendre à prix coûtant ses vaccins et médicaments brevetés à 45 pays pauvres.

Il est sans doute prématuré de poser sur la portée de cet accord un avis définitif alors que, d'un côté, le *Leem* déplore qu'il fragilise à la fois la propriété intellectuelle dans tous les domaines ainsi que la santé publique⁹⁴, alors que la Suisse, de l'autre, juge qu'il ne menace pas la « pharma suisse »⁹⁵. Les arguments échangés suggèrent néanmoins quelques observations. On constatera d'abord que les chiffres, pourtant essentiels, sont incertains et sujets à interprétation, tant, dans le domaine de la santé aussi, ils sont devenus politiques. L'accord conclu dans le cadre de l'OMC serait inutile car les quantités de vaccins nécessaires sont disponibles. Comme on l'a souligné, encore faut-il s'accorder sur le nombre de doses et de rappel qu'il est jugé éventuellement nécessaire de distribuer et d'effectuer. Cette appréciation est variable en fonction notamment de critères de santé publique, d'âge, de vulnérabilité des personnes etc. Il reste qu'une fois ces ajustements nécessaires pris en compte, dans la perspective qui est apparemment partagée par tous, d'une vaccination aussi universelle que possible, toutes les personnes devraient donc avoir droit aux doses de vaccin que leur situation exige. Les besoins chiffrés s'avèrent dès lors très différents entre

⁹¹ Very bad TRIPS à l'OMC, <https://www.medecinsdumonde.org/actualite/very-bad-trips-a-lomc/> 17 juin 2022.

⁹² M. Chauvot, « Vaccins Covid : l'OMC impose à l'industrie pharmaceutique une levée des brevets », *Les Echos*, 17 juin 2022.

⁹³ Par l'intermédiaire notamment de la Fédération Internationale des Industries Pharmaceutiques (FIIM) ou du syndicat LEEM (Les entreprises du médicament).

⁹⁴ « Le Leem déplore un accord qui fragilise la propriété intellectuelle et la santé publique », *biotechnoinfo.fr*, 20 juin 2022.

⁹⁵ *Le Temps*, 17 juin 2022.

les deux doses qui permettent de dire qu'une population est vaccinée et les 4 doses recommandées désormais en France pour les personnes dites « à risque ». Comment justifier un tel écart s'il n'était pas comblé ? Serait-ce à dire que certaines populations ne nécessitent pas de rappel de vaccination ou au contraire que dans les pays développés, il existerait des vaccinations superflues ?

Le facteur temps doit également être pris en considération. On a pu se féliciter à juste titre de la rapidité avec laquelle les groupes pharmaceutiques ont été capables de produire et de commercialiser des vaccins fiables. Il était évidemment inévitable que tous les êtres humains ne puissent bénéficier des vaccins de manière simultanée, voire dans des délais rapprochés. Il reste cependant que l'écart entre les niveaux de vaccination, dû notamment à des stratégies commerciales agressives des États riches sur le marché des vaccins, n'est toujours pas comblé et qu'il ne le sera peut-être pas si les exigences augmentent dans les pays développés du fait de l'apparition des variants.

Plus généralement enfin, si les notions de « santé mondiale », et de « santé pour tous » semblent faire désormais consensus, il est difficile de ne pas s'interroger sur l'implication que cela doit avoir sur l'existence de biens publics mondiaux dans le domaine de la santé. Cela devrait exiger qu'un certain nombre de régimes juridiques soient ajustés, si les circonstances l'exigent c'est-à-dire face à une urgence sanitaire mondiale. Dans une telle situation, il semble admissible qu'une levée temporaire de l'accès aux brevets sur les vaccins puisse être décidée, ce qui permettrait aux pays en développement de fabriquer leurs propres vaccins et d'augmenter considérablement leur approvisionnement sans pour cela que les fabricants soient expropriés de leurs droits. Ils devraient toujours être équitablement rémunérés⁹⁶.

II.2.4. Une transparence limitée dans la riposte à la pandémie

Si l'on considère que selon les chiffres de *Our World Data*, le coronavirus avait fait 6,37 millions de morts dans le monde au 19 juillet 2022, qu'il va, selon *Les Echos*, coûter 7 000 milliards de dollars à l'économie mondiale, et selon le ministre des comptes publics, entre 170 et 200 milliards d'euros à la France pour les années 2021-2022, l'exigence de la plus grande transparence devrait être évidente quant aux conditions dans lesquelles il a été répondu à la pandémie. Cela présenterait plusieurs intérêts : évaluer exactement l'action conduite par les différents acteurs pour améliorer la riposte lors de crises futures ; justifier d'une utilisation de l'argent public pour des sommes qui devront être finalement prises en charge par les contribuables ; enfin, vérifier si l'action a été conduite dans des conditions respectueuses de la légalité mais aussi de l'éthique. Ce dernier point est essentiel car il est de nature à contribuer à la confiance de la population sans laquelle l'efficacité d'une politique sanitaire, quelle qu'elle soit, est illusoire. La question de la vaccination a cristallisé en effet une crise de confiance : la vaccination ne doit-elle pas être rejetée pour la seule raison qu'elle a pour seul but d'enrichir les grands groupes pharmaceutiques dont la puissance s'impose aux pouvoirs publics d'autant plus qu'ils ont avec eux partie liée ? La transparence est au cœur de la réponse, qu'elle porte sur la dimension financière de la lutte contre la pandémie, sur les conditions de la prise de décision, et sur le respect de l'éthique qui devrait la commander.

Sur le plan financier, les grands groupes pharmaceutiques ont contribué à la transparence par la publication des résultats obtenus pour l'exercice 2020-2021. Mais, si les chiffres sont éloquentes, ils alimentent la suspicion : quelques exemples fournis par *Le Temps*

⁹⁶ Voir en ce sens, les analyses du groupe de personnalités de haut niveau (anciens chefs d'État et de gouvernement) et scientifiques (lauréats de prix Nobel) qui ont invité les candidats à la Chancellerie en Allemagne à se prononcer en faveur d'une levée des brevets sur les traitements et vaccins contre la Covid-19.

qui titrait, le 30 mars 2022, « *BioNTech* devient multimilliardaire grâce au Covid »⁹⁷, le prouvent. En effet, le laboratoire allemand à l'origine du premier vaccin à ARN messager a vu son chiffre d'affaires passer, de 2020 à 2021, de 482 millions à 19 milliards de dollars et ses bénéfices de 15 millions à 10 milliards de dollars. De même la société *Moderna* a annoncé, pour 2021, un chiffre d'affaires de 18,5 milliards de dollars, dont 17,7 milliards liés à la vente de 807 millions de doses de vaccins. Déficitaire depuis sa création en 2010 jusqu'en 2020, *Moderna* a dégagé un bénéfice net de 12,2 milliards de dollars en 2021. Enfin le bénéfice net de la société *Pfizer* a plus que doublé à 22 milliards de dollars, la vente des vaccins ARN messager ayant généré un chiffre d'affaires de 36,8 milliards de dollars. L'action *Pfizer*, à 28 dollars en mars 2020 se trouvait à 53 dollars à la fin de l'année 2021. Le mouvement ainsi décrit à travers quelques illustrations ne devrait pas s'interrompre en 2022, la croissance du marché mondial de vaccins pourrait être de 29 % et atteindre ainsi 84,9 milliards de dollars en 2022.

À l'occasion de la publication de leurs résultats, les dirigeants des grands groupes pharmaceutiques ont fait état de la rapidité de leur réaction face à la crise mais ont aussi annoncé vouloir « s'appuyer sur ce succès pour rapidement avancer sur plusieurs programmes de recherche »⁹⁸. *BioNTech* compte ainsi investir entre 1,4 et 1,5 milliard de dollars dans la recherche et le développement cette année, soit 50 % de plus qu'en 2021 sur des vaccins contre le paludisme, le zona, la tuberculose et certains cancers. Le message délivré est clair : seuls des bénéfices conséquents permettent de mener des recherches pouvant offrir de nouveaux produits pour la santé. Il reste que les politiques menées fonctionnent davantage au service de *BigPharma* qui veut maximiser les profits qu'au service des populations. « La pharma doit faire des profits, mais pas des méga-profits », ce qui se justifie d'autant plus que l'intervention de financements publics a joué également un rôle considérable dans les résultats obtenus. Malheureusement sur ce point, la transparence est plus relative. On néglige trop souvent, d'abord, le fait que les recherches qui ont abouti en 2021 n'ont été possibles que par des travaux réalisés en amont, souvent au sein d'institutions publiques. Certes difficiles à chiffrer, ce qui semble d'ailleurs rarement tenté, ces financements ne sauraient être négligés dans le contexte d'une négociation qui, plus que sanitaire, s'est avérée commerciale. Ensuite, deux types d'apports publics sont distingués : le premier concerne le financement du développement du vaccin qui permet d'accélérer la recherche ; le second, les précommandes afin de partager les risques financiers en payant par avance les doses de vaccins. Quant au financement de la recherche, seuls les États-Unis⁹⁹ ont apporté une réponse immédiate à la mesure de l'urgence avec l'opération « *Warp speed* », décidée par le président Trump, en finançant à hauteur de 11 milliards de dollars la recherche et le développement et l'achat de doses. Les candidats-vaccins jugés les plus prometteurs ont été sélectionnés et soutenus à hauteur de 450 millions de dollars pour *Johnson & Johnson* et 500 millions de dollars pour *Moderna*. Par contre, les États les plus riches sont tous intervenus pour précommander des vaccins, le plus souvent en ordre dispersé (par exemple, les États-Unis, le Canada, Israël, le Royaume-Uni) avant que, pour les

⁹⁷ *Le Temps*, 30 mars 2022, s'appuyant sur les chiffres publiés par les entreprises. <https://www.letemps.ch/economie/biontech-devient-multimilliardaire-grace-covid>. Les profits et les conditions de ces profits, 30 mars 2022.

⁹⁸ Pour *Moderna* par exemple, de nouveaux vaccins contre la grippe ou des thérapies pour le cancer.

⁹⁹ Même s'il est certain que la Chine et à un degré bien moindre la Russie ont sans doute consenti des efforts importants de recherche-développement, voir sur la question, E. Dubois de Prisque, « L'industrie chinoise du médicament : un coûteux et dangereux miracle », et E. Berg, « L'industrie pharmaceutique russe innove », *Revue Conflits, Géopolitique de la santé : vaccins, médicaments, Big Pharma*, NS n° 12, juin 2021, pp. 66-69 et pp. 75-78.

États membres de l'Union européenne, la Commission assure, dans un second temps, des précommandes groupées.

Ainsi, le processus n'exprimait-il pas une grande solidarité entre les États et notamment à l'égard des plus pauvres, d'autant plus que des interrogations sont apparues sur le coût réel des vaccins sur lequel les ONG et notamment Oxfam se sont très tôt mobilisées. Selon une enquête réalisée dans le cadre de la *People's Vaccine Alliance* dont Oxfam est membre¹⁰⁰, l'analyse des techniques de production des principaux vaccins de type ARN messenger produits par *Pfizer/BioNTech* et *Moderna* suggère que le coût réel de production de ces vaccins serait en réalité de 1,20 \$ la dose mais les monopoles des vaccins les rendent au moins 5 fois plus cher. Ainsi, par exemple, la France aurait payé 4,6 milliards d'euros de plus et l'Union européenne près de 31 milliards d'euros. Il en résulte que le marché est déséquilibré au détriment des pays pauvres qui ne peuvent s'aligner sur les prix proposés. La vérification du bien-fondé de cette critique majeure est ainsi apparue indispensable et pour cela, concernant l'Union européenne, elle exigeait la publication des contrats d'acquisition des vaccins passés entre la Commission européenne et les groupes pharmaceutiques. Le Parlement européen, le Médiateur européen et les ONG se sont mobilisés en ce sens au nom du principe de transparence, sans grand succès jusqu'à présent puisque « L'affaire de la transparence des vaccins n'est toujours pas close malgré l'affirmation de la Commission européenne¹⁰¹. Les députés européens qui, dès septembre 2020, demandaient de pouvoir consulter les contrats passés au nom des 27 États membres par la Commission avec les groupes pharmaceutiques ont enfin obtenu gain de cause le 12 janvier 2021. Mais les conditions matérielles (consultation à tour de rôle, sans téléphone ni autre possibilité de photocopier, pendant 45 minutes, de documents dont de nombreux passages ont été expurgés) n'ont permis aux parlementaires qu'une parodie d'examen et confirmé que la Commission avait cédé aux exigences de l'industrie pharmaceutique : « une confidentialité quasi totale sur les aides accordées pour la recherche et sur le coût des achats de vaccins contre le Covid-19 »¹⁰². L'ONG *Corporate Europe Observatory* (CEO) n'a eu guère plus de succès dans ses demandes successives d'accès à l'information, adressées à la Commission. Celle-ci a répondu avec retard et de manière incomplète au point que l'ONG a sollicité la Médiatrice européenne qui s'est heurtée également à la mauvaise volonté de l'exécutif européen, justifiant une nouvelle plainte de CEO et en janvier 2022 la réouverture de son enquête sur les manquements de la Commission à divulguer ces documents. Si l'ONG a reçu désormais la plupart des documents sollicités, ils sont eux aussi considérablement expurgés. En réalité, la rétention de l'information sur le sujet par la Commission est, si l'on peut dire, une position de principe. En témoigne, la décision du 12 juillet 2022 de la Médiatrice européenne dans l'affaire 1316/2021 MIG portant sur une plainte contre l'exécutif bruxellois refusant l'accès au public des SMS¹⁰³ échangés entre la présidente de la Commission et le PDG de *Moderna* concernant l'achat d'un vaccin Covid-19¹⁰⁴. L'enquête a révélé que, selon la Commission, les SMS ne relèvent pas de ses critères internes d'enregistrement dans son

¹⁰⁰ A. Marriott et A. Maitland, « The Great Vaccine Robbery, Pharmaceutical corporations charge excessive prices for COVID-19 vaccines while rich countries block faster and cheaper route to global vaccination ».

¹⁰¹ Corporate Europe Observatory, 30 juin 2022.

¹⁰² E. Guéguen, « Achats européens des vaccins : un secret très bien gardé », Cellule investigation de Radio France, 19 février 2021.

¹⁰³ En avril 2021, un article du New York Times mentionnait les faits selon lesquels la présidente de la Commission et le PDG d'une entreprise pharmaceutique avaient échangé des textes liés à l'achat de vaccins contre la COVID-19.

¹⁰⁴ Affaire 1316/2021/MIG – ouverte le jeudi 16 septembre 2021 - Recommandation 26 janvier 2022 – Décision le mardi 12 juillet 2022 – Institution concernée, Commission européenne (Mauvaise administration constatée).

registre de documents, en raison de leur contenu « éphémère » : elle n'avait donc identifié aucun message-texte relevant de la demande. La médiatrice a estimé qu'il s'agissait d'un cas de « mauvaise administration » et recommandé à la Commission de rechercher à nouveau les messages texte pertinents, sans la limiter aux documents enregistrés ou aux documents qui remplissent ses critères d'enregistrement. Il lui appartenait ensuite d'évaluer si, pour les messages identifiés l'accès public pouvait être accordé. Le silence de la Commission a conduit la Médiatrice à confirmer sa conclusion de « mauvaise administration ».

Cette affaire est particulièrement grave à un triple point de vue. Le comportement de l'exécutif européen traduit la volonté de faire obstacle à la transparence sur un sujet aux implications politiques et financières considérables. La Médiatrice, avec beaucoup de tact, a souligné que cette affaire laissait « l'impression regrettable d'une institution de l'UE qui ne coopère pas sur des questions d'intérêt public importantes. » « L'accès du public aux messages textuels liés au travail est un nouveau domaine pour l'administration de l'UE qui doit être apporté de manière matérielle et en toute bonne foi. Ce n'est pas une façon pour la Commission d'aborder la question de la transparence au XXI^e siècle ». Elle avertit par là même sur un comportement qui constitue « un signal d'alarme pour toutes les institutions de l'Union quant à l'obligation de rendre les comptes à l'ère de la messagerie instantanée »¹⁰⁵. Pour autant, alors qu'il soulève des interrogations juridiques et éthiques, il ne semble pas, sans même évoquer d'éventuelles sanctions, avoir entraîné une réaction de la part des instances politiques des États membres de nature à soutenir l'exigence de transparence. Faut-il s'interroger sur la portée de l'état de droit au sein de l'Union ? Ne faut-il pas aussi apprécier à sa juste mesure « les tactiques de lobbying » conduites par les multinationales pharmaceutiques auprès des institutions européennes.

La question du lobbying à Bruxelles est récurrente, pour des raisons objectives résultant de la « montée en puissance de l'Union européenne comme centre de réglementation et de décision économique et politique »¹⁰⁶. Cette activité¹⁰⁷ a vu se multiplier le nombre des acteurs qui s'y livrent puisque le chiffre officiel des inscrits au Registre officiel de transparence de la Commission (ci-après le Registre) dépasse les 12 000 en 2022. Il s'agit principalement d'organismes privés à but lucratif mais également d'ONG, qui préfèrent qualifier leur activité de « plaidoyer »¹⁰⁸, et de « *think tank* ». La force de frappe¹⁰⁹ du lobby pharmaceutique à Bruxelles, qui apparaît à la lecture du Registre, est impressionnante. Elle s'appuie sur les entreprises pharmaceutiques elles-mêmes, sur les fédérations d'entreprises, notamment par secteurs comme l'EFPIA (Fédération européenne des industries et associations pharmaceutiques), ainsi que sur les cabinets de consultants qui vendent des services de lobbying aux entreprises et aux fédérations. De plus, leurs interventions peuvent se superposer, la fédération et le cabinet de conseil venant en appui de l'action de l'entreprise¹¹⁰. Le Registre fait également apparaître un montant total des dépenses annuelles de lobbying de l'UE par les grands groupes pharmaceutiques de 36 millions

¹⁰⁵ Médiatrice de l'Union européenne, communiqué de presse, n° 4/2022, 14 juillet 2022.

¹⁰⁶ J. Comte, « Le lobbying à Bruxelles : des activités multiples, une transparence insuffisante », *Questions Internationales, Les démocraties à l'épreuve*, n° 113/114, mai-août 2022, p. 139.

¹⁰⁷ Définie par l'Union européenne comme « les activités exercées par les représentants d'intérêts dans le but d'influencer l'élaboration ou la mise en œuvre des politiques ou de la législation, ou les processus décisionnels des institutions, organes et organismes de l'union ».

¹⁰⁸ Voir par exemple supra le cas de *Corporate Europe Observatory*.

¹⁰⁹ <https://corporateeurope.org/en/2021/05/big-pharmas-lobbying-firepower-brussels-least-eu36-million-year-and-likely-far-more>

¹¹⁰ J. Comte, *op. cit.*, p. 141.

d'euros par an¹¹¹, chiffres toujours jugés sous-estimés, le Registre étant considéré comme « inapte à la pandémie ». Il devrait toutefois être révisé en 2022, en obligeant notamment les groupes de réflexion à divulguer leurs sources de financement.

La pandémie de Covid-19 a eu pour effet de « doper »¹¹² encore les actions de lobbying sur le plan européen¹¹³ pour deux raisons. D'une part, l'enjeu économique représenté par la commercialisation des produits sanitaires liés à la pandémie et notamment les vaccins est colossal. D'autre part, cet enjeu était menacé par la revendication d'une mise à l'écart des droits de brevets dont disposent les grandes entreprises pharmaceutiques sur ces produits au nom de leur qualité de biens communs. En juin 2021, une « féroce bataille de lobbying » opposant tous les protagonistes s'est donc déroulée à Bruxelles, le poids de l'Union européenne étant décisif dans la négociation sur les droits des brevets à l'OMC : les groupes pharmaceutiques parviendraient-ils à faire maintenir la position de l'Union européenne favorable à la défense des droits sur les brevets ? Les ONG parviendraient-elles à convaincre l'exécutif européen que les vaccins sont un bien commun et donc à accepter la levée des droits sur les brevets ? Le compromis obtenu, on l'a vu, n'a pas fait apparaître un vainqueur, suscitant les critiques aussi bien du lobby pharmaceutique que des ONG. Il reste que depuis 2020, Pfizer a dépensé plus de 25 millions de dollars pour le « lobbying interne » et les paiements à 19 sociétés de lobbying¹¹⁴.

Le phénomène précédemment décrit apparaît ainsi paradoxal. Il est, dans son principe, légal et il fait l'objet d'un régime de déclaration plus ou moins contraignant selon que l'on se trouve aux États-Unis ou devant l'Union européenne. L'obligation de déclaration assure ainsi un degré relatif de transparence qui peut toujours être amélioré mais l'encadrement juridique s'arrête là. Le lobbying européen ne connaît pas de véritable régulation, encore moins de contrainte juridique¹¹⁵. Les sanctions sont rares et faibles, le plus souvent l'exclusion temporaire du Registre, très éventuellement, des amendes. Mais surtout, le rapport du lobbying à la décision politique n'est pas apprécié à sa juste mesure : son processus et son impact sont désormais bien documentés mais quid de leurs conséquences sur la légalité et la légitimité des mesures qu'ils ont pour finalité d'influencer ? Ces mesures émanent-elles effectivement des décideurs publics compétents pour les adopter ou de décideurs privés, sans titres pour cela ? Dans ce dernier cas, leur valeur juridique peut-elle être contestée ? Sans avoir la prétention de répondre à ce questionnement, on notera cependant que le phénomène produit une conséquence indiscutable : la perte de confiance dans des autorités, jugées victimes ou complices de groupes d'intérêts dont la puissance leur échappe¹¹⁶.

Cette perte de confiance est encore aggravée par le fait que le lobbying peut basculer éventuellement, pour les agents publics au contact des groupes privés, vers le conflit d'intérêts et *in fine* vers la corruption. Le phénomène existe bien sûr aussi au plan national et sa régulation, en France par exemple, est devenue progressivement plus contraignante.

¹¹¹ Puissance de feu du lobbying de Big Pharma à Bruxelles : au moins 36 millions d'euros par an (et probablement bien plus) Corporate Europe Observatory, 31.05.2021.

¹¹² <https://www.novethic.fr/actualite/gouvernance-dentreprise/lobbying/isr-rse/la-crise-du-covid-19-a-dope-le-lobbying-selon-des-ong-qui-demandent-plus-d-encadrement-des-pratiques-148638.html>

¹¹³ Même s'il faut considérer que pour la même période le lobbying sur le plan national a été lui aussi intense, aux États-Unis mais également dans tous les États développés.

¹¹⁴ A. Allen, « Comment Pfizer a gagné la pandémie, récoltant des bénéfices et une influence démesurée ». <https://khn.org/news/article/pfizer-pandemic-vaccine-market-paxlovid-outrage-profit-influence/>https://lda.senate.gov/filings/public/filing/search/?registrant=®istrant_country=®istrant_ppb_country=&client=pfizer&client_state=&client_country=&client_ppb_country=&lobbyist=

¹¹⁵ J. Comte, *op. cit.*, pp. 144-145.

¹¹⁶ Dans ce sens, M. Rivasi, Députée européenne Europe Ecologie Les Verts, « Jusqu'où la Commission européenne est-elle compromise avec l'industrie pharma ? », Blog, 31 mars 2021.

Néanmoins, à l'occasion de la pandémie de Covid-19, plusieurs cas de soupçons de conflits d'intérêts ont pu être soulevés dans le cadre de l'Union européenne. Le plus emblématique concerne l'un des sept négociateurs choisis par les États membres pour discuter des contrats d'achats de vaccins avec les industriels, qui se trouvait être l'ancien directeur de l'EFPIA. On peut citer également le cas d'un ancien Premier ministre d'un État membre qui avait critiqué la décision de la Commission de poursuivre *AstraZeneca* pour son incapacité à livrer les vaccins à temps alors qu'il travaillait pour un cabinet de lobbying ayant *AstraZeneca* comme client principal. Ont été cités également les noms de la négociatrice en chef de l'Union sur les contrats et un avocat général de la CJUE participant à un séminaire sur la dérogation à l'accord sur les ADPIC organisé par le *Think Tank Aspen Institute Italy* et *Firminindustria* le groupe de pression de l'industrie pharmaceutique italienne¹¹⁷. Il est bien connu, enfin, que le phénomène est beaucoup plus ample, la cible du lobbying ne se limitant pas, tant s'en faut, aux seuls hauts dirigeants proches de la décision finale mais s'étendant également à l'ensemble des agents publics qui disposent d'une influence sur un dossier, parfois beaucoup plus décisifs¹¹⁸.

Le phénomène est donc très général et il serait trop commode d'ignorer qu'il met « les démocraties à l'épreuve »¹¹⁹. On souscrira sans réserve à l'analyse de Serge Sur¹²⁰ qui rappelle que « l'intérêt général est aussi au fondement de la démocratie mais cet idéal est le plus souvent évanescent. La réalité est celle de la force des lobbies de tout poil. Ils contribuent à un mal qui est peut-être le plus menaçant pour la démocratie, la corruption car elle détruit la confiance des citoyens et développe le complotisme. ». Il appartient au politique, parfois accusé d'avoir démissionné, de reprendre la main s'il en a la volonté. Au plan européen, l'occasion pourrait être fournie au Parlement qui dispose désormais de documents finalement obtenus par le CEO auprès de la Commission. « On peut espérer que les députés européens de la commission spéciale Covid du Parlement européen, (devant lequel on rappellera que la Commission est politiquement responsable) utiliseront ces informations pour faire la lumière sur la manière dont l'UE a répondu à cette épidémie historique¹²¹ ». Il devient en effet toujours plus indispensable, pour lutter contre le complotisme, d'établir la plus grande transparence pour restaurer la confiance. Les citoyens pourront alors se « réapproprier une vision intégrale, incluant non seulement le vaccin mais également des mesures de prévention de long terme ».

II.3. Les acteurs du système de sécurité sanitaire internationale

II.3.1. L'Organisation des Nations Unies

Les résolutions de l'Assemblée Générale du 2 avril 2020 et du 20 avril 2020, adoptées par consensus, ont défini très tôt la position commune des États face à la pandémie de Covid-19. Appuyée par le Secrétaire général, cette démarche a permis de définir une stratégie internationale face à la pandémie. Le Conseil de sécurité, confronté aux difficultés propres à son processus de décision, ne parviendra à se prononcer et encore de manière tardive et

¹¹⁷ Le Président de la CJUE, ayant été saisi par *Corporate Europe Observatory* pour non-respect du code de conduite de la Cour a informé que l'Avocat général avait quitté l'Aspen Institute.

¹¹⁸ Sans compter que, jouant sur la crise sanitaire, d'autres grandes entreprises des secteurs de l'énergie, du transport aérien, mais aussi de la chimie ont activé à cette occasion leur lobbying.

¹¹⁹ *Questions Internationales, Les démocraties à l'épreuve*, n° 113-114, mai-août 2022, pp. 1-128.

¹²⁰ S. Sur, « Démocratie et gouvernements : des couples en tension », *Questions Internationales, Les démocraties à l'épreuve*, op. cit., p. 13.

¹²¹ O. Hoedemans, chercheur au CEO qui a commenté plus de 200 documents que celui-ci a reçu.

limitée qu'avec la résolution 2532 du 1^{er} juillet 2020 qui sera suivie de la résolution 2565 du 26 février 2021. L'ONU confrontée, à une crise à la fois universelle et globale est donc apparue, dans un premier temps, comme le pilote naturel de la riposte à la pandémie de Covid-19¹²². Deux ans après, si, l'OMS a repris sa place de responsable principal des questions de santé publique internationale, l'implication de l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies n'a pas disparu, qu'il s'agisse du Covid-19 ou d'autres questions de santé publique internationales

II.3.1.1. L'Assemblée générale des Nations Unies et les questions de prévention, de préparation et de riposte aux pandémies

La résolution 76/257 adoptée le 29 mars 2022 par l'Assemblée générale a pour objet de « saisir les plus hautes instances politiques des questions de prévention, de préparation et de riposte face aux pandémies ». Texte stratégique, elle s'inscrit notamment dans la suite de la résolution 74/270 du 2 avril 2020¹²³, première réponse de l'Assemblée générale face à la pandémie. Elle renouvelle l'appel à la mise en œuvre des principes qui doivent, selon elle, fonder la riposte tout en les actualisant à la lumière des événements des deux années écoulées. La nécessité d'une collaboration et d'une coordination internationales globales de toutes les parties, publiques ou privées, face aux pandémies est ainsi rappelée. Elle doit en particulier se manifester dans les discussions destinées à adopter un instrument international contraignant sur la prévention, la préparation et la riposte aux pandémies, en faveur du renforcement des moyens de mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) et dans « les relations entre les États membres et les milieux médicaux et scientifiques ainsi qu'avec les réseaux de laboratoires ». L'Assemblée générale demande aux États membres de donner la priorité à la prévention, dans leurs programmes nationaux, dans le plein respect des droits humains et d'adopter une stratégie axée sur la société tout entière, afin de mettre en place une couverture sanitaire universelle centrée sur les soins de santé primaires, « composantes essentielles du renforcement des mécanismes de préparation et de réponse aux futures urgences sanitaires ». Cela passe donc par le renforcement des systèmes de santé nationaux fournissant à tous des services essentiels de qualité et abordables, ce qui suppose de former, perfectionner et conserver un personnel de santé qualifié. Les États membres sont également « engagés vivement » à verser des contributions qui assurent à l'OMS un « financement durable, adéquat et prévisible » lui permettant de s'acquitter de ses fonctions essentielles. Pour autant, ils doivent également chercher des moyens pour mobiliser des fonds supplémentaires pour une réponse rapide en cas d'urgence de santé publique de portée internationale. Enfin, la résolution réaffirme et soutien le compromis sur les brevets de vaccins obtenu à l'OMC¹²⁴ de l'OMC tel que modifié et également la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, selon lequel « les droits de propriété intellectuelle doivent être interprétés et mis en œuvre de manière à préserver le droit des États Membres de protéger la santé publique et, en particulier, de favoriser l'accès de tous aux médicaments ».

¹²² Cette chronique, Paix et Sécurité Européenne et Internationale, n° 16, 2021.

¹²³ « Solidarité mondiale dans la lutte contre la maladie à Coronavirus 2019 ». Elle a été complétée par la résolution 74/274 « Coopération internationale visant à assurer l'accès mondial aux médicaments, aux vaccins, et au matériel médical pour faire face à la Covid-19 », A/74/274 du 20 avril 2020.

¹²⁴ Plus précisément « l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les ADPIC) ».

II.3.1.2. L'Assemblée Générale, (Ileme Commission) : les effets de la pandémie de Covid-19 sur les droits humains, AG/SHC/4340, 18 novembre 2021

La Troisième Commission chargée des questions sociales, humanitaires et culturelles a conclu sa session 2021 en adoptant, entre autres, trois textes qui traitent des effets de la pandémie de Covid-19 sur les droits humains. Elle a adopté par 171 voix pour et les abstentions de l'Arménie, de l'Australie, des États-Unis, d'Israël, du Japon, de la République de Corée et du Royaume-Uni, une résolution appelant à « garantir à tous les pays un accès équitable, rapide et universel, à un coût abordable, aux vaccins mis au point pour lutter contre la pandémie de Covid-19 ». Elle demandait notamment d'accélérer la fourniture de 550 millions de doses supplémentaires de vaccins au Mécanisme COVAX avant la fin du mois de décembre 2021 et à tous les États de s'abstenir de prendre toute mesure économique, financière ou commerciale susceptible de nuire à l'accès équitable, juste, rapide et universel à un coût abordable, aux vaccins contre la Covid-19, en particulier dans les pays en développement. Les États-Unis ont justifié leur abstention en estimant que l'ONU devait respecter les négociations commerciales, tandis que la Chine a déclaré appuyer les exonérations de revenus de la propriété intellectuelle. Le Saint-Siège de son côté a regretté qu'en dépit du Mécanisme COVAX, de très nombreuses personnes, en particulier dans le monde en développement, restent dans « une sorte de marginalité pharmaceutique ». On notera que la prise de position ferme de l'Assemblée générale n'a pas été inutile et a pu avoir éventuellement pour effet de faire évoluer les positions même si le résultat n'a cependant pas été un plein succès¹²⁵. C'est par consensus, par contre, qu'a été adoptée la résolution sur les « politiques et programmes de développement social inclusif pour lutter contre le sans-abrisme, notamment à la suite de la pandémie de Covid-19 ». Le texte affirme que l'accès à un logement stable, sûr et adéquat, à un coût abordable est « un droit humain à un niveau de vie suffisant », et insiste sur l'accessibilité des services de soins de santé pour les personnes sans-abri qui sont souvent exposées au risque de contracter le Covid-19. C'est également sans vote que les États ont adopté la résolution demandant d'appliquer la Déclaration sur le droit et la responsabilité des individus, groupes et organes de la société, de promouvoir et protéger les droits de l'homme et les libertés fondamentales universellement reconnus en créant un environnement sûr et favorable pour les défenseurs des droits de l'homme et en assurant leur protection, notamment dans le contexte de la pandémie de Covid-19 et du relèvement après la pandémie.

Dans le domaine sanitaire, l'Assemblée générale est aussi intervenue entre juillet 2021 et juin 2022 sur un certain nombre de questions touchant de manière plus générale à la santé publique le plus souvent en liaison avec les suites de la pandémie¹²⁶. Tel est le cas de la résolution sur la « Portée, modalités, format et organisation de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle (CSU)¹²⁷. Elle fait suite à la première réunion de haut niveau sur la CSU tenue le 23 septembre 2019, et sur sa déclaration politique « Couverture sanitaire universelle : œuvrer ensemble pour un monde en meilleure santé ». Celle-ci réaffirmait la nécessité d'intensifier les efforts pour bâtir un monde plus sain pour tous et pour mettre en place une CSU d'ici à 2030 afin de permettre à tous de « mener une vie saine et de connaître le bien-être tout au long de sa vie ». Cet engagement est complété par ceux qui ont déjà été pris par les chefs d'États et de gouvernement, d'une part dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030, visant à ce que chacun bénéficie d'une CSU, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs,

¹²⁵ Voir supra.

¹²⁶ AG/12396, 76^e session, 52^e et 53^e séance plénière.

¹²⁷ A/RES/75/315, 17 août 2021, AG/12353.

efficaces, de qualité et d'un coût abordable, d'autre part dans le Programme d'action d'Addis-Abeba issu de la troisième Conférence internationale sur le financement du développement dans lequel les chefs d'État et de gouvernement ont appuyé la recherche-développement en matière de vaccins et de médicaments, ainsi que les mesures préventives et les traitements des maladies transmissibles et non transmissibles, surtout celles qui touchent les pays en développement de façon disproportionnée.

La résolution considère que la santé est à la fois « un préalable, un résultat et un indicateur des trois dimensions économique, sociale et environnementale, du développement durable » et qu'en dépit des progrès accomplis, des obstacles à la santé mondiale subsistent, y compris d'importants facteurs de vulnérabilité et d'inégalité dans chaque État, région et groupe de population et aussi entre États. Avant même la pandémie de Covid-19, au moins la moitié de la population mondiale n'avait pas accès aux services de santé essentiels et chaque année, près de 100 millions de personnes basculaient dans la pauvreté en raison des dépenses de santé directes. La pandémie a aggravé la situation, mettant en évidence les vulnérabilités des systèmes de santé, avec des effets disproportionnés sur les plus pauvres vulnérables et remettant en cause les gains réalisés en matière de santé et de développement. La réalisation des objectifs de développement durable et la mise en place d'une CSU se trouvent donc remises en cause, rendant plus nécessaire encore la réunion de haut niveau prévue pour procéder à l'examen complet de l'application de la déclaration afin d'identifier les lacunes existantes et les solutions envisageables pour y remédier. La réunion de haut niveau se tiendra donc au siège de l'Organisation des Nations Unies en 2023 à l'occasion de sa soixante-dix-huitième session et se déroulera autour d'une séance plénière et de deux tables rondes multipartites en marge de la séance plénière. La présidence pourra inviter des membres de la société civile à s'exprimer lors des tables rondes. Au terme d'un processus de négociations intergouvernementales, il appartiendra aux participants d'approuver une « déclaration politique concise et pragmatique », faisant consensus. Jusqu'à juin 2023, la présidence devra organiser une « concertation interactive » à laquelle pourront participer toutes les parties prenantes.

II.3.1.3. Résolution A/RES/75/328 du 16 septembre 2021, AG/12359 sur la lutte contre le paludisme

La lutte contre le paludisme demeure un enjeu majeur de santé publique internationale et à ce titre, elle fait l'objet d'une attention constante¹²⁸. Elle figure notamment, comme la lutte contre le VIH-SIDA et contre la tuberculose, parmi les objectifs du développement durable arrêtés au niveau international. La période 2001-2010 a été proclamée « Décennie pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement et en Afrique » et les États membres des Nations Unies ont marqué leur détermination à l'éliminer d'ici 2030.

Sur le plan financier d'abord, la résolution 75/328 souligne qu'il est nécessaire d'« optimiser de toute urgence » le financement de la santé en général et de la lutte antipaludique pour améliorer les résultats et l'efficacité des programmes. Le montant des contributions devra augmenter sensiblement pour atteindre les cibles de la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030 (ci-après « La Stratégie »). Le montant alloué à ce titre devra passer de 3,1 milliards de dollars par an en 2017 à 8,7 milliards de dollars par an d'ici à 2030. Ce soutien financier doit encore être accru grâce à des sources multilatérales, bilatérales et privées et à l'orientation des mécanismes internes de financement des soins de santé vers le renforcement des systèmes de santé et la promotion d'un accès universel et équitable à des services de prévention, de dépistage et de traitement de qualité. Dans ce

¹²⁸ 74/305 du 11 septembre 2020 et toutes ses résolutions antérieures relatives à la lutte contre le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique.

contexte, les initiatives de financement innovantes adoptées par des groupes d'États Membres, comme la Facilité internationale d'achat de médicaments (UNITAID), la Facilité internationale de financement pour la vaccination, et les activités du Groupe pilote sur les financements innovants pour le développement notamment en matière de santé sont appelées à jouer un rôle important.

Plus globalement, il appartient à la Communauté internationale à travers les organismes des Nations Unies et les fondations privées de soutenir la mise en œuvre de la Stratégie, notamment en s'appuyant sur un partenariat spécifique, le Partenariat RBM qui fournit un cadre mondial pour la coordination de la lutte contre le paludisme. Le *RBM Partnership to End Malaria* est un partenariat public-privé offrant une plateforme neutre favorisant le consensus afin de développer des solutions aux problèmes de mise en œuvre des interventions et stratégies de lutte antipaludique. Il s'efforce d'obtenir un fort engagement politique et de maintenir le paludisme au centre de l'attention mondiale en soutenant et en harmonisant les initiatives lancées par ses partenaires, notamment l'OMS, la Banque mondiale et l'Unicef. Il incombe également à la Communauté internationale de renforcer et de rendre prévisible et durable l'assistance multilatérale et la recherche en faveur de la lutte antipaludique en aidant les États à mettre en œuvre des plans nationaux de santé et d'assainissement reposant sur des mesures peu coûteuses de gestion de l'environnement adaptées au milieu et sur le développement des systèmes de santé au niveau local.

De leur côté, les États Membres doivent prendre les mesures nécessaires pour gérer efficacement le recrutement, la formation et la rétention du personnel qualifié nécessaire pour couvrir les besoins techniques et opérationnels des programmes de lutte antipaludique. Mais la résolution insiste également sur l'importance des stratégies de proximité, les premiers soins étant le plus souvent prodigués dans le cadre de la famille. Les États Membres sont invités à s'appuyer sur les systèmes communautaires de lutte contre le paludisme, à mettre en place des services axés sur l'être humain et à généraliser le traitement de proximité en déployant des agents de santé locaux, afin d'atteindre les populations des régions difficiles d'accès. Cela suppose aussi une collaboration étroite avec les dirigeants locaux, les organisations non gouvernementales, les agents de santé et les bénévoles.

Dans le domaine des médicaments, les États Membres auront à promouvoir un accès aux médicaments et à des soins médicaux d'un coût abordable ce qui joue un rôle déterminant dans l'exercice du droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. La question de la lutte contre le paludisme est en partie renouvelée par l'apparition de souches de paludisme résistantes aux médicaments et aux insecticides dans plusieurs régions du monde. L'OMS est donc invitée à aider les États Membres à élaborer leurs stratégies nationales de gestion de la résistance aux insecticides et à coordonner l'aide accordée aux pays au niveau international pour veiller à ce que les essais de médicaments et d'insecticides soient menés à leur terme.

Enfin, la résolution souligne que l'interprétation du droit du commerce international conforme à l'approche d'une santé publique mondiale doit s'appuyer sur l'Accord sur les ADIC mais également sur la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, et sur l'amendement à l'article 31 de l'Accord, entré en vigueur en 2017 et qui prévoit des assouplissements aux dispositions de l'Accord pour la protection de la santé publique et, en particulier, l'accès universel aux médicaments.

II.3.2. L'Organisation Mondiale de la Santé

II.3.2.1. Aspects institutionnels

Première Assemblée de la Santé tenue en présentiel depuis le début de la pandémie de Covid-19, elle est parvenue à des avancées significatives sur un certain nombre de dossiers majeurs. Outre la réélection du Directeur général, elles concernent le financement de

l'Organisation et le renforcement du Règlement Sanitaire International. Il reste à espérer qu'elles seront suivies d'effets.

11.3.2.1.1. L'élection du Directeur général de l'OMS

Le premier dossier sensible portait sur l'élection du Directeur général. Pour contribuer à atteindre les objectifs fixés par la 75^e Assemblée mondiale de la santé, les 194 États membres ont choisi, sans surprise¹²⁹, de reconduire le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, seul candidat, dans les fonctions de Directeur général de l'OMS. Le processus d'élection a débuté en avril 2021 : les États Membres ont soumis des propositions de candidats au poste de Directeur général. Avec pour date butoir le 23 septembre 2021. Les membres du Conseil exécutif de l'OMS ont formellement validé sa candidature mardi 25 janvier 2022, après lui avoir fait passer un grand oral, lors d'un vote à bulletin secret et à huis clos. La proposition du Conseil exécutif a été entérinée par l'Assemblée Mondiale de la Santé le 24 mai 2022 dans un vote à bulletin secret à l'issue duquel il a obtenu 155 voix pour contre 5. Il a été réélu pour un mandat de cinq ans.

Son premier mandat n'a pas été exempt de difficultés. Ses relations avec les États-Unis de D. Trump ont été compliquées. Sa gestion de la crise du Covid-19 a été, dans un premier temps, critiquée pour sa complaisance, à l'égard de la Chine qui l'attaque désormais pour sa plus grande fermeté à son égard. Il lui a été aussi reproché une réaction trop lente sur le scandale d'exploitation sexuelle dont ont été accusés des employés de l'organisation et, plus généralement, le peu d'efficacité de ses appels, notamment financiers. C'était toutefois sur ce dernier point ignorer l'étendue limitée de ses pouvoirs. Avec l'évolution de la position des États-Unis, son « recentrage par rapport à la Chine » et son investissement dans la lutte contre la pandémie, En interne, des responsables de l'organisation ont déploré le style autoritaire du directeur général et dénoncé le climat de « peur » qui y règne¹³⁰. Paradoxalement, la principale opposition est venue de l'Éthiopie, son pays. Ses commentaires sur la situation humanitaire au Tigré, dont il est lui-même originaire, ont conduit, le 13 janvier 2022, le gouvernement éthiopien à demander l'ouverture d'une enquête pour « forfaiture » à son encontre.

Devant l'Assemblée mondiale, le Directeur général réélu a exposé les priorités de son second mandat : mettre les soins primaires au cœur de la couverture santé universelle, assurer la préparation et la réponse aux urgences, développer les outils permettant de mieux prévenir et guérir et enfin promouvoir l'amélioration constante de l'OMS. Si la représentante des États-Unis, lui a rappelé qu'« il reste encore beaucoup à faire pour moderniser l'OMS pour qu'elle soit beaucoup plus efficace et réactive », l'Assemblée générale lui a néanmoins apporté un soutien particulier sur le plan budgétaire.

11.3.2.1.2. L'augmentation des ressources de l'OMS

En effet, la question des ressources de l'OMS était assurément la plus importante et la plus sensible. Les données du problème sont bien connues. D'une part, ses moyens financiers sont ridiculement bas eu égard à ses missions : « son budget équivaut à celui d'un gros hôpital universitaire de province ». D'autre part, ils proviennent de deux sources principales : la première est constituée par les contributions des États membres (environ 20 % du budget) mises en recouvrement, ces derniers payant en leur qualité d'États membres un pourcentage de leur PIB calculé sur la richesse. Ces ressources sont essentielles car elles sont prévisibles, naturellement libres d'usage et garantissent un niveau de

¹²⁹ S. Bussard, 28 mai 2021 <https://www.heidi.news/sante-alimentation/seul-en-lice-tedros-ghebreyesus-devrait-rester-a-la-tete-de-l-oms>.

¹³⁰ <https://www.letemps.ch/monde/patron-loms-critique-leadership>

financement public multilatéral. La seconde repose sur des contributions volontaires qui proviennent des États membres en plus de leur quote-part mais surtout d'organisations intergouvernementales, de fondations philanthropiques et du secteur privé (environ 80 % du budget). Les contributions volontaires de base (environ 4 % des contributions volontaires) sont libres d'usage pour l'OMS. Par contre, les contributions volontaires spécifiées (plus de 90 %) sont affectées à des objectifs et/ou à des zones géographiques identifiés à l'égard desquels l'Organisation est liée. Les chiffres parlent alors d'eux-mêmes : l'essentiel des financements de l'OMS résulte de contributions volontaires spécifiées parmi lesquelles celle du secteur privé, philanthropique ou non, sont très largement majoritaires. On doit en conclure que l'essentiel des actions couvertes par l'OMS n'expriment qu'imparfaitement sa propre stratégie et donc que ce qui devrait être une politique publique internationale de la santé est en réalité privatisée¹³¹. Le tout conduit à un résultat particulièrement critiquable puisque l'OMS ne peut assumer faute de moyens les objectifs que ses États membres se fixent et, simultanément, doit assumer ceux de partenaires sur lesquels elle n'a pas de véritable contrôle.

La 75^e Assemblée mondiale apporte un début de réponse à ces problèmes même s'il reste encore beaucoup à faire. Les progrès résultent de l'adoption d'une décision visant à améliorer le modèle de financement de l'OMS, faisant suite aux travaux du Groupe de travail sur le financement durable créé par le Conseil exécutif de l'OMS le 25 janvier 2021. Ouvert à tous les États membres et astreint à une obligation de résultat dans des délais limités, le Groupe, présidé par M. B. Kümmel (Allemagne) devait permettre à l'OMS de disposer de structures et capacités solides indispensables pour remplir ses fonctions fondamentales définies dans la Constitution. Qualifiée peut-être hâtivement d'« historique », la résolution, qui reprend l'intégralité des recommandations présentées par le Groupe, vise une augmentation progressive par les États membres de leurs contributions fixées pour atteindre 50 % (contre 16 % dans le dernier exercice biennal 2020-2021) dans le cycle du budget de base de l'OMS, d'ici le cycle budgétaire 2030-2031 au plus tard. L'augmentation des contributions fixées se ferait progressivement à partir du budget 2024-2025 de l'OMS, avec une augmentation proposée de 20 % par rapport aux contributions fixées dans le budget 2022-2023. D'ici 2028-2029, les ressources durables et prévisibles de l'Organisation devraient ainsi augmenter d'environ 600 millions de dollars par an. Cela renforcera la position de l'OMS en diminuant sa dépendance financière mais s'avère également judicieux sur le plan économique pour les investisseurs. Il est prévu par ailleurs d'étudier la faisabilité d'un mécanisme de reconstitution des fonds pour élargir la base de financement. Enfin, l'augmentation des contributions des États membres devra s'inscrire dans le cadre plus général d'une réforme de la gouvernance de l'OMS portant sur la transparence, la responsabilité et la conformité¹³², pilotée par un Groupe de travail des États membres collaborant avec le Secrétariat.

L'enthousiasme doit cependant être modéré¹³³. L'OMS face aux tâches qui sont les siennes reste financièrement très sous équipée. Si le budget total augmentera de 13 %, il ne s'élèvera qu'à 4,9 milliards de dollars pour les deux ans à venir, là où le budget annuel des hôpitaux de Paris se monte à 7,8 milliards d'euros. Avec ces moyens, l'OMS, qui n'a pas de vocation « clinique » doit néanmoins pouvoir soutenir les systèmes nationaux, organiser la réponse aux urgences sanitaires, développer la prévention au plan international etc. ce qui semble

¹³¹ Voir les alertes répétées entre autres, de D. Kerouedan sur ce phénomène, *Annuaire Ramses 2021*, pp. 40-45 et *Annuaire Ramses 2022*, pp. 48-53.

¹³² Les États-Unis avaient directement lié cette exigence à une éventuelle augmentation des contributions.

¹³³ A. Sénéquier, « OMS : une nouvelle Assemblée mondiale de la santé au rendez-vous des défis sanitaires mondiaux ? », 3 juin 2022.

illusoire. L'indépendance de l'Organisation passe donc par la poursuite de l'augmentation des contributions des États membres mais ce processus connaît naturellement des limites. Le rôle des organismes privés assurant des financements demeure donc indispensable mais, dans la logique de la réforme engagée, il apparaît nécessaire désormais de revoir les méthodes de coopération qui les associent à l'OMS. Le partenariat public-privé tel qu'il fonctionne a conduit en pratique à privatiser son action. La plus grande partie des ressources émanent d'organismes qui s'affichent comme philanthropiques mais qui n'ignorent pas pour autant la logique économique. La philanthropie pourrait se manifester plus simplement dans le soutien aux politiques de santé publique établies par la seule OMS, avec l'obligation pour celle-ci d'afficher l'origine des fonds et de rendre des comptes sur leur utilisation, conformément à l'exigence de transparence dont l'importance est sans cesse rappelée.

11.3.2.1.3. La modification du Règlement Sanitaire International (2005)

Sur le plan institutionnel également, l'Assemblée mondiale devait envisager l'évolution du Règlement sanitaire international (RSI), dont le fonctionnement a été très décrié au début de la crise du Covid-19. Elle a pu s'appuyer sur le rapport final du Groupe de travail sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires présenté par le Directeur général¹³⁴. Selon le Groupe, il est nécessaire d'éviter tout double emploi, fragmentation et manque de transparence quant au rôle joué par l'OMS dans l'architecture sanitaire mondiale face aux situations d'urgence et aux pandémies. Elle doit continuer d'assumer un rôle moteur et de coordination, en particulier pour l'établissement de normes et critères. Dans ce cadre, le RSI est une des armes principales de l'OMS et doit pour cela être modernisé et sa mise en œuvre et son respect renforcés. Sur cette base, les États membres ont adopté deux décisions. La première met en place une procédure pour traiter les futurs amendements au RSI qui devront être « limités et ciblés, sans aller à l'encontre d'autres articles du RSI » et « en respectant la souveraineté nationale ». La décision adoptée maintient le Groupe de travail, qui devient le « Groupe de travail sur les amendements au RSI », avec pour objectif leur adoption par consensus à la 77^e Assemblée mondiale de la Santé. Les propositions d'amendements devront être soumises au plus tard le 30 septembre 2022 et le Directeur général constituera au plus tard pour le 1^{er} octobre 2022 un Comité d'examen du RSI chargé de faire des recommandations techniques sur les propositions. Le Groupe convoquera sa réunion d'organisation le 15 novembre au plus tard et agira en coordination régulière avec le processus établi par l'organe intergouvernemental de négociation¹³⁵, tous les deux étant censés jouer des rôles clés en matière de prévention, de préparation et de riposte face aux pandémies à l'avenir. Le Comité d'examen du RSI soumettra son rapport au Directeur général le 15 janvier 2023 au plus tard, qui le renverra à l'organe intergouvernemental. Le Groupe de travail établira un programme d'achèvement des propositions d'amendement pour examen par la 77^e Assemblée mondiale de la Santé. La seconde décision amende le RSI afin de réduire de 24 à 12 mois le délai d'entrée en vigueur de tout amendement futur.

Ces deux initiatives suscitent deux remarques : elles associent des institutions d'expertises mises en place par l'OMS et un organe intergouvernemental de négociation préexistant, permettant d'espérer des mesures à la fois pertinentes et décisives ; elles

¹³⁴ Rapport du Directeur général, « Renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires », A/75/17, 23 mai 2022.

¹³⁵ Il s'agit de l'« organe intergouvernemental de négociation chargé de rédiger et de négocier un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies », voir infra.

montrent la volonté de l'OMS de parvenir à un fonctionnement plus efficace avec un calendrier contraint et des délais limités. Ces pratiques nouvelles de la part de l'Organisation ont néanmoins suscité des réserves de nombreux États, notamment africains, sur deux points. Les États africains considèrent d'abord que le processus de révision ne devrait pas être accéléré et les amendements adoptés à un stade ultérieur avec l'ensemble des réformes destinées à améliorer le fonctionnement de l'OMS dans le cadre d'un « paquet holistique ». Ensuite, les États africains, rejoints par d'autres États (Brésil, Iran, Malaisie, Russie, mais aussi Italie) se sont opposés à un projet proposé par les États-Unis et soutenu par d'autres États comme la France, visant à autoriser le déploiement d'équipes d'experts sur les sites de contamination, la création d'un nouveau comité de conformité pour surveiller l'application des règles, et conférant à l'OMS le droit de déployer des spécialistes dans l'État membre où un risque de pandémie existe et de recommander un protocole sanitaire à adopter. Toutes ces mesures auraient pour but de répondre aux critiques ayant visé l'impossibilité de l'OMS d'adopter des dispositions contraignantes dans les situations d'urgence, éventuellement en les imposant aux États. Le changement serait radical car il permettrait à une organisation internationale d'adopter des mesures obligatoires pour ses membres. C'est alors, selon les États africains, la question du maintien de la souveraineté sanitaire qui serait soulevée et qui a justifié leur opposition à la proposition des États-Unis, le 24 mai. Certains y ont vu, de la part des États africains, une stratégie pour obtenir des concessions sur le partage des vaccins et des médicaments de la part de pays riches taxés d'égoïsme. Considérant que cette réforme donnerait des pouvoirs considérables à l'OMS et à son Directeur général, le président du Brésil, de son côté, a annoncé qu'il ne signera pas ce « traité pandémique », car « la souveraineté nationale n'est pas quelque chose à remettre à l'OMS ni à abandonner au profit d'autres entités, uniquement pour rejoindre un club de nations soi-disant avancées »¹³⁶. Si l'on note que la Russie a proposé son propre projet de réforme, on peut s'attendre, là où le consensus est d'ordinaire de mise, à une négociation difficile pour concilier la souveraineté sanitaire, devenue une revendication générale à la suite de la pandémie de Covid-19 et l'efficacité de l'OMS, très largement souhaitée aussi.

11.3.2.1.4. Vers un traité international pour le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires ?

Le 30 mars 2021, dans le cadre d'un appel initié par le président du Conseil européen et le Directeur général de l'OMS, 25 chefs d'États et de gouvernements avaient convenu de réunir, en novembre 2021, une session extraordinaire de l'Assemblée mondiale de la santé pour se prononcer sur la négociation d'un traité international sur les pandémies, afin de tirer les enseignements de la crise du Covid-19. Cette session extraordinaire, la deuxième depuis la fondation de l'OMS en 1948, a abouti, le 1^{er} décembre 2021, à l'adoption d'une résolution¹³⁷. « Rassembler la communauté internationale : création d'un groupe de négociation intergouvernemental à l'appui du renforcement de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux pandémies ». Cet organe intergouvernemental était chargé d'élaborer et de négocier une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies, en vue de son adoption en application de l'article 19 ou de toute autre disposition de la Constitution de l'OMS que l'organe de négociation jugerait indiquée.

Le Directeur général souhaitait un « engagement fort et pérenne, qui aille au-delà des cycles budgétaires, électoraux et médiatiques, afin de créer un cadre global permettant de

¹³⁶ « Santé : pourquoi l'Afrique s'est opposée à la réforme américaine du RSI », *Le journal de l'Afrique*, 26 mai 2022.

¹³⁷ Décision SSA2(5) du 1^{er} décembre 2021, [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA2/SSA2\(5\)](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA2/SSA2(5)).

relier les mécanismes politiques, financiers et techniques nécessaires pour renforcer la sécurité sanitaire mondiale ». Un tel traité devrait améliorer « le partage, la confiance et la responsabilisation, et [fournir] une assise solide sur laquelle bâtir d'autres mécanismes au service de la sécurité sanitaire mondiale. Le consensus était en réalité plus large, entre les États membres, pour considérer que la gouvernance par l'OMS de la sécurité sanitaire internationale, telle que la pandémie l'avait mise à l'épreuve, devait être améliorée. À vrai dire, l'idée de « réforme » a été omniprésente dans les réunions de l'OMS tout au long de l'année 2021 et comme on l'a vu précédemment, des avancées significatives, parfois contestées, ont vu le jour. La négociation d'un nouveau traité international sur la préparation et la riposte aux pandémies était de nature à permettre à l'Organisation de disposer d'un outil plus global et plus efficace : plus global car il devait tenter de remédier à tous les dysfonctionnements rencontrés ; plus efficace car il devait substituer à des instruments juridiques le plus souvent purement incitatifs, un engagement ayant une portée juridique obligatoire assortie de sanction. Tous les États membres envisageaient-ils pour autant les mêmes perspectives ? D'un côté, les États occidentaux, très critiques à l'égard de la Chine du fait de son défaut de transparence au début de la crise, souhaitent que l'OMS soit dotée d'un pouvoir de décision obligatoire dans un type de situation relevant de l'urgence sanitaire¹³⁸. D'un autre côté, les États en développement, plus méfiants face à un pouvoir de contrainte accordé à une organisation intergouvernementale, souhaitent voir acter dans le traité un certain nombre de principes et de mécanismes de nature à limiter les discriminations subies durant la pandémie de Covid-, par exemple la qualification des vaccins comme bien public mondial. Ces divergences vont sans doute peser sur la négociation d'autant que, par ailleurs, des engagements ont été pris par les États membres lors de la 75^e Assemblée mondiale de nature à réduire le champ d'application du traité envisagé¹³⁹. Quel peut être dès lors, le contenu d'un tel traité ? Un point de consensus existe cependant sur une des finalités d'un nouveau traité sur les pandémies : il doit renforcer les capacités de l'Organisation et améliorer sa gouvernance en évitant la création de nouvelles agences ou de mécanismes parallèles susceptibles d'accroître encore la fragmentation de la structure multilatérale de gouvernance de la santé.

Les États Membres de l'OMS ayant décidé que le recours à un traité international pour préparer sa structure multilatérale à la riposte aux pandémies, est la voie à suivre, sa base juridique naturelle résulte de sa Constitution. L'article 19 habilite en effet l'OMS à proposer des conventions, des règlements et des recommandations concernant les questions de santé internationales, activité normative faisant partie intégrante de sa mission au service de la santé internationale. Cette compétence n'a toutefois été exercée qu'une seule fois avec la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT). Adoptée en mai 2003 à l'unanimité après trois ans de négociations elle est désormais signée par 177 pays. Si ce succès incontestable a démontré la capacité de l'OMS à mettre en place des dispositifs contraignants, le texte a bénéficié toutefois d'un consensus fort, face à une menace à la santé publique internationale clairement identifiée. Il reste, dès lors, aux États membres, à manifester la même volonté politico-juridique alors même que l'Organisation s'est progressivement cantonnée dans la production d'un « droit mou », de nature à faire consensus. La difficulté sera d'autant plus grande que l'identification des domaines sur lesquels portera la négociation n'est pas clairement établie : faut-il envisager un traité institutionnel qui se borne à améliorer la gouvernance de l'OMS en la dotant de moyens juridiques contraignants ? Faut-il de plus adjoindre à cette approche l'inscription dans le traité de

¹³⁸ Au risque d'ailleurs de voir ce pouvoir s'imposer éventuellement à eux.

¹³⁹ Des décisions ont été en effet adoptées concernant les ressources financières de l'OMS et surtout le Règlement Sanitaire International, voir supra.

principes et de règles traitant de questions matérielles de santé publique internationale ? Les décisions prises par la 75^e Assemblée mondiale de la santé sur des questions sensibles comme le financement de l'Organisation ou le régime du RSI doivent-elles s'intégrer et comment dans le nouveau traité ? Le texte peut-il être l'occasion de se prononcer sur le recours à la notion de bien public mondial dans le cadre de la sécurité sanitaire ¹⁴⁰ ?

La négociation du texte apparaît ainsi, pour l'instant très ouverte, d'autant que les propositions de la société civile ne manquent pas. On en voudra pour preuve le projet de Convention proposé par le Centre international de droit comparé de l'environnement ¹⁴¹ le 30 novembre 2021. Ce document, très élaboré (43 articles et des annexes organisant une procédure d'arbitrage et de conciliation) a été réalisé par un centre de recherche spécialisé dans l'environnement ¹⁴² qui inscrit le projet dans l'approche « Une seule santé », et met en évidence les liens entre la santé humaine, la santé animale et l'environnement. On retiendra, sur le plan institutionnel, qu'il s'appuie sur l'instrument éprouvé de la Conférence des États parties (article 25) auquel sont adjoints, outre un secrétariat, un Groupe d'experts internationaux sur les Pandémies et un Comité de mise en œuvre et du respect des obligations. On notera enfin que le périmètre des parties prenantes dans la réalisation du traité demeure incertain. S'agissant d'un traité international, il sera négocié, signé et ratifié par les États mais la Fédération internationale des fabricants et associations pharmaceutiques (IFPMA), qui représente l'industrie pharmaceutique multinationale, a exprimé le souhait que « ...l'industrie biopharmaceutique joue un rôle dans l'élaboration d'un traité international sur les pandémies ».

La première réunion de l'Organe intergouvernemental de négociation pour rédiger et négocier une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation, et la riposte face aux pandémies (ci-après l'« Organe de négociation ») s'est tenue à Genève les 24 février et 14-15 mars 2022 ¹⁴³. À cette occasion ont été élus les deux co-présidents, M. R. Driecé (Pays-Bas) et Mme P. Matsoso (Afrique du Sud) Coprésidents, avec comme Vice-Présidents M.T. da Silva Nunes (Brésil), M. A. Soliman (Égypte), le Dr V. Tangcharoensathien (Thaïlande) et M. K. Taguchi (Japon). Les États Membres ont pris position en faveur d'un « processus transparent, inclusif et efficace placé sous leur direction et qui tienne compte des contributions de diverses parties prenantes, conformément au règlement intérieur applicable et aux résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la Santé, y compris le Cadre de collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques ». Ils ont également souhaité que l'action de l'organe soit en cohérence avec les travaux du Groupe de travail sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires et les amendements éventuels du Règlement sanitaire international (2005).

L'Organe de négociation a repris sa première réunion les 14 et 15 mars 2022. Y ont été invités les États membres, l'ONU et les organisations intergouvernementales avec lesquelles l'OMS a établi des relations effectives, les observateurs habituels et les acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OMS. Des documents ont été mis à la disposition de tous les États membres, portant sur la participation des parties prenantes à l'organe de négociation,

¹⁴⁰ Ce qui sera défendu par les États du sud ; voir sur ce point, G. Velásquez et N. Syam, « Un nouveau traité international de l'OMS sur la préparation et la riposte aux pandémies : pourra-t-il répondre aux besoins des pays du Sud ? », Rapport sur les politiques, South Centre No. 93, Juillet 2021.

¹⁴¹ cidce.or/fr.

¹⁴² Créé en 1982 dans le cadre de l'Université de Limoges, le CIDCE réunit des juristes spécialisés en droit de l'environnement du monde entier. Dirigé par le professeur M. Prieur, il est représenté et accrédité auprès de plusieurs organisations et conventions internationales.

¹⁴³ Rapport de la première réunion de l'« Organe de négociation », A/INB/1/4, 24 février - 14-15 mars 2022.

une proposition concernant le processus visant à identifier les éléments de fond de l'instrument, un calendrier actualisé indiquant les résultats escomptés et un document sur l'organisation d'audiences publiques afin d'éclairer les délibérations de l'organe de négociation. Il appartiendra au Directeur général de l'OMS de convoquer les réunions de l'organe de négociation et d'appuyer ses travaux, notamment en facilitant la participation d'autres parties prenantes dans les limites fixées par l'Organe de négociation.

II.3.2.2. Les activités de l'OMS

L'activité de l'OMS se manifeste par l'adoption d'un grand nombre de mesures dont les plus significatives sont de nature programmatrice. Son action s'appuie également sur la collaboration de partenaires de nature très diverses publics ou privés. Depuis 2022, le traitement de la dimension sanitaire du conflit en Ukraine constitue une part non négligeable de son activité.

II.3.2.2.1. Les stratégies de l'OMS

L'Assemblée Mondiale de la Santé est toujours l'occasion, pour l'OMS, de présenter ou de confirmer des stratégies sanitaires destinées à orienter son action pour les années à venir. Sa 75^e session a particulièrement insisté sur la lutte contre les maladies non transmissibles, mais également sur la situation des soignants et sur la relation entre la santé et la paix.

II.3.2.2.1.1. La lutte contre les maladies non transmissibles (MNT)

La lutte contre les maladies non transmissibles constitue un enjeu majeur pour le XXI^e siècle car sur elle repose toute stratégie réaliste de prévention sanitaire. Leurs liens avec le contexte économique et social rendent toutefois cette action particulièrement difficile. L'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé un grand nombre de recommandations concernant les MNT (cancers, diabète, maladies cardiaques et pulmonaires) mais également la santé mentale et la santé bucco-dentaire ainsi que leurs facteurs de risques (obésité, alcoolisme, tabagisme, malnutrition). Ces recommandations ont pour objectif d'accélérer les progrès pour atteindre les cibles définies à l'échelle mondiale concernant les MNT, grâce à une nouvelle feuille de route concernant les mesures de réduction du nombre de décès qui leur est imputable. Un nouveau plan d'action a également été approuvé dans le cadre du mécanisme mondial de coordination pour la lutte contre les MNT, plateforme qui réunit les principaux acteurs œuvrant à l'amélioration de la situation dans ce domaine. Ces recommandations interviennent avant la quatrième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui se tiendra en 2025.

L'Assemblée a associé, à juste titre, au traitement des MNT, les questions posées par la santé bucco-dentaire et les troubles neurologiques. On estime en effet le nombre de cas de maladies bucco-dentaires dans le monde à plus de 3,5 milliards. Bien qu'évitables, ils n'avaient fait jusque-là l'objet d'aucune stratégie mondiale. Cette lacune a été comblée à l'occasion de la 75^e AMS qui a adopté une Stratégie mondiale sur la santé bucco-dentaire visant la couverture universelle par les services de santé d'ici à 2030 grâce en particulier à l'intégration de la santé bucco-dentaire dans les soins de santé primaires et à l'optimisation des technologies numériques. À partir de cette stratégie sera adopté un plan d'action mondial, fixant un cadre de suivi des progrès accomplis avec des cibles à atteindre d'ici à 2030, qui fera l'objet de discussions lors de la 76^e AMS en 2023. De même, pour améliorer la vie des personnes atteintes de troubles neurologiques, les États ont adopté un nouveau Plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques 2022-2031 (y compris les accidents vasculaires cérébraux, la migraine, la démence et la méningite). L'accès aux services de prise en charge et de soutien est en effet insuffisant surtout dans les pays à faible revenu alors que les troubles neurologiques sont un facteur

important de dépendance et la deuxième cause de décès au niveau mondial. Le plan d'action vise à développer la prévention de ces troubles et à améliorer l'accès des personnes aux soins et aux traitements.

Parmi les MNT, l'Assemblée s'est intéressée plus particulièrement au diabète qui est l'une des dix premières causes de mortalité dans le monde. Les États sont parvenus pour la première fois à adopter un ensemble de recommandations pour lutter contre cette maladie, visant notamment à renforcer et à surveiller les mesures prises au niveau national. Des cibles mondiales ont été définies : ainsi, d'ici à 2030, 80 % des personnes atteintes de diabète devront être diagnostiquées et bien maîtriser leur glycémie ; 100 % de toutes les personnes atteintes de diabète de type 1 devront avoir accès à des traitements à l'insuline et à des dispositifs d'autosurveillance de la glycémie à un prix abordable.

Enfin, la relation nécessaire entre urgence humanitaire et traitement des MNT a été mise en évidence aussi bien par la pandémie de Covid-19 que par le conflit en Ukraine, ces deux circonstances ayant démontré que les personnes vivant avec ces maladies étaient des personnes à risque. Pour faire face à ces situations, les États ont donc approuvé des recommandations ayant pour but la conception et le renforcement de politiques assurant la résilience des systèmes de santé pour prévenir et prendre en charge les MNT, et, plus généralement, avec les partenaires de l'aide humanitaire internationale, de la société civile, du secteur privé et de l'OMS, approuvé des recommandations pour renforcer la préparation et la riposte aux situations d'urgence du point de vue des MNT.

11.3.2.2.1.2. La lutte contre les facteurs de risques favorables au développement des MNT

Traiter les MNT conduit à envisager les facteurs de risques qui en sont la source. Ils sont bien connus mais particulièrement difficiles à maîtriser car relevant aussi de pratiques ou d'habitudes sociales et soumis le plus souvent à des intérêts économiques particulièrement influents.

Le fléau qu'est devenue l'obésité en fournit un bon exemple. Elle touche plus d'un milliard de personnes (650 millions d'adultes, 340 millions d'adolescents et 39 millions d'enfants) et ce nombre ne cesse d'augmenter sur tous les continents¹⁴⁴. L'OMS estime que d'ici 2025, environ 167 millions de personnes – adultes et enfants – seront en moins bonne santé parce qu'elles sont en surpoids ou obèses. Or, l'obésité entraîne une série de maladies non transmissibles, telles que le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension et les accidents vasculaires cérébraux ainsi que diverses formes de cancer et des problèmes de santé mentale. La crise de la covid-19 montre que, face à ce virus, les personnes souffrant d'obésité deviennent des personnes à risques, trois fois plus susceptibles d'être hospitalisées en cas de contamination¹⁴⁵. Or, le phénomène est évitable car ses causes sont pour l'essentiel alimentaires : la sur-consommation, notamment par les enfants, d'aliments et de boissons riches en graisse, en sucre et en sel. La réponse devrait donc être d'en limiter la commercialisation, et de créer un meilleur environnement alimentaire en permettant à toutes les populations d'accéder à une alimentation saine et en les encourageant à l'exercice physique. Toutefois, cet objectif toucherait directement les intérêts des grands groupes des industries alimentaires adossés eux-mêmes à des États puissants. Dès lors, si l'OMS a, depuis longtemps, fait une juste appréciation des causes du phénomène et des solutions pour y remédier, elle est dépourvue de moyens suffisants pour y faire face. Elle a néanmoins adopté de nouvelles recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge de l'obésité à

¹⁴⁴ Longtemps considéré comme un phénomène des pays riches et singulièrement des États-Unis, il a depuis longtemps gagné l'Europe, et désormais l'Afrique et l'Asie.

¹⁴⁵ <https://news.un.org/fr/story/2022/03/1115672>

toutes les étapes de la vie ainsi qu'un ensemble de cibles connexes dans le but de stopper d'ici à 2025 la progression de l'obésité chez l'enfant de moins de 5 ans, l'adolescent et l'adulte et de mettre fin à toutes les formes de malnutrition d'ici à 2030. Les objectifs sont de réduire la consommation de sucres libres à moins de 10 % de l'apport énergétique total chez les adultes et les enfants ; de porter les taux d'allaitement exclusif au sein au cours des six premiers mois de la vie à au moins 70 % et de réduire de 15 % la prévalence mondiale de l'inactivité physique d'ici à 2030.

Les mêmes difficultés rencontrées par l'OMS se retrouvent face à l'alcoolisme. Dans le monde, quelque trois millions de personnes meurent chaque année des suites de l'usage nocif de l'alcool ce qui représente environ 5 % de tous les décès parmi lesquels les jeunes représentent un nombre disproportionné (13,5 % chez les personnes âgées de 20 à 39 ans). Selon l'OMS, la consommation d'alcool est à l'origine de toute une série de problèmes de santé, allant de la dépendance et d'autres troubles comportementaux à des MNT majeures (cirrhose du foie, cancers maladies cardiovasculaires) ainsi qu'à des blessures et des décès résultant de la violence et d'accidents de la route. Dans un nouveau rapport publié le 10 mai 2022, l'OMS a appelé, une fois encore, à une réglementation plus efficace de la commercialisation de l'alcool, en mettant en évidence sa dimension transfrontalière et le rôle joué par les réseaux sociaux, le marketing de l'alcool étant beaucoup moins contrôlé que celui d'autres produits psychoactifs. Il en va de même pour la promotion renforcée, par le développement de la publicité numérique qui s'appuie toujours sur le parrainage des manifestations sportives (cibles également de publicités encourageant des comportements de consommation favorisant l'obésité) et le placement de produits dans des films et des séries diffusés par abonnement, mais qui joue également sur la consommation d'alcool comme moyen d'émancipation auprès de publics ciblés, notamment les enfants et les jeunes. (Selon l'OMS, des études ont montré que le fait de commencer à boire de l'alcool à un jeune âge est un facteur prédictif d'une consommation dangereuse au début de l'âge adulte et au-delà). Sur ce chantier considérable, les acteurs, et notamment l'OMS, ne sont pas demeurés inactifs mais le rythme d'élaboration et de mise en œuvre de politiques relatives à l'alcool a été lent et inégal dans les États membres et les moyens que l'Organisation a pu y consacrer insuffisants. Au-delà de mesures qui existent parfois dans certains États mais qui sont trop faibles et s'érodent avec le temps, le rapport recommande donc que des restrictions ou des interdictions globales de la commercialisation de l'alcool, y compris de ses aspects transfrontaliers, soient intégrées dans les stratégies de santé publique. Les États ont également convenu d'un plan d'action sur l'alcool pour la période 2022-2030, afin de mettre effectivement en œuvre la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool en tant que priorité de santé publique. Il propose des objectifs et des principes opérationnels, des domaines d'action clés pour les États Membres, le Secrétariat de l'OMS, les partenaires internationaux, les organisations de la société civile et le milieu universitaire, ainsi que des mesures qu'il est proposé aux acteurs économiques intervenant dans la production et le commerce de l'alcool de prendre. Il contient en outre un ensemble de cibles, d'indicateurs mondiaux pour en suivre les progrès.

Autant dire que l'OMS et ses États membres sont restés une fois encore prudents sur ces dossiers (obésité et alcoolisme), conscients de la puissance des intérêts économiques auxquels ils sont confrontés et de leur pouvoir d'influence. Faut-il pour autant abandonner toute tentative d'agir afin de limiter l'impact de ces menaces sur la sécurité sanitaire internationale ? La réponse, à la lumière de la lutte contre le tabagisme et de l'expérience néo-zélandaise, est plus nuancée. Elle démontre l'utilité d'un cadre international reposant sur des dispositions obligatoires et d'un engagement fort des États membres pour parvenir à atteindre les objectifs fixés. La lutte contre le tabagisme s'appuie sur un traité international, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac, approuvée par l'ensemble des États membres de l'Organisation, entrée en vigueur en 2005 et ratifiée par

181 États¹⁴⁶. Le texte définit les engagements généraux souscrits par les États, détaillés dans des protocoles additionnels. Dans une perspective de santé publique, elle a mis en place des stratégies de réduction de l'offre, mais aussi de réduction de la demande qui ont produit des résultats limités mais encourageants. (entre 2007 et 2019, le taux de tabagisme est passé d'une moyenne mondiale de 22,7 % à 17,5 %, soit une réduction relative de 23 % en douze ans ; le tabagisme chez les hommes est passé de 37,5 % à 29,6 % et celui des femmes de 8,0 % à 5,3 %). Ces résultats sont naturellement tributaires de l'action des États et, sur ce point, celle de la Nouvelle-Zélande, développée en trois étapes, est exemplaire. Dès 2011, le pays a commencé à anonymiser les paquets de cigarettes, solution d'ailleurs utilisée ensuite dans d'autres États ; puis, il a augmenté progressivement le prix du tabac pour arriver au prix le plus élevé au monde ; enfin il a décidé l'interdiction totale puisqu'à compter de 2023, il sera interdit aux Néo-Zélandais mineurs de 15 ans d'acheter du tabac à vie. Le tabac ne pourra plus jamais être vendu à tous ceux qui sont nés après 2008. Ce résultat, obtenu de haute lutte, notamment sur le plan juridique, contre l'industrie du tabac et ses alliés, est encourageant mais doit aussi être pondéré. Il concerne un pays où le nombre de fumeurs est peu important et où la contrebande peut être mieux maîtrisée du fait de son insularité. (En Nouvelle-Zélande, moins de 10 % de la population fume, en France, 33 % des adultes ; 1 cigarette sur 10 est issue de la contrebande en Nouvelle-Zélande, 1 sur 4 en France).

II.3.2.2.1.3. Le soutien aux personnels de santé et d'aide à la personne

Le consensus est général pour admettre que la prévention, la médecine de proximité et le recentrage de la santé sur la prise en considération de la personne sont les clés de l'établissement de la santé pour tous. Si cela exige des investissements matériels considérables, ceux-ci n'ont de sens que s'ils s'accompagnent du personnel indispensable pour que la mise en œuvre de ces moyens soit efficace. Les soignants, dont il faut retenir une acception large, sont, comme la pandémie du Covid-19 l'a montré, au cœur du système de santé. Or, il existe une crise générale des soignants malgré les progrès réalisés à l'échelle mondiale depuis 2016. Le déficit en personnel de santé a été réduit de 15 millions en 2020 et devrait être ramené à 10 millions en 2030 mais les progrès sont très différents entre les régions du monde¹⁴⁷. En mai 2021, consciente du rôle joué par les soignants, en « première ligne » dans la lutte contre la pandémie, la 73^e AMS, déjà, avait fait de 2021 l'Année internationale des personnels de santé et d'aide à la personne, et la 74^e session adoptait une résolution¹⁴⁸ demandant « l'élaboration d'un pacte mondial pour les personnels de santé et d'aide à la personne ». Celui-ci a vu le jour à l'occasion de la 75^e session de l'AMS¹⁴⁹.

Le Pacte mondial pour les personnels de santé et d'aide à la personne (ci-après le « Pacte mondial ») vise à donner aux États Membres et à toutes les parties prenantes « des conseils techniques sur la façon de protéger les personnels de santé et d'aide à la personne, de préserver leurs droits et de promouvoir et de garantir un travail décent, exempt de toute discrimination, y compris raciale, dans un cadre de pratique sûr et porteur ». Son élaboration a reposé sur quatre étapes : l'analyse de tous les instruments juridiques de droit international pertinents et également le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé et la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030 ; des consultations d'experts associant les représentants des professionnels de santé, un examen du Secrétariat de l'OMS, dans

¹⁴⁶ <https://news.un.org/fr/story/2022/06/1121022>

¹⁴⁷ Et la crise n'épargne pas les États développés comme le démontre la situation en France.

¹⁴⁸ « Protéger et préserver les personnels de santé et d'aide à la personne et investir en leur faveur » WHA74.14 (2021).

¹⁴⁹ Pacte mondial pour les personnels de santé et d'aide à la personne, A75/13 12 avril 2022.

l'ensemble des départements et unités techniques concernés et une consultation avec les États membres. Il en résulte un instrument qui n'est pas juridiquement contraignant pour un État particulier mais qui constitue un document de synthèse de référence mis à la disposition de toutes les parties prenantes concernées, un « bien public mondial qui permettra d'éclairer les politiques et les analyses comparatives futures en matière de protection des agents de santé et d'aide à la personne dans le monde entier ». Les orientations fournies aux États membres pour atteindre cet objectif portent sur la protection des préjudices (ex : la protection de l'environnement de travail), la fourniture d'un soutien (ex : une rémunération juste et équitable), l'inclusivité (ex : le respect de l'égalité de traitement et de la non-discrimination) et la protection des droits (ex : liberté d'association et négociation collective)

II.3.2.2.1.4. Action sanitaire et paix internationale

Selon la Constitution de l'OMS « [l]a santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité ; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des États ». Depuis lors, l'Organisation a toujours accordé une place importante dans ses stratégies à la relation entre la santé et la paix, en coopérant avec les institutions internationales chargées plus particulièrement du maintien de la paix¹⁵⁰. La notion « La santé, un pont pour la paix » a ainsi fait son apparition dans les années 1980 dans le cadre de l'approche de l'OMS en matière d'assistance sanitaire après les conflits. Enfin, on rappellera que le 27 août 1993, l'OMS avait sollicité de la Cour Internationale de Justice un avis consultatif sur la licéité de la menace ou de l'emploi d'armes nucléaires du fait de son effet sur l'environnement et la santé¹⁵¹. En pratique, dans les années 1990-2000, l'OMS est donc intervenue à travers son programme « La santé, un pont pour la paix », en partant du principe que la santé peut transcender les différends entre les parties à un conflit. Des campagnes de vaccination ont été ainsi facilitées par la mise en place de cessez-le-feu humanitaires. Progressivement l'OMS a développé une importante expertise¹⁵², démontrant son avantage comparatif en tant qu'organisme mondial de santé pour atténuer les effets des conflits armés et pour favoriser les processus de consolidations de la paix. En 2020, l'OMS a présenté une nouvelle initiative mondiale intitulée « Santé pour la paix »¹⁵³ qui constitue la synthèse de son expérience en la matière. Comme l'a rappelé le Directeur général de l'OMS, la santé et la paix sont interdépendantes. Les conflits sont en effet un obstacle majeur à la santé (comme le montre l'actualité de la situation en Ukraine), tandis que le manque d'accès aux services de santé conduit à des phénomènes d'exclusion qui sont un facteur majeur de conflit. Si aujourd'hui, 1,8 milliard de personnes vivent dans des situations de conflit et de vulnérabilité, d'ici à 2030, au moins la moitié des populations pauvres vivront dans des États subissant ce type de contexte, avec des systèmes de santé incapables de répondre aux besoins sanitaires. C'est aussi dans ces États qu'ont lieu 80 %

¹⁵⁰ En ce sens, les résolutions de l'Assemblée générale des Nations Unies, A/RES/70/262 et du Conseil de sécurité, S/RES/2282 (2016), qui demandaient à tous les organes des Nations Unies de mobiliser leurs capacités de médiation et de règlement des conflits en vue de prévenir « le déclenchement, l'intensification, la poursuite ou la récurrence des conflits ».

¹⁵¹ Mais demande rejetée le 8 juillet 1996 par la Cour, selon laquelle, conformément à ses compétences, l'OMS pouvait demander un avis sur l'effet des armes nucléaires sur la santé, non sur leur licéité.

¹⁵² Par exemple, en 2016, au Sri Lanka en 2016 en apportant des services psychosociaux en appui au processus de réparation et de réconciliation ou en Colombie en contribuant à l'intégration d'experts en santé, anciens membres des FARC, comme médecins dans le système de santé, après une formation à Cuba.

¹⁵³ Global Health for Peace Initiative (GHPI) (Initiative mondiale de l'OMS pour la santé au service de la paix <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240005792>).

des interventions humanitaires de l'OMS et 70 % des épidémies auxquelles elle répond. L'OMS, par ses compétences techniques et son pouvoir de mobilisation dans le domaine de la santé a la capacité de promouvoir des moyens nouveaux pour résoudre les conflits et pour renforcer la résilience à la violence.

La principale innovation de l'approche « Santé pour la paix » provient de l'utilisation des programmes de santé, non seulement pour produire des avantages directs dans les situations de conflit ce qui est classique, mais également pour travailler sur les situations de conflits, en se concentrant sur l'utilisation des soins de santé pour traiter leurs causes sous-jacentes. Cela peut se faire de plusieurs manières, par exemple en intégrant la sensibilité aux conflits dans les analyses humanitaires, en améliorant la confiance entre les citoyens et l'État par des soins de santé plus accessibles et équitables ou en renforçant la collaboration entre les parties à un conflit sur la gouvernance de la santé et la prestation des soins.

Une telle approche, dont le succès dépend de sa dimension mobilisatrice auprès de ses partenaires et de la collaboration qui peut en résulter, notamment avec le CICR, est mise à l'épreuve par la guerre en Ukraine. L'Assemblée est donc revenue, à l'occasion de sa 75^e session, sur l'Initiative « Santé pour la paix » en demandant au Directeur général de consulter les États membres sur les moyens proposés pour la mise en œuvre de l'Initiative, notamment les conditions du pilotage opérationnel et normatif par l'OMS, la mise en place de mesures d'application par les États membres eux-mêmes et la recherche de nouveaux partenariats. L'AMS a également demandé l'élaboration d'une feuille de route, en consultation avec les États Membres, les observateurs, les autres organismes des Nations Unies et les acteurs non étatiques partenaires de l'OMS qui devra être présentée à l'occasion de la 76^e AMS par l'intermédiaire du Conseil exécutif.

II.3.2.2.2. Coopérations et Partenariats

L'OMS, organisation internationale et non supranationale, aux moyens juridiques et financiers limités, ne peut mener à bien la plupart de ses actions que si d'autres organismes ou entités y contribuent. Coopérations et partenariats ont donc pour elle un intérêt vital ce qui explique leur multiplication et leur caractère « tous azimuts », qu'il s'agisse des partenaires choisis ou de la forme des relations. On se bornera à en donner ici quelques exemples.

OMS/France : Inauguration des travaux du campus de l'Académie de l'OMS, 27 septembre 2021

Le président de la République française et le Directeur général de l'OMS, ont inauguré le 27 septembre, les travaux du campus de l'Académie de l'OMS dans le Biodistrict Lyon-Gerland (France)¹⁵⁴. Cet événement concrétise leur engagement de créer une Académie de l'OMS ayant pour objectif de répondre, à un niveau mondial, aux besoins des États Membres ainsi que du personnel de santé, en augmentation constante, et qui souhaitent avoir un meilleur accès à des possibilités de formation continue, des activités de renforcement des compétences et des conseils en matière de santé. En raison de l'accélération du rythme des découvertes scientifiques et des progrès technologiques, il devient de plus en plus difficile pour les agents de santé, les responsables des politiques et les autres praticiens en santé publique de se tenir au courant de pratiques et politiques fondées sur des données probantes. De ce fait, il faut souvent plus d'une décennie pour mettre en pratique des lignes

¹⁵⁴ La France est le principal investisseur avec plus de 120 millions d'euros engagés et le soutien financier de la Ville de Lyon, de la Métropole de Lyon, ainsi que de la région Auvergne-Rhône-Alpes, laquelle a contribué à hauteur de 25 millions d'euros au projet.

directrices importantes permettant de sauver des vies. Il s'agit de l'une des principales raisons pour lesquelles aucun pays n'est actuellement en voie d'atteindre toutes les cibles des objectifs de développement durable liées à la santé. La pandémie de Covid-19 a également perturbé les structures de formation continue et a suscité une demande croissante en matière d'apprentissage numérique.

L'Académie a pour but d'accroître l'accès à des formations essentielles destinées aux agents de santé, aux gestionnaires et directeurs, aux responsables de la santé publique, aux éducateurs, aux chercheurs, aux responsables des politiques et au personnel de l'OMS dans le monde entier, ainsi qu'aux personnes qui dispensent des soins à domicile et dans leur communauté. Elle offrira des formations multilingues, et adaptables, numériques, en présentiel et sous forme hybride en s'appuyant sur les orientations sanitaires les plus récentes, fondées sur des données probantes, sur des technologies innovantes et sur les derniers progrès en matière de science de l'apprentissage destiné aux adultes. Ces programmes seront compatibles avec les connexions à faible bande passante afin de garantir un accès équitable à une cohorte mondiale et diversifiée d'apprenants. En outre, l'Académie se propose d'exploiter les nouvelles technologies, notamment l'intelligence artificielle, de reconnaître les compétences acquises par des « titres de compétences numériques ». Elle offrira également un accès simplifié à l'ensemble des programmes de formation en ligne de l'OMS, et accueillera un centre de simulation d'urgences sanitaires et d'amélioration de la santé.

OMS/Commonwealth : mémorandum d'accord sur la coopération en matière de santé, y compris l'accès aux vaccins, 7 février 2022

Le Secrétariat du Commonwealth et l'OMS ont signé le 7 février 2022 à Genève un mémorandum d'accord par lequel ils s'engagent à renforcer leur collaboration sur plusieurs questions de santé publique qui préoccupent particulièrement les États Membres et les gouvernements du Commonwealth, notamment la riposte à la pandémie de Covid-19, l'équité vaccinale, la promotion de la couverture sanitaire universelle et la mise en place de systèmes de santé résilients. Par la signature de ce document, les deux parties ont convenu de travailler ensemble et de renforcer l'échange d'informations dans sept domaines prioritaires et notamment la promotion de la couverture sanitaire universelle et des soins de santé primaires ; le renforcement de la sécurité sanitaire mondiale ; la promotion d'environnements sains : la promotion de la santé des groupes vulnérables.

OMS / Union Européenne/ Union Africaine : Centre de transfert de technologie pour les vaccins ARNm, premiers États bénéficiaires, 18 février 2022

Lors du sommet Union européenne-Union africaine qui s'est tenu à Bruxelles, le 18 février, le Directeur général de l'OMS, a annoncé les six premiers pays qui recevront la technologie nécessaire pour produire des vaccins ARNm sur le continent africain. L'Égypte, le Kenya, le Nigéria, le Sénégal, l'Afrique du Sud et la Tunisie se sont portés candidats et ont été sélectionnés comme bénéficiaires de la technologie.

Le Centre de transfert de technologie pour les vaccins à ARNm a été créé en 2021 dans le but d'aider les fabricants des pays à revenu faible ou intermédiaire à produire leurs propres vaccins, en veillant à ce qu'ils disposent de tous les modes opératoires et du savoir-faire nécessaires pour fabriquer des vaccins à ARNm à grande échelle et conformément aux bonnes pratiques de l'OMS. Principalement mis en place pour faire face à l'urgence de la Covid-19, le Centre de transfert de technologie s'inscrit toutefois dans un cadre plus vaste visant à donner aux pays à revenu faible ou intermédiaire les moyens de produire aussi

leurs propres médicaments et produits de diagnostic pour faire face aux urgences sanitaires et atteindre la couverture sanitaire universelle.

En fonction de l'infrastructure, du personnel, de la recherche clinique et des capacités existantes en matière de réglementation, l'OMS et ses partenaires œuvreront en collaboration avec les bénéficiaires en vue d'élaborer une feuille de route et de mettre en place la formation et le soutien nécessaires pour que ces pays puissent commencer à produire des vaccins dès que possible.

En avril 2021, l'OMS a lancé un appel à manifestation d'intérêt aux entreprises souhaitant héberger un centre de transfert de technologie pour les vaccins à ARNm et en juin 2021, elle a annoncé avoir sélectionné un consortium sud-africain qui dirigera le centre mondial et desservira tous les pays à revenu faible ou intermédiaire. Le consortium sélectionné comprend Afrigen Biologics, le South African Medical Research Council (SAMRC) et Biovac, un fabricant de vaccins sud-africain. Au sein de ce consortium, Afrigen est l'entité chargée de mettre en place la technologie de production de vaccins à ARNm, tandis que le SAMRC s'occupe de la recherche et Biovac est la première « antenne » de fabrication. Le centre a déjà mis en place la production de vaccins à ARNm à l'échelle du laboratoire et augmente et valide actuellement la production pour la mise sur le marché.

L'OMS, avec l'appui d'un groupe d'experts, a sélectionné dans toutes les Régions plusieurs bénéficiaires d'un transfert de technologie pour les vaccins à ARNm.

OMS, Organisation Internationale du travail, Organisation Maritime Internationale, Conférence des Nations Unies pour le Commerce et le Développement : mettre fin à la crise des gens de mer, 28 février 2022¹⁵⁵

Le sort des gens de mer acteurs clés du commerce mondial a été particulièrement affecté par la pandémie de Covid-19 et avec l'apparition de nouveaux variants, il risque encore de s'aggraver. Or, plus de 80 % du volume du commerce mondial de marchandises est transporté par voie maritime. Tout au long de la pandémie, les 1,9 million de marins, venant en majorité des États en développement, ont joué un rôle essentiel en maintenant les navires opérationnels pour assurer la livraison de biens essentiels tels que nourriture, matériel médical et vaccins. Du fait des restrictions imposées pour lutter contre la propagation de la pandémie, de nombreux marins sont restés bloqués en mer bien au-delà de l'expiration de leur contrat de travail et souvent au-delà de la période maximale par défaut de 11 mois de service continu à bord, comme l'exige la convention du travail maritime de 2006. De même, des gens de mer n'ont pu rejoindre les navires pour assurer le remplacement des équipages bloqués à bord, ce qui a entraîné des difficultés matérielles pour eux et leurs familles. Face à cette situation a été adoptée en décembre 2020 la *Déclaration de Neptune* sur le bien-être des marins et les relèves d'équipage¹⁵⁶. Soutenue par plus de 850 entreprises et organisations dans le monde¹⁵⁷, cette déclaration définit quatre actions principales pour faciliter les relèves d'équipage et maintenir le fonctionnement des chaînes d'approvisionnement mondiales. Les signataires reconnaissent donc les marins comme des travailleurs essentiels et devant bénéficier d'un accès prioritaire aux vaccins Covid-19. Ils s'engagent à établir et mettre en œuvre des protocoles sanitaires basés sur les meilleures pratiques existantes, à accroître la collaboration entre les exploitants de navires

¹⁵⁵ <https://www.meretmarine.com/fr/marine-marchande/relevés-les-armateurs-français-ont-signé-la-declaration-de-neptune>

¹⁵⁶ The Neptune Declaration on Seafarer Wellbeing and Crew Change, <https://www.globalmaritimeforum.org/content/2020/12/>.

¹⁵⁷ Armateurs de France, Bourbon, Brittany Ferries, CMA CGM entre autres ont signé la Déclaration le 10 février 2021.

et les affréteurs pour faciliter les relèves d'équipage et enfin, à assurer la connectivité aérienne entre les principales plateformes maritimes pour les marins.

Le secteur du transport et des services maritimes a donc fait face à de grandes difficultés opérationnelles et à une véritable crise humanitaire en mer se traduisant par des centaines de milliers de marins bloqués à bord de navires après l'expiration de leur contrat initial et ne pouvant être relevés. Avec l'assouplissement des restrictions de voyage liées au Covid-19 et l'augmentation des taux de vaccination du personnel maritime, la situation humanitaire en mer s'est améliorée avant l'apparition du variant Omicron. Selon l'indice du changement d'équipage de la Déclaration Neptune, qui repose sur les données de dix grands gestionnaires de navires employant quelque 90 000 marins, le pourcentage de marins embarqués à bord de navires au-delà de leur contrat est passé de 9 % en juillet 2021 à 3,7 % en décembre 2021. Mais cette part a de nouveau atteint 4,2 % à la mi-janvier 2022. Après que le variant Omicron ait été qualifié de « variant préoccupant », de nombreux États ont réimposé des mesures d'interdictions de voyager touchant les marins partout dans le monde. L'Organisation internationale du travail (OIT), l'Organisation maritime internationale (OMI), la CNUCED et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont donc appelé, le 24 février, à une collaboration mondiale pour résoudre la crise du changement d'équipage et demandent aux gouvernements, au secteur du transport maritime et aux autres parties prenantes de redoubler d'efforts pour préserver la santé et la sécurité des marins et d'éviter les perturbations sur les chaînes d'approvisionnement.

Ces organisations craignent que les tendances positives observées avant l'apparition d'Omicron ne s'inversent davantage. « Si le nombre de marins qui restent bloqués a diminué, il reste considérable et des efforts supplémentaires doivent être déployés pour rectifier la situation et atténuer la crise persistante » alors qu'à bord des navires, les gens de mer sont de plus confrontés à des risques ou à un stress accru. Selon la CNUCED, il est nécessaire de renforcer la coopération internationale pour assurer la sécurité des marins et maintenir ouvertes les chaînes d'approvisionnement mondiales. En protégeant les droits et le bien-être des équipages des navires et de leurs familles, on contribuerait de plus à soutenir les économies des pays d'origine des marins.

Les quatre organisations, reconnaissant également le rôle essentiel du secteur maritime dans le maintien de la fluidité du commerce pendant la lutte contre la Covid-19, appellent donc les gouvernements, les autorités nationales et locales, et toutes les parties prenantes, y compris les employeurs, à adopter des mesures qu'elles jugent indispensables. Il importe d'abord de désigner les gens de mer comme des « travailleurs essentiels », afin de faciliter les changements d'équipage en mer et les déplacements transfrontaliers en toute sécurité, de leur fournir un accès immédiat aux soins médicaux et de faciliter leur évacuation médicale lorsque les soins requis ne peuvent être fournis à bord, enfin de donner, dans la mesure du possible, la priorité à la vaccination des gens de mer dans les programmes nationaux de vaccination contre le Covid-19. Par ailleurs, les gens de mer doivent pouvoir bénéficier de tests appropriés pour faciliter l'identification des cas à bord ou au port, et pour faciliter leurs déplacements, y compris les congés à terre et les changements d'équipage.

Sur le plan juridique, il importe de veiller à l'application cohérente des protocoles et normes convenus au niveau international, y compris ceux relatifs aux documents de voyage et de vaccination des gens de mer, d'assurer une coordination appropriée et d'éviter les mesures punitives, les amendes et les coûts excessifs. Les États qui ne l'ont pas encore fait devront adopter les instruments juridiques les plus récents, notamment la Convention du Travail Maritime MLC, 2006, entrée en vigueur le 20 août 2013 et la convention sur les pièces d'identité des gens de mer (révisée), 2003, telle que modifiée (n° 185), et veiller à leur mise en œuvre. Ils devront aussi mettre en œuvre les directives sectorielles de l'OMS récemment mises à jour pour la gestion du Covid-19 à bord des cargos et des navires de pêche, publiées en décembre 2021, qui, entre autres, soulignent l'importance des

interventions non médicales, telles que l'utilisation de masques faciaux indépendamment du statut vaccinal.

Enfin, il appartient à toutes des parties prenantes de développer la collaboration pour assurer la sécurité des marins et limiter les perturbations sur les chaînes d'approvisionnement, ainsi que pour empêcher la propagation incontrôlée des Covid émergents, de nature à prolonger la pandémie et ses considérables conséquences socio-économiques.

Groupe de travail des dirigeants multilatéraux sur la Covid-19, 1er mars 2022 : Troisième consultation avec les PDG des principales entreprises fabricantes de vaccins » : Déclaration conjointe, 7 mars 2022

Le 1er mars 2022, les membres du Groupe de travail des dirigeants multilatéraux sur la Covid-19 (ci-après « le Groupe ») qui réunit les dirigeants du Fonds monétaire international, du Groupe de la Banque mondiale, de l'Organisation mondiale de la Santé et de l'Organisation mondiale du commerce ont tenu, à l'occasion de leur 8^e réunion, des consultations avec l'Unicef, Gavi, et les PDG des principales entreprises fabricantes de vaccins afin d'assurer la livraison rapide et la disponibilité des vaccins là où ils sont le plus nécessaires. Le Groupe vise à soutenir le déploiement des outils contre le Covid-19 en s'appuyant sur les mécanismes financiers et commerciaux multilatéraux, en particulier pour les États à revenu faible ou intermédiaire.

Selon la déclaration du Groupe, on peut constater, dans les derniers mois « des niveaux sans précédent de transmission de la maladie dans le monde entier en raison du variant *Omicron* ». En outre, l'inégalité d'accès aux vaccins, tests et traitements est très répandue, ce qui prolonge la pandémie. Ce sont les pays à revenu faible, pour la plupart situés en Afrique, qui rencontrent les plus grandes difficultés. La protection de la santé des personnes vivant dans ces pays face à une pandémie en constante évolution est une priorité absolue. Les membres du Groupe considèrent qu'ils doivent « faire en sorte que ces pays aient accès aux vaccins et soient dotés des moyens et des capacités nécessaires pour vacciner leurs populations, en particulier celles pour lesquelles le risque est le plus grand ». Si des progrès ont été réalisés dans l'approvisionnement en vaccins et si les restrictions à l'exportation ne sont actuellement pas un problème, les efforts doivent maintenant porter sur l'aide pour augmenter la couverture vaccinale. Il n'existe pas sur ce point d'approche unique, chaque État étant confronté à des problèmes politiques, administratifs et de capacité différents. Il importe donc d'« investir durablement dans des capacités de fabrication géographiquement diversifiées et de nouvelles technologies pour les vaccins, les traitements et les outils de diagnostic afin d'assurer un accès plus équitable, abordable et rapide pour les pays en développement. À cet égard, « les efforts déployés par les principaux fabricants de vaccins afin d'envisager et de conclure de nouveaux partenariats en partageant les licences, la technologie et le savoir-faire » doivent être loués. Enfin, la Déclaration met l'accent sur la nécessité de débloquer des financements afin de mettre au point et de produire plus rapidement des tests, des traitements et des vaccins contre la Covid-19 et d'y assurer l'accès équitable dans les pays à revenu faible ou intermédiaire¹⁵⁸. L'augmentation de l'approvisionnement en vaccins en 2022, devra s'appuyer sur une coordination plus étroite entre toutes les parties prenantes pour faire correspondre l'offre à la demande, réduire la fragmentation de l'offre et déployer les vaccins le plus efficacement possible.

Une telle déclaration est intéressante en ce qu'elle traduit toutes les tensions dans lesquelles l'OMS tente de construire une politique mondiale de la santé. Le partenariat

¹⁵⁸ Ce qui suppose de financer intégralement le Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la Covid-19 (Accélérateur ACT).

public-privé, dont les ambiguïtés ne sont plus à démontrer, est la règle et le consensus préside aux positions adoptées, dans lesquelles tous les partenaires peuvent se retrouver assez. Seules les positions les plus radicales sont clairement exclues ce qui marque bien la dépendance dans laquelle se trouve l'OMS pour assurer une gouvernance sanitaire autonome.

OMS / Inde : Création du Centre mondial de médecine traditionnelle en Inde, 25 mars 2022

L'OMS et le gouvernement indien ont signé, le 25 mars, un accord portant création du Centre mondial de médecine traditionnelle de l'OMS. Localisé à Jamnagar dans le Gujarat, ce centre de connaissances sur la médecine traditionnelle, soutenu par un investissement de 250 millions de dollars du gouvernement indien, vise à utiliser, grâce à la science et à la technologie modernes, le potentiel de la médecine traditionnelle du monde entier pour améliorer la santé des personnes et de la planète.

Le terme « médecine traditionnelle » décrit l'ensemble des connaissances, des compétences et des pratiques que des cultures autochtones différentes ont utilisées au fil du temps pour préserver la santé et prévenir, diagnostiquer et traiter les maladies physiques et mentales. La médecine traditionnelle englobe des pratiques anciennes, comme l'acupuncture, la médecine ayurvédique¹⁵⁹ et les mélanges à base de plantes, ainsi que les médecines modernes. Aujourd'hui, les systèmes de santé nationaux n'intègrent pas encore pleinement les nombreux travailleurs de la médecine traditionnelle, les établissements de soins et les dépenses de santé qui y sont liés.

Pourtant, on estime qu'environ 80 % de la population mondiale a recours à la médecine traditionnelle et 170 des 194 États Membres de l'OMS déclarent l'utiliser. Leurs gouvernements ont sollicité l'aide de l'OMS afin de constituer un corpus de preuves et de données fiables sur les pratiques et les produits de la médecine traditionnelle. En effet, quelque 40 % des produits pharmaceutiques autorisés, utilisés aujourd'hui, sont issus de substances naturelles. C'est le cas de l'aspirine, découvert grâce à des formules de médecine traditionnelle utilisant l'écorce de saule, la pilule contraceptive mise au point à partir des racines de l'igname sauvage et les traitements contre le cancer de l'enfant utilisant la pervenche de Madagascar. L'examen des anciens textes de médecine chinoise est à l'origine des recherches sur l'artémisinine pour la lutte contre le paludisme, qui ont été récompensées par le prix Nobel.

Comme l'affirme le Directeur général de l'OMS, ce centre devrait permettre aux médecines traditionnelles de jouer pleinement leur rôle afin que toutes les personnes aient accès à un traitement sûr et efficace. Il se concentrera¹⁶⁰ afin d'optimiser la contribution de la médecine traditionnelle à la santé mondiale et au développement durable. sur la constitution d'une base de données solides pour les politiques et les normes relatives aux pratiques et aux produits de la médecine traditionnelle et aidera les pays à l'intégrer, le cas échéant, dans leurs systèmes de santé et à en réglementer la qualité et la sécurité. Faisant l'objet d'une modernisation rapide de ses méthodes d'études notamment par le recours à l'intelligence artificielle et à l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle Par exemple, pour analyser les propriétés des produits naturels ou pour étudier l'activité cérébrale et la « réponse de relaxation », la médecine traditionnelle occupe désormais une place de plus en

¹⁵⁹ Médecine indienne depuis plus de 5000 ans, la médecine ayurvédique s'intéresse à la santé au sens large, incluant l'hygiène de vie, le corps mais aussi l'esprit. Elle est connue en particulier par ses déclinaisons : massages, yoga, cure, diététique...

¹⁶⁰ Autour de quatre domaines principaux : données probantes et apprentissage ; données et analyses ; durabilité et équité ; et innovation et technologie.

plus importante dans la science moderne. Trop longtemps négligée, elle doit contribuer désormais de manière décisive à l'édification d'une santé pour tous.

OMS/ Ghana/ Norvège : Premier Dialogue stratégique international sur les maladies non transmissibles et les objectifs de développement durable, 12 avril 2022

La coopération plurilatérale occupe, avec la coopération multilatérale et bilatérale, une place non négligeable dans la « politique extérieure » de l'OMS.

L'OMS s'est félicitée, le 12 avril, de la création d'un nouveau groupe des chefs d'État et de gouvernements décidés à progresser plus vite dans la réalisation de la cible des ODD relative aux maladies non transmissibles – une réduction d'un tiers des décès prématurés dus à des maladies telles que le diabète, le cancer, les maladies cardiaques et pulmonaires, et la promotion de la santé mentale et du bien-être. La décision a été prise lors du premier Dialogue stratégique international sur les maladies non transmissibles (MNT) et les objectifs de développement durable, qui s'est tenu, au Ghana, et a inauguré un nouveau Pacte mondial contre les MNT. Le Dialogue a été organisé sous les auspices de l'OMS, en collaboration avec les gouvernements du Ghana et de la Norvège. Les chefs d'État ont souligné l'importance de la pandémie de MNT, qui emporte 7 personnes sur 10 dans le monde à cause de facteurs de risque comme le tabac, l'alcool, une mauvaise alimentation, l'inactivité physique et la pollution de l'air¹⁶¹.

Or, les MNT peuvent en grande partie être évitées et traitées¹⁶². Le Groupe des chefs d'État et de gouvernement a annoncé qu'il rassemblerait les pays qui appuient la lutte contre les MNT et se réunirait chaque année à l'Assemblée générale des Nations Unies, la première réunion devant avoir lieu en septembre 2022. Le Pacte contre les MNT se concentrera sur cinq grands domaines d'engagement : d'ici à 2030, éviter que 50 millions de personnes ne meurent prématurément de MNT grâce aux mesures les plus efficaces par rapport à leur coût pour prévenir et maîtriser les MNT ; protéger 1,7 milliard de personnes atteintes de MNT en veillant à ce qu'elles bénéficient des médicaments et des soins lors des urgences humanitaires ; intégrer les MNT dans les soins de santé primaires et la couverture sanitaire universelle ; faire participer de manière effective 1,7 milliard de personnes souffrant de MNT et de problèmes de santé mentale à l'élaboration des politiques et des programmes.

Le Dialogue a choisi également d'insister sur les avantages économiques et sanitaires des investissements consacrés à la lutte contre les MNT. La Norvège a été un chef de file en matière d'investissement dans la lutte contre les MNT, puisqu'elle a investi à l'échelle internationale et est devenue le premier pays donateur à faire figurer les MNT dans sa stratégie de développement international.

II.3.2.2.3. L'OMS et le conflit en Ukraine

Si l'OMS conduit une intervention sanitaire d'urgence en Ukraine depuis 2014, son action a dû être considérablement renforcée à la suite du conflit armé résultant de l'invasion de la Russie en février 2022. Elle a été menée en coopération étroite avec son bureau régional/Europe à Copenhague et son bureau de pays à Kiev. L'Ukraine se préparait néanmoins aux hostilités et aux situations d'urgence qui pourraient en résulter et cette

¹⁶¹ Voir supra.

¹⁶² D'ici à 2030, plus de 7 millions de personnes pourraient être sauvées pour 0,84 dollar par personne et par an. Cet investissement représenterait un gain de plus de 230 milliards USD sur les plans économique et sociétal et permettrait d'éviter près de 10 millions d'infarctus du myocarde et d'accidents vasculaires cérébraux dans le monde d'ici à 2030.

préparation s'est accélérée en octobre/novembre 2021 notamment dans les régions de l'est du pays. Des stocks de fournitures ont été rassemblés et acheminés vers les hôpitaux ; les équipes médicales d'urgence ont été mises en place et informées sur les lignes directrices de l'OMS pour les situations de conflits armés. Enfin, en janvier 2022 du matériel et des traitements indispensables pour soigner les blessés ont été prépositionnés dans les hôpitaux. Le contexte sanitaire ukrainien était affecté depuis 2014 par le conflit du Donbass où 3,4 millions d'habitants nécessitaient une aide sanitaire et humanitaire, mais aussi par une épidémie de rougeole, la deuxième dans le monde en importance et par une flambée épidémique de poliomyélite en décembre 2021. Dans le même temps, l'Ukraine avait engagé avec le concours de l'OMS un processus de réforme depuis 2016 afin d'instaurer la couverture sanitaire universelle et mis en place à cet effet de nouvelles institutions et appliqué de nouvelles pratiques.

C'est dès 2020 que la pandémie de Covid-19 a touché l'Ukraine et avant même février 2022, la situation sanitaire y était jugée difficile. Le 10 février 2022, elle avait signalé 37 000 nouveaux cas de Covid, son total quotidien le plus élevé depuis le début de la pandémie. Depuis l'apparition du virus, le pays avait enregistré plus de 5 millions de cas confirmés et plus de 100 000 décès, avec une forte augmentation des infections et des décès en février. Après l'invasion, l'Ukraine a d'abord ralenti la communication de ces données avant de les interrompre complètement. Dès lors, il n'existe désormais aucune mesure de l'évolution du Covid dans le pays ; toutes les statistiques sont donc sous-estimées mais il est sûr que l'épidémie est manifestement en augmentation. Le problème est aggravé par le fait que la couverture vaccinale contre le Covid du pays est faible, 36 % seulement de la population ayant reçu une ou plusieurs doses de vaccin. Le 18 février 2022, le taux de positivité connu pour l'Ukraine était de 60 %, valeur très élevée, montrant qu'il existait déjà des foyers incontrôlés dans le pays avant le début de la guerre.

Même en temps de paix, la situation était donc précaire avec une population vulnérable car peu vaccinée. Le déclenchement du conflit armé fait qu'il est devenu encore plus difficile de fournir des soins car la situation facilite la transmission. Outre la mise hors-service d'une grande partie du système de santé, le conflit a entraîné des mouvements très importants de population. Ainsi à la mi-mars 2022, on estimait que trois millions de résidents ukrainiens parmi lesquels un grand nombre de personnes non ou partiellement vaccinées avaient fui leur pays, les personnes vulnérables se mélangeant à des groupes dans lesquels le virus est susceptible de circuler massivement. Le fait d'être déplacé ou de s'abriter du conflit dans des logements d'urgence où règne la promiscuité n'ont fait qu'accroître le risque de transmission du Covid-19 mais offre également un terrain favorable au développement d'autres maladies respiratoires. (grippe, tuberculose) voire d'autres maladies infectieuses (diarrhée, gale). Le pays connaissant aussi une épidémie de poliomyélite, le problème de santé publique posé allait donc bien au-delà du traitement du Covid, d'autant qu'il allait s'accompagner, dans des conditions beaucoup plus dramatiques, d'inévitables phénomènes de déprogrammation voire d'annulation des interventions.

Avec le déclenchement du conflit et alors que le système sanitaire ukrainien était fragilisé par la pandémie de Covid-19, l'OMS a dû faire face aux besoins de santé d'un grand nombre de blessés et de personnes déplacées ou réfugiés ou nécessitant une aide humanitaire. Près de deux millions de personnes ont été forcées de fuir leur foyer et près de 3,5 millions de personnes avaient besoin de soins de santé. Son action a été rendue d'autant plus difficile que les établissements de santé ont été particulièrement touchés.

Face à la dimension sanitaire de la crise humanitaire, l'OMS conduit pour l'essentiel une action d'assistance auprès des Ukrainiens dans leur pays et auprès des réfugiés ukrainiens et des États étrangers qui les accueillent. Les circonstances particulières du conflit l'ont également amenée à prendre fermement position sur la nécessité de la protection des acteurs sanitaires à l'occasion des opérations militaires.

L'OMS a pris position dès le 24 février 2022¹⁶³ : affirmant « sa plus grande préoccupation pour la sécurité, la santé et le bien-être de tous les civils touchés par la crise », elle « alertait sur les conséquences d'une aggravation du conflit et ses conséquences en termes de victimes et de nouveaux dommages à des systèmes déjà fragiles ». Elle rappelait également les principes du Droit International Humanitaire dans le domaine de la santé auxquels elle est soumise en vertu de son mandat et notamment l'obligation de distinguer les civils des combattants et ses conséquences : garantie du droit à la santé et de l'accès aux services notamment en période de crise ; protection des personnels de santé, des hôpitaux et autres services qui doivent pouvoir continuer à répondre aux besoins sanitaires des populations.

Se fondant sur cette exigence de sécurité sanitaire, l'OMS a formulé deux demandes. Selon la première, les fournitures médicales essentielles doivent parvenir en toute sécurité à ceux qui en ont besoin, grâce à un transit sûr à travers la Pologne et sur le territoire ukrainien. Cela concerne en particulier l'oxygène médicinal, médicament vital pour les patients souffrant du Covid-19 et le traitement de pathologies chroniques, de septicémies et de traumatismes, de même que les produits chimiques nécessaires à sa production dans les usines ukrainiennes. Selon la seconde, la santé doit rester, durant la crise en Ukraine, un pilier prioritaire de l'aide humanitaire. Pour cela, la protection, le bon fonctionnement et la sécurité des systèmes et établissements de santé, et leur accessibilité doivent être assurés en permanence à tous ceux qui ont besoin de services médicaux essentiels, ainsi que la protection des personnels de santé afin qu'ils puissent continuer d'accomplir leur mission.

Treize jours après le déclenchement de l'offensive militaire, l'OMS a précisé ses priorités¹⁶⁴. D'abord, l'Organisation s'efforcera, en collaboration avec le coordinateur des Nations unies pour la crise en Ukraine, d'acheminer les fournitures sanitaires (oxygène et insuline, équipements de protection individuelle, fournitures chirurgicales, et produits sanguins sécurisés) nécessaires et d'assurer un système durable de « transit sécurisé » pour leur livraison là où le pays en a besoin. Ensuite, elle agira pour répondre aux besoins sanitaires immédiats en Ukraine par la mise en place d'un centre d'opérations fonctionnel dans l'ouest du pays. Il est destiné à aider à la mobilisation des équipes médicales par la mise à disposition d'effectifs, à leur apporter un soutien en traumatologie par une formation de remise à niveau et assurer l'approvisionnement en fournitures. Enfin, elle veillera à ce que les pays voisins disposent des infrastructures et de l'expertise nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires urgents des réfugiés.

Sur le plan opérationnel, l'OMS, le jour où la guerre s'est déclarée, a activé ses plans d'urgence, réaffecté son personnel et ses projets, et s'est concentrée sur les besoins urgents, en vue de soutenir le système de santé et les personnels de santé en Ukraine. Plus de 80 membres de son personnel ont été progressivement déployés dans le pays et plusieurs centaines dans les pays limitrophes. Son action se déroule en étroite collaboration avec le ministère ukrainien de la santé et les autorités du pays. L'OMS, par l'intermédiaire de son bureau régional pour l'Europe à Copenhague et de son siège à Genève, coordonne l'apport de l'aide sanitaire sur le territoire ukrainien ainsi qu'aux frontières du pays, et fournit un soutien technique et du personnel d'appoint. Elle a, dans un premier temps, avec ses partenaires, mis à jour l'analyse de la situation de santé publique de l'Ukraine, afin de recenser les lacunes du système de santé pour pouvoir intervenir rapidement. L'OMS et le groupe de responsabilité sectorielle Santé ont également lancé l'outil de cartographie 3W (*Who/What/Where*), destiné à montrer qui fait quoi et où, et développé, par le biais de l'initiative EIOS (*Epidemic Intelligence from Open Sources*), des activités de surveillance de risques potentiels permettant notamment de détecter les flambées épidémiques afin

¹⁶³ Déclaration de l'OMS/Europe à propos de l'Ukraine, Copenhague, 24 février 2022.

¹⁶⁴ Déclaration du docteur H. P. Kluge, directeur régional de l'OMS pour l'Europe, 8 mars 2022.

d'intervenir rapidement. Pour assister le système de santé, elle devait ensuite identifier les besoins, disposer des approvisionnements en produits médicaux et assurer leur transit. Les besoins immédiats portaient en particulier sur les dispositifs médicaux nécessaires à l'oxygénothérapie et au traitement des traumatismes mais ils se sont accrus rapidement du fait de l'aggravation du conflit. Elle a pu ainsi dans un premier temps envoyer plus de 100 tonnes de matériel médical et ensuite accroître les approvisionnements à partir de réseaux régionaux. Dans ce but, l'OMS a ouvert un centre d'opérations à Rzeszów en Pologne à partir duquel a été organisé un couloir logistique permettant une ligne d'approvisionnement en fournitures de traumatologie à destination de la plupart des villes ukrainiennes. Plus généralement, l'OMS a ainsi livré des centaines de tonnes d'aide médicale, y compris dans les villes situées sur la ligne de front à partir du centre d'opération fonctionnel de Lviv à l'Ouest puis également de Dnipro au centre du pays. Le maintien de l'ouverture des chaînes d'approvisionnement et leur sécurisation s'est donc avéré un enjeu majeur pour garantir l'assistance sanitaire aux Ukrainiens et notamment aux 7,1 millions de déplacés que comptait le pays le 20 avril¹⁶⁵. La disposition de beaucoup d'hôpitaux près des lignes de front et le respect très aléatoire des cessez-le-feu ont toutefois rendu cette mission difficile. Néanmoins, dans les jours qui ont suivi l'invasion, l'OMS a pu envoyer des fournitures médicales, des kits de traumatologie et du matériel divers et le 5 mai 2022, elle avait livré plus de 316 tonnes de fournitures médicales, venant ainsi en aide à 7,5 millions de personnes et apportant un appui pour plus de 200 000 actes chirurgicaux.

Si le rôle des États voisins de l'Ukraine et spécialement de la Pologne s'avère décisif pour assurer une assistance sanitaire à la population ukrainienne, ces États sont aussi les plus directement touchés par les réfugiés qui ont fui le pays. Cela concernait le 26 avril 2022, en Pologne 2 922 978 personnes, en Roumanie 777 602, en Hongrie, 496 914, en Moldavie 435 275 et en Slovaquie 355 493¹⁶⁶. À cette date, 605 815 personnes s'étaient réfugiées en Russie et 24 477 en Biélorussie mais on assistait aussi à un mouvement de retour vers l'Ukraine. L'OMS a donc été amenée à contribuer à la gestion de la situation ainsi créée dans ces États et pour cela, elle a déployé des équipes d'experts en Hongrie, en Pologne, en République de Moldova et en Roumanie. Les besoins des réfugiés en matière de santé font appel en effet à de multiples services : maladies à prévention vaccinale ; santé des mères, des nouveau-nés et des enfants ; maladies non transmissibles, VIH et tuberculose, mais aussi santé mentale et soutien psychosocial. L'OMS a donc développé sa collaboration avec ces pays pour renforcer la capacité de leurs systèmes de santé à accueillir un grand nombre de réfugiés en provenance d'Ukraine. Si leurs besoins sanitaires sont multiples, l'accès à la vaccination est essentiel afin de protéger les plus vulnérables d'entre eux contre les maladies à prévention vaccinale. En pratique, cette action doit être menée dans une double direction pour éviter toute propagation des épidémies : à l'égard de réfugiés qui viennent d'un pays où le système de santé est fragilisé, le taux de vaccination pour le Covid-19 faible et qui ont subi des conditions de vie et de déplacement propices à leur transmission ; à l'égard des populations des États d'accueil dans lesquels des maladies à prévention vaccinale peuvent circuler et ainsi atteindre les réfugiés, en particulier lorsqu'ils sont vulnérables. L'accès équitable aux vaccins doit donc toujours être un droit pour tous, quel que soit le lieu où l'on se trouve. La vaccination contre des maladies telles que le Covid-19, la rougeole et la poliomyélite est particulièrement importante pour les groupes de population les plus à risques et qui se déplacent ou vivent dans des espaces resserrés. De nombreux pays de la Région européenne accueillant des réfugiés d'Ukraine ont donc proposé des services de vaccination aux enfants et aux adultes et l'OMS a recommandé à tous les pays de

¹⁶⁵ <https://news.un.org/fr/story/2022/04>

¹⁶⁶ <https://news.un.org/fr/story/2022/04/1118892>

la Région, dont certains sont encore considérés comme endémiques pour la rougeole et la rubéole, de s'assurer que la population locale est entièrement vaccinée et de veiller à prendre en compte les populations de réfugiés dans toutes les activités de vaccination de masse.

C'est dans ce contexte que trois Bureaux régionaux de l'OMS¹⁶⁷ ont réuni, le 18 mars 2022, des pouvoirs publics de 122 États, des représentants de la société civile, dont des réfugiés et des migrants, et des partenaires du secteur de la santé à Istanbul afin d'élaborer un nouveau projet commun pour la santé et le bien-être des réfugiés, des migrants et des communautés d'accueil. Bien que la réunion ait été planifiée bien avant la guerre en Ukraine, la crise en Europe centrale suivant celles en Syrie et sur le continent africain a fait que son caractère d'urgence est devenu évident. Pour le Directeur d'OMS/Europe en effet, « avec les réfugiés et les migrants, nous devons repenser notre approche de la santé publique, pour prendre conscience que nous nous portons tous mieux lorsque chacun d'entre nous, quel que soit son statut, a accès à la santé ».

Un consensus s'est manifesté entre les participants autour d'un « cadre 5+5 », reposant sur cinq leçons apprises et cinq interventions. Selon les premières, la migration doit être considérée comme un atout, et non pas un fardeau et elle doit être envisagée selon une approche globale tout en tenant compte de l'avis des réfugiés et des migrants. Les systèmes de santé doivent être inclusifs, centrés sur la personne et reposer sur le concept d'« Une seule santé » qui fait le lien entre la santé des humains, des animaux et de la planète. Sur cette base, les participants ont préconisé cinq mesures prioritaires. Ils ont affirmé la nécessité de faire bénéficier les migrants et les réfugiés d'une couverture sanitaire universelle, de mettre en œuvre des politiques inclusives dans les situations d'urgence, de promouvoir l'inclusion sociale afin de faire reculer les inégalités entre les personnes, de renforcer la gouvernance de la santé et la collecte de données dans le cadre des migrations, enfin de soutenir de nouveaux partenariats et des méthodes de travail innovantes. Le cadre 5+5 qui a déjà fait ses preuves, s'inspire de la Stratégie et du plan d'action sur la santé des réfugiés et des migrants dans la Région européenne de l'OMS 2016-2022, mis en place par le Comité régional de l'OMS pour l'Europe après la crise des migrations de 2015. Alors que de nombreux pays d'accueil n'étaient pas préparés, la Stratégie a permis des progrès sur la quasi-totalité des paramètres. De nombreux États membres ont rendu leur système de santé plus accessible et inclusif, élaboré des plans d'urgence en prévision d'une arrivée massive de réfugiés et de migrants et procédé à des évaluations des besoins sanitaires de ces populations vulnérables¹⁶⁸.

Cette stratégie de protection de la santé des populations en situation d'urgence n'a cependant de portée que si les acteurs internationaux et nationaux peuvent remplir leur mission en toute sécurité. Or, dans le cas de l'Ukraine, il apparaît que l'action de l'OMS et d'autres intervenants a été entravée voire empêchée par le non-respect par la Russie de l'obligation de protection des établissements et personnels sanitaires telle qu'elle résulte des Conventions de Genève de 1949 et de leurs Protocoles de 1977 auxquels elle est Partie. Selon ces textes en situation de conflit armé, les installations, moyens et personnels sanitaires ne peuvent faire l'objet d'attaque. Pour les bâtiments et les véhicules, leur nature est attestée par le fait qu'ils arborent l'insigne de la Croix Rouge sanitaires et les personnels. La question toujours sensible de la preuve de faits d'attaques armées contre le personnel sanitaire est désormais facilitée puisque l'OMS dispose d'un mandat pour la surveillance des

¹⁶⁷ OMS/Europe, OMS/Afrique, OMS/Méditerranée orientale.

¹⁶⁸ Priorité à la santé des réfugiés et des migrants : un plan d'action nécessaire, de toute urgence, pour les pays et les régions de notre monde interconnecté, Istanbul, le 18 mars 2022, <https://www.euro.who.int/fr/media-centre/sections/press-releases/2022/>.

attaques contre les structures médicales, fondé sur la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé adoptée en 2012. Par ce texte, il est demandé à l'OMS d'être le chef de file mondial dans la collecte et la diffusion de données sur les attaques contre les structures médicales. À cet effet, elle a mis en place *l'Initiative sur les attaques contre les structures médicales* afin de collecter systématiquement des éléments de preuve, de plaider pour que l'on mette fin à ces attaques, et de promouvoir les meilleures pratiques pour, dans ce contexte, préserver les soins de santé. Elle s'appuie pour cela sur le Système de surveillance des attaques (SSA) contre les structures médicales et les personnels de santé¹⁶⁹, nouvel outil mondial en ligne qu'elle a lancé en décembre 2017. Il enregistre les actes et les menaces de violence, ainsi que les entraves qui compromettent la fourniture de soins et de services de santé préventifs et curatifs dans les pays touchés par des conflits ou des crises et permet de mesurer leur incidence sur la santé des populations au travers d'une démarche normalisée. D'autres organisations comme le Mouvement international de la Croix Rouge et du Croissant rouge collectent des données sur le sujet grâce à l'initiative « Les soins de santé en danger » qui vise à améliorer l'accès aux soins de santé et à rendre leur fourniture plus sûre dans les conflits armés et autres situations d'urgence. Son but est de promouvoir le respect des personnels de santé, des structures médicales et des moyens de transport sanitaire, ainsi que la mise en œuvre d'une série de recommandations et de mesures pratiques visant à protéger les services de santé et leur mission humanitaire. L'OMS est cependant le seul organisme à fournir des données mondiales en utilisant la même méthodologie pour tous les pays. Elle exploite ces informations, qui sont rendues publiques, dans le cadre de la campagne de sensibilisation qu'elle mène pour mettre fin aux attaques contre les soins de santé et mieux faire connaître les règles pertinentes du DIH. À terme, elle veut inciter la communauté internationale à agir pour une meilleure protection des services de santé. La collecte ne repose pas sur l'opposition traditionnelle entre informations « vérifiées » et « non vérifiées ». Le SSA retient quatre niveaux pour chaque signalement, à savoir : rumeur, possible, probable et confirmé. Dès lors qu'ils sont au minimum « possibles », tous les signalements sont publiés avec leur niveau de certitude qui repose sur le nombre et la fiabilité des sources. Le SSA permet ainsi au grand public de prendre connaissance des données collectées, à l'exclusion des informations sensibles ou susceptibles de compromettre la confidentialité et la sécurité des sources qui ne sont pas divulguées.

Dès le 24 février, l'OMS a donc pu faire état d'attaques confirmées contre les soins de santé : 64 attaques faisant 15 morts et 37 blessés entre le 24 février et le 21 mars ; au 7 avril, journée mondiale de la santé, 100 attaques faisant 73 morts et 51 blessés ; le 5 mai, 191 attaques sur des services de santé, au cours desquelles 75 personnes ont perdu la vie et 54 ont été blessées. Menées contre des établissements médicaux, des personnels de santé, des fournitures, des ambulances et des patients, elles constituent des violations graves du droit international humanitaire et de plus, devenant « une tactique de guerre inquiétante et courante, elles détruisent les infrastructures essentielles, et pire encore, elles détruisent l'espoir », Les soins de santé ne sont pas une cible, et ne devraient jamais en être une.

¹⁶⁹ Surveillance System for Attacks on Health Care (Système de surveillance des attaques contre les soins de santé, ou SSA).