Quatorzièmes rencontres internationales d'Aix-en-Provence

La société internationale et les grandes pandémies

Colloque des 8 et 9 décembre 2006

Sous la direction de
Rostane Mehdi
et Sandrine Maljean-Dubois

Editions A.PEDONE
13 rue Soufflot - 75005 Paris
2007

QUATORZIEME RENCONTRES INTERNATIONALES D'AIX EN PROVENCE

LA SOCIETE INTERNATIONALE ET LES GRANDES PANDEMIES

Colloque des 8 et 9 décembre 2006

Sous la direction de

Sandrine Maljean-Dubois et Rostane Mehdi

organisées par :
L'Institut d'Etudes Politiques d'Aix-en-Provence,
le Centre d'Etudes et de Recherches Internationales et Communautaires
(CERIC – CNRS UMR 6201)
de la Faculté de Droit et de Science Politique d'Aix-Marseille,
le Centre d'Information des Nations Unies à Paris

Editions A. PEDONE
13, rue Soufflot
75005 PARIS

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

« La loi du 11 mars 1957 n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que les copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite » (alinéa 1er de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

© Editions A. PEDONE – PARIS – 2007

ISBN 978-2-233-00517-5

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

ONT COLLABORE A CET OUVRAGE

Angot Jean-Luc, Directeur général adjoint de l'Organisation mondiale de la santé animale

Bélanger Michel, Professeur à l'Université de Bordeaux, Directeur du CERDES (droit public)

Brauman Rony, Président honoraire de Médecins sans frontières

Burci Gian Luca, Conseiller juridique, Organisation mondiale de la santé

Desclaux Alice, Professeur d'anthropologie à l'Université Paul Cézanne (Aix-Marseille III), Directrice du Centre de recherche Cultures, Santé, Sociétés (CReCSS)

Dubouis Louis, Professeur émérite de l'Université Paul Cézanne (Aix-Marseille III) (droit public)

Duval Christian, Directeur de l'Institut d'études politiques d'Aix-en-Provence

Feuillet Brigitte, Membre de l'Institut Universitaire de France, Professeur à la Faculté de droit et de science politique de Rennes (droit privé)

Leca Antoine, Professeur à l'Université Paul Cézanne (Aix-Marseille III), Directeur du Centre de droit de la santé d'Aix-Marseille (droit public)

Lounnas Samia, Coordinatrice ONUSIDA en Algérie

Maljean-Dubois Sandrine, Chargée de recherche au CNRS, Directrice-adjointe du CERIC

Martin Jean-Christophe, Docteur en droit public, Post-doctorant au CERIC, Université Paul Cézanne (Aix-Marseille III)

Mehdi Rostane, Professeur à l'Université Paul Cézanne (Aix-Marseille III) et au Collège d'Europe de Bruges, Directeur du CERIC (droit public)

Mehdi Youssef, Professeur, Faculté de médecine d'Alger, Doyen honoraire

Pinell Patrice, Directeur de recherches à l'INSERM

Poulain Michèle, Ingénieur d'études au CNRS

Richard Vanessa, Chef de projet à l'Office international de l'eau, Chercheur associé au CERIC (Université Paul Cézanne Aix-Marseille III, CNRS UMR 6201)

Salmon Jean, Professeur émérite de l'Université Libre de Bruxelles, Membre de l'Institut de droit international (droit public)

Segovia-Kueny Sandrine, Médecin, Responsable de la cellule risque biologique et bioterrorisme, Secrétariat général de la défense nationale, service du Premier ministre

Sorel Jean-Marc, Professeur à l'Université Panthéon-Sorbonne (Paris I) (droit public)

Tanti-Hardouin Nicolas, Économiste, Laboratoire de santé publique, Faculté de médecine de Marseille, Université de la Méditerranée

Truchet Didier, Professeur à l'Université Panthéon-Assas (Paris II), Président de l'Association française de droit de la santé (droit public)

Varella Marcelo Dias, Chercheur au CNPQ, Professeur au Centre universitaire de Brasilia, Assesseur à la Présidence de la République du Brésil.

Zeddam Adel, Psychologue, Président AIDS Algérie

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ADPIC	Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les –)
AFDI	Annuaire français de droit international
AIDS	Voir SIDA
AIEA	Agence internationale de l'énergie atomique
APEC	Asia-Pacific Economic Cooperation
APHCA	FAO Regional Animal Production and Health Commission for Asia and the Pacific
ASEAN	Association des Nations de l'Asie du Sud-Est
BTWC	Convention internationale sur les armes biologiques ou à toxines
CABT	Convention internationale relative aux armes biologiques et à toxines
CAD	Comité d'aide au développement
CEDEAO	Communauté Économique Des États de l'Afrique de l'Ouest
CEPCM	Centre européen de prévention et de contrôle des maladies
CICR	Comité international de la Croix-Rouge
CIJ	Cour internationale de Justice
CISMA	Conférence Internationale sur le Sida et les Maladies sexuellement transmissibles en Afrique
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CNUCED	Conférence des Nations Unies sur le commerce et le développement
CPS	Secrétariat de la Communauté du Pacifique
CVP	Comité vétérinaire permanent du Cône sud
EAIDSNet	African Integrated Disease Surveillance Network
EMPRES	Emergency Prevention System for Transboundary Animal and Plant Pests and Diseases
ESB	Encéphalopathie spongiforme bovine
EWIDS	Early Warning Infectious Disease Program
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FLUNET	Réseau de surveillance mondiale de la grippe
GATT	General Agreement on Tariffs and Trade
GFATM	Fonds Mondial pour la lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme
GF-TADs	Programme global pour le contrôle progressif des maladies animales transfrontalières / Global Framework for the Progressive Control of Transboundary Animal Diseases
GOARN	Global Outbreak Alert & Response Network
GPHIN	Global Public Health Intelligence Network (voir RMISP)
IICA	Institution interaméricaine de coopération pour l'agriculture
INFOSAN	Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
JORF	Journal officiel de la République Française
JORF	Journal officiel des Communautés européennes
NBC	Nucléaires, biologiques et chimiques (armes)
OADA	Organisation arabe pour le développement agricole
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODM	Objectif(s) du Millénaire

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

OH-SDN	Organisation d'hygiène de la Société des Nations
OIE	Organisation mondiale de la santé animale (anciennement Office international des épizooties)
OIHP	Office international de l'hygiène publique
OIPC-Interpol	Organisation internationale de police criminelle
OIRSA	Organisation internationale régionale pour la protection des plantes et de la santé animale
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMS	Organisation mondiale de la santé (voir WHO)
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies Sur le VIH/SIDA (UNAIDS)
OOAS	Organisation ouest-africaine de la santé
OPS	Organisation panaméricaine de la santé
OTAN	Organisation du Traité de l'Atlantique-Nord
PAHO	Pan American Health Organization
PATTEC	Pan African Tsetse and Trypanosomiasis Eradication Campaign
PCRD	Programme-Cadre pour la Recherche et le Développement
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PUAM	Presses universitaires d'Aix-Marseille
PUF	Presses Universitaires de France
RAVE	Red Andina de Vigilancia Epidemiológica
RBDI	Revue belge de droit international
RDILC	Revue de droit international et de législation comparée
REH	Relevé épidémiologique hebdomadaire
RGDIP	Revue générale de droit international public
RIDI	Réseau internet pour le droit international (ridi.org)
RILS	Recueil international de législation sanitaire
RMISP	Réseau mondial d'intelligence en santé publique (voir GPHIN)
RSI	Règlement sanitaire international
RTDCiv	Revue trimestrielle de droit civil
RTNU	United Nations Treaty Collection
SAARC	Secrétariat de l'association de l'Asie du Sud pour la coopération régionale
SADC	Southern African Development Community
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome (Voir SRAS)
SDN	Société des Nations
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SPS	Mesures sanitaires et phytosanitaires (Accord sur les –)
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère (voir SARS)
TEPHINET	Réseau de formation en épidémiologie
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UPD	Usage problématique de drogue
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Human Immunodeficiency Virus (SIDA)
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (SIDA)
WHO	World Health Organization (voir OMS)
WHONET	Réseau mondial de surveillance des résistances aux antibiotiques

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

ALLOCUTIONS D'OUVERTURE

Christian Duval,

Directeur de l'Institut d'Etudes politiques d'Aix-en-Provence

C'est une évidence, la mondialisation accroît le risque de propagation internationale des maladies infectieuses. Certes, celles-ci ont toujours ignoré les frontières comme le prouvent la trop funeste grippe de 1918 et ses millions de morts partout dans le monde. Mais, fait sans précédent dans l'histoire, la considérable multiplication des échanges et des contacts humains ou matériels facilite une contagion potentiellement planétaire. Malgré cela, quelques Etats restent tentés par l'option d'un protectionnisme sanitaire totalement inadapté. L'importation des virus est en effet impossible à prévoir et à contenir. La seule solution est internationale. Elle réside dans l'adoption de dispositifs de prévention et d'action favorisant le traitement de ces « crises sanitaires » au moyen de mesures multilatérales.

Tel est le thème de ces quatorzièmes rencontres internationales d'Aix-en-Provence auxquelles l'IEP ne pouvait que s'associer. D'abord parce que depuis l'initiative originelle du Professeur Yves Daudet, ancien Directeur, l'Institut a toujours très vivement soutenu et accueilli l'ensemble de ces colloques – moments attendus de notre vie universitaire. Ensuite parce que l'objet des débats ne pouvait que susciter l'intérêt des chercheurs, enseignants et étudiants de « Sciences Po ». Les sujets de réflexion abordés recoupent, pour la plupart, nos champs d'enseignement et de recherche, actuels ou potentiels : gestion des crises internationales, conception et mise en œuvre de dispositifs de régulation internationale, liens entre développement et santé publique, évaluation de nouveaux risques politiques internationaux tels que le bioterrorisme…

Voilà qui à n'en point douter inspirera et alimentera travaux et débats futurs dans notre Institution.

A titre personnel, et en tant que nouveau Directeur de l'IEP, je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont permis la très belle réussite de cette manifestation : le comité scientifique, le comité d'organisation, les contributeurs, les bénévoles… un remerciement particulier pour le Professeur Louis Dubouis.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Sandrine Maljean-Dubois,
Chargée de recherche au CNRS, directrice-adjointe du CERIC

Rostane Mehdi,
Professeur à l'Université Paul Cézanne (Aix-Marseille III)
et au Collège d'Europe de Bruges, Directeur du CERIC

Placées sous la direction scientifique du CERIC, les Rencontres internationales d'Aix-en-Provence ont été lancées en 1991 par le Professeur Yves Daudet, avec l'audace et la prescience que chacun lui connaît. Depuis lors, les thèmes se sont succédés sans toujours se ressembler, mais l'esprit initial de ces rencontres perdure, marqué par une volonté tout à la fois d'ouverture vers les praticiens, diplomates, hauts fonctionnaires internationaux, et de pluralité des disciplines scientifiques représentées. Les quatorzièmes Rencontres, qui se sont tenues les 8-9 décembre 2006 sur le thème des « grandes pandémies », n'ont pas dérogé à cette tradition. La problématique interroge naturellement les médecins, mais aussi les juristes, les politistes, les sociologues, les économistes, les anthropologues ou les historiens ; seul le dialogue des disciplines peut en éclairer les multiples facettes.

« *La peste fut notre affaire à tous* » note le narrateur de l'œuvre éponyme d'Albert Camus. La densité des rapports noués à travers les frontières depuis le XIXème siècle disqualifie la vision d'un monde découpé bien nettement en compartiments isolés appelés Etats ou nations qui ne reflètent pas la réalité des faits dans une grande partie de la planète.

Les premiers accords internationaux d'« hygiène publique » furent signés au XIXème siècle. Ils avaient pour objectif d'empêcher le développement des épidémies telles que la peste ou le choléra sur le territoire national. Depuis la création de l'Organisation Mondiale de la Santé, en 1948, l'appréhension de ces épidémies s'est peu à peu globalisée. Les préoccupations sanitaires sont de plus en plus prégnantes, tant les menaces sont réelles : persistance de pandémies telles que la tuberculose ou le paludisme, développement et ravages du VIH/SIDA, notamment en Afrique, apparition de nouveaux risques. Ainsi les peurs provoquées par le SRAS, la grippe aviaire ou encore le risque d'éventuelles attaques terroristes chimiques et bactériologiques ont-elles ces dernières années conféré une grande acuité à cette question.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

De fait, la lutte contre les grandes pandémies s'intensifie et est devenue l'un des objectifs principaux des Nations Unies. La santé figure au rang des Objectifs du Millénaire pour le Développement. En particulier, « *combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies* » en constitue l'Objectif 6. Les cibles 7 et 8 prévoient : *« d'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle* » et « *d'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle* ». 2015, c'est demain…

Le sujet met en évidence la nécessité d'une approche globale dans la lutte contre les pandémies, elles-mêmes indissociables de plusieurs facteurs économiques, politiques et sociaux tels que le niveau de développement, l'éducation, la sécurité alimentaire, les relations homme-femme ou encore les facteurs environnementaux. Les liens avec le développement humain et le développement durable sont marqués. Plus loin encore, le 10 janvier 2000, le Conseil de sécurité des Nations unies a identifié la pandémie de sida comme une menace pour la paix et la sécurité mondiale. Quelques mois plus tard, en juin 2000, les membres du G8 soulignaient le risque majeur de déséquilibre mondial que représentent les épidémies de sida et de tuberculose et le paludisme endémique dans les pays en développement. En 2001, l'Assemblée générale de l'ONU a tenu une session extraordinaire – la première consacrée à une maladie – sur le VIH/SIDA.

Toutes les institutions de la famille des Nations Unies sont concernées à un titre ou un autre, y compris les institutions de Bretton Woods. L'Organisation mondiale du commerce a également un rôle à jouer, s'agissant de la problématique – déterminante – de l'accès aux médicaments essentiels et notamment aux médicaments rétro antiviraux. Les programmes se multiplient et les initiatives tant locales qu'internationales aussi : création d'ONUSIDA en 1996, d'un Fonds mondial du Secrétaire général pour la santé et contre le sida, partenariat international contre le sida en Afrique en 2001, d'un Fonds global de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en 2002, mise en place de la Facilité internationale d'achats de médicaments. Une Conférence internationale sur le VIH/SIDA a lieu tous les deux ans, en alternance dans un pays développé et en développement (Bangkok en 2004, Toronto en 2006).

La communauté internationale avance, mais encore en ordre dispersé, et les résultats de ces multiples stratégies et actions sont encore assez modestes. Les crises aigues – telles que le SRAS ou la grippe aviaire – ont mis en lumière l'inadaptation du cadre institutionnel et normatif

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

international. Sur de telles questions, la nécessité d'un partenariat entre les institutions internationales et les autres acteurs de la société internationale (gouvernements, entreprises, société civile) se fait particulièrement sentir. La lutte contre les grandes pandémies requiert une amélioration de la *gouvernance* sur le plan international.

Prenons garde à ce que notre incapacité et/ou nos faiblesses ne conduisent à ouvrir la porte de Pandémonium, cette capitale imaginaire de l'Enfer où les esprits démoniaques, rassemblés autour de Satan, œuvrent au malheur du Monde.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

RAPPORT INTRODUCTIF

Jean Salmon,

Professeur émérite de l'Université Libre de Bruxelles,
Membre de l'Institut de droit international

Le droit international de la santé est un parent pauvre de la littérature juridique internationale. Il est vrai que la question semble relever plus de la compétence des médecins, des épidémiologistes et des spécialistes de santé publique que de celle des humbles juristes.

Aussi l'humble juriste, qui a toujours tout à apprendre de celui qui connaît les faits, s'est-il mis sagement à l'écoute de l'histoire étrange des pandémies.

Mais d'abord qu'est-ce qu'une pandémie ? Il s'agit d'une épidémie[1] qui atteint un grand nombre de personnes dans une zone géographique très étendue[2].

Le phénomène n'est pas nouveau ; il remonte à la nuit des temps. Car l'homme a toujours vécu en symbiose avec microbes, bactéries et virus. Comme l'écrit le professeur Norbert Gualde - auquel nous empruntons une grande partie de nos informations - : « *La cohabitation des hommes et des microbes est une situation normale. Le corps humain héberge des milliards de bactéries et de virus. L'histoire humaine est celle d'une longue vie commune* ». Comme il écrit encore « *nous demeurons chez les microbes qui nous habitent* »[3] ; « *Nous possédons des bactéries qui nous possèdent* »[4].

Il s'agit toutefois d'un ménage à trois sinon à quatre. Outre le virus et l'homme, il faut compter avec le réservoir et le vecteur.

Le réservoir d'un virus est *« un animal qui héberge un virus et qui peut le transmettre à un autre organisme d'une espèce différente »*[5] Ainsi, le

---

[1] « *développement d'une maladie ou d'un phénomène pathologique qui atteint simultanément de nombreux individus répartis sur une région déterminée et soumis à des influences identiques et inhabituelles* ».

[2] *Petit Robert.*

[3] N. Gualde, *Comprendre les épidémies, Les empêcheurs de tourner en rond*, Le Seuil, Paris, p. 217.

[4] *Ibid.*

[5] A. Gessain, J.-C. Manuguerra, *Les virus émergents*, PUF, QSJ, 2006, Paris, p. 18. Selon le Règlement sanitaire international dans sa version de 2005 – ci-dessous « RSI (2005) » - *« 'réservoir' s'entend d'un animal, d'une plante ou d'une substance qui héberge normalement un agent infectieux et dont la présence peut constituer un risque pour la santé publique ».*

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

rat héberge la puce qui sera un vecteur de la peste. L'être humain peut aussi être un réservoir.

Le vecteur, pour sa part, est un « *animal susceptible de transmettre directement ou via un autre animal un agent infectieux* »[6]. Ainsi, parmi les oiseaux : le canard et le poulet sont vecteurs de la grippe. Parmi les mammifères : le renard, la chauve-souris pour la rage ; le porc pour la grippe ; les rongeurs pour la peste, le virus Hanta, la fièvre de Lassa, la lèpre ; les mollusques pour l'hépatite. Au sein des insectes : la puce et le pou pour la peste ; les tiques pour la maladie de Lyme ; les moustiques pour le paludisme, la fièvre jaune, la dengue, la maladie du virus West Nile ; la mouche tsé-tsé pour la maladie du sommeil ; une punaise pour la maladie de Chagas, etc.

Les immunités

Face à cette « Triplice » (virus - réservoir - vecteur) comment l'individu se défend-t-il ? Il est protégé par ce que l'on appelle des immunités (au sens médical qui n'a rien à voir avec celui des juristes).

L'immunité c'est « *la faculté physiologique que l'être humain possède de se défendre contre des composants de son environnement potentiellement hostiles* »[7]. On distingue les immunités individuelles et les immunités des populations.

L'immunité individuelle est soit innée (résilience essentielle), soit adaptative ou accidentelle (lorsque le sujet a résisté à la maladie ou a été vacciné).

L'immunité des populations résulte du fait que ces dernières sont constituées de sujets ayant résisté à la maladie ou de sujets vaccinés. Lorsqu'un grand nombre de sujets d'une population donnée est immunisé, cela empêche la diffusion en son sein de l'agent correspondant au vaccin. L'épidémie ne se répand pas faute de victimes. Ainsi une campagne de vaccination ayant éradiqué la variole en 1980, on cessa la vaccination. Tous ceux qui sont nés après cette date ne sont protégés que par leurs aînés qui ont été vaccinés. Un problème pourrait naître, si d'aventure la variole devait réapparaître. Les générations anciennes s'amenuisent et sont submergées par de nouvelles générations non immunisées. Il faudrait alors songer à reprendre la vaccination. La question est d'ailleurs à l'étude.

Dans l'exposé qui suit, avant de voir comment on peut considérer que le droit international appréhende le phénomène des pandémies, il n'est pas inutile d'examiner comment ces dernières sont apparues et les

---

[6] Selon le RSI (2005), *« 'vecteur' s'entend d'un insecte ou de tout animal qui véhicule normalement un agent infectieux constituant un risque pour la santé publique »* (art.1. Définition).

[7] N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.*, L'immunité des populations, pp. 47-78.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

facteurs - y compris la responsabilité humaine - expliquant leur développement.

I. LE DEVELOPPEMENT DES PANDEMIES ET L'HOMME

A. L'historique des pandémies

La cohabitation humains - bactéries étant une vieille histoire, on peut se demander comment elle a évolué. L'histoire des relations entre bactéries et genre humain est pleine d'instruction.

a) Au *néolithique*, du temps où - on le suppose - l'homme vivait en groupe de quelques dizaines d'individus, il était en contact avec des virus à transmission familiale ou chronique ou encore contractait des maladies d'origine animale (zoonose), notamment à l'occasion de la chasse.

b) La *première transition épidémique*, selon Norbert Gualde, accompagne l'abandon au néolithique d'une économie fondée sur la chasse, la pêche et la cueillette au profit d'une *économie de production (domestication d'animaux et agriculture)*. Avec l'avènement de la domestication des animaux (porc, bœuf, mouton, chèvre), apparaissent de nouvelles maladies virales d'origine animale: la variole, la diphtérie, la grippe, les salmonelloses, la peste, la tuberculose, la lèpre, la rougeole. L'adoption de l'agriculture comme moyen de production implique sédentarisation, souvent déboisements (essartage) et irrigation. Ceci, à son tour, signifie retenue d'eau, eaux stagnantes, déjections d'animaux, réservoirs de vecteurs microbiens (moustiques du plasmodium du paludisme, la mouche tsé-tsé, trypanosome de la maladie du sommeil, etc.). Ce sont des bouillons de culture bactériens (typhoïde, choléra), viraux ou parasitaires (bilharziose, etc.).

c) La *deuxième transition épidémique* s'est produite durant l'Antiquité avec la *fondation des cités-États* très peuplées. La construction de routes, les échanges commerciaux et les guerres créent les conditions de propagation de cités à cités des épidémies, désignées sous le nom de peste. Par exemple l'épidémie dite « peste d'Athènes » au Vème siècle. Au Moyen-Âge la peste fait régulièrement des réapparitions jusqu'à la fameuse peste noire du XIVème siècle (1347). Elle fut causée par la terrible bactérie *yersinia pestis*. Le Tartare Khan Djanibek assiégeait les Génois à Kaffa sur la mer Noire. Son armée fut décimée par une épidémie de peste. Avant de lever le siège, par dépit, il fit catapulter des cadavres au-dessus des murailles. Les Génois fuirent avec 18 galères, emportant de précieuses marchandises et … le bacille à Constantinople, Messine, puis Marseille. L'esprit de lucre fut cause de plusieurs millions de morts en Europe entre 1347 et 1350. La peste réapparaîtra de manière

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

récurrente pendant une centaine d'années, notamment à Avignon en 1359. À cette occasion parmi les 17 000 morts, on comptera 9 cardinaux et les cent évêques sans exception. Il faut croire que Dieu reconnaissait les siens.

d) La *troisième transition épidémique* se produisit au XVIème siècle, avec la *conquête du Nouveau Monde.* En 1520, Hernán Cortez met le siège devant Tenochtitlán. Son armée est porteuse de la variole. Dans la population assiégée affaiblie, l'épidémie provoque des milliers de morts dans les deux ans qui suivent. Elle s'étendra progressivement à tout le continent jusqu'à la fin du siècle. On estime le nombre de morts à 50 millions. Les Européens étaient immunisés, les Amérindiens ne l'étaient pas.

Avec la colonisation de l'Afrique, on assiste à un nouvel échange de microbes. Les colonisateurs s'attachent à soigner la malaria et la fièvre jaune qui font des ravages parmi les conquérants Européens. On étudie, quoique de moindre manière, la maladie du sommeil et l'onchocercose.

Dans l'Europe du XIXème siècle : à l'époque industrielle, les villes de l'Europe du Nord sont envahies par la tuberculose (la phtisie) liée aux conditions sociales misérables particulièrement celles de la classe ouvrière.

Conséquence d'une mondialisation avant l'heure, produite par les mouvements des armées en guerre et les déplacements de population consécutifs à la 1ère guerre mondiale, la grippe espagnole fit entre 1918 et 1920 entre 20 et 40 millions de morts (les évaluations varient selon les sources). Elle est considérée comme ayant fait plus de morts que la première guerre mondiale.

e) La *quatrième transition épidémique* accompagne *la mondialisation.* En amplifiant et accélérant de façon considérable les échanges de biens et les déplacements humains elle a largement favorisé la propagation des épidémies. Les virus vont plus loin et plus vite. « *Il n'a fallu que quelques semaines au virus du SRAS pour quitter sa province de Guandong pour gagner Hong Kong, le Vietnam et Toronto* »[8].

Ceci nous conduit à dresser un bref tableau des pandémies.

B. Les principales pandémies (traditionnelles et émergentes)[9]

À vrai dire, elles sont de deux sortes : d'une part, les pandémies anciennes, bien connues, traditionnelles, mais qui peuvent resurgir génétiquement modifiées ou sur un autre continent profitant des facilités offertes par les voyages intercontinentaux et, d'autre part, les pandémies émergentes.

---

[8] *Ibid.*, p. 41.

[9] Sources notamment : Maladies couvertes par Epidemic and Pandemic Alert and Response de l'OMS.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

1. Les pandémies traditionnelles

Le choléra[10] : maladie diarrhéique provoquant une déshydratation mortelle si elle n'est pas traitée immédiatement. Elle est due à une bactérie *vibrio cholerae*. Le choléra est transmis par l'eau et les aliments contaminés. Il est lié au manque d'hygiène et à la surpopulation. Il frappe les quartiers les plus pauvres des villes. Il est aisément combattu par une hygiène stricte. Sévit actuellement notamment en Angola[11] et au Sud Soudan[12].

La fièvre jaune[13] : maladie virale, dite fièvre hémorragique. La maladie est due au virus de la fièvre jaune, ou virus amaril, qui appartient au groupe des *flavovirus*. On considère que le réservoir naturel de la fièvre jaune est principalement le singe et que le vecteur est le moustique, notamment les moustiques *Aedes aegypti* et *Haemagogus*. Originaire d'Afrique, elle fut probablement transportée au Nouveau Monde par la traite des esclaves. Cette maladie décima les armées françaises envoyées au Mexique au secours de Maximilien par Napoléon III. Depuis 1940 la vaccination de masse entraîne la disparition de la fièvre jaune de territoires entiers.

La grippe[14] : maladie provoquée par un virus s'attaquant surtout aux voies respiratoires supérieures. Les épidémies annuelles entraînent entre 3 et 5 millions de cas graves et 250 000 à 500 000 décès par an dans le monde. On a déjà signalé la tristement célèbre « grippe espagnole » (A H1N1). L'OMS a réussi à juguler en 1957 la « grippe asiatique » (A H2N2) et, en 1968, la grippe « de Hong Kong » (A H3N2). Elles ont chacune fait 1 million de morts. La composition génétique des virus grippaux subit de fréquentes modifications mineures, ce qui impose de reformuler chaque année les vaccins. Certains animaux sont des réservoirs de virus grippal : les oiseaux (le canard et le poulet) ainsi que certains mammifères (le porc). La vaccination doit être renouvelée annuellement du fait de la décroissance de l'immunité après quelques mois et des modifications virales annuelles.

La lèpre[15] *:* maladie chronique provoquée par le bacille *Mycobacterium leprae*. Elle provoque principalement des lésions cutanées et nerveuses.

---

[10] Site OMS <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs107/fr/index.html> ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.* pp. 95-99.

[11] Médecins sans frontières, *Le journal*, juin 2006.

[12] Voir le bulletin d'information de l'OMS sur la situation dans ce pays le 6 mars 2006.

[13] Site OMS <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs100/fr/> et N. Gualde *Comprendre les épidémies, op. cit.*, pp. 142-144.

[14] N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.*, pp. 111-122 ; *Le Monde*, 20 septembre 2006, p. 8 ; Site OMS <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs267/fr/>.

[15] Site OMS <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/fr/> ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.*, pp. 99-102.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Très ancienne maladie, elle était déjà connue en 600 avant J.C. Elle provoqua de célèbres phénomènes d'exclusion (léproseries). Quoiqu'en régression et guérissable, elle demeure fréquente en Inde, au Myanmar et en Indonésie.

Le paludisme ou malaria[16] : l'agent parasitaire est un protozoaire : le *plasmodium*. Son vecteur : le moustique femelle du genre *Anopheles*. Pour se transmettre le plasmodium a besoin de l'homme et du moustique. Ce dernier se développe dans les régions marécageuses, les mares et autres eaux stagnantes. La maladie est historiquement liée à la sédentarisation au déboisement et à l'irrigation. Elle fait des ravages en Afrique.

La peste[17] *:* zoonose affectant les petits animaux et leurs puces. Le bacille, *Yersinia pestis*, peut également infecter l'homme. Il se transmet de l'animal à l'homme par l'intermédiaire des piqûres de puces infectées et d'homme à homme par le contact direct. Maladie connue dès l'Antiquité.

La poliomyélite[18] : maladie très contagieuse, provoquée par un virus qui envahit le système nerveux et peut entraîner en quelques heures une paralysie totale. Touche principalement les enfants de moins de cinq ans. Il n'existe pas de traitement, la prévention par le vaccin est la seule option. Une campagne de vaccination a été lancée par l'OMS en 1988. En 2005 le nombre de malades est tombé à un peu moins de 2000 par an.

La tuberculose[19] : maladie contagieuse causée par une infection bactérienne chronique due au bacille de Koch. Durant les deux derniers millénaires, la tuberculose aurait emporté deux milliards d'êtres humains. En dépit d'énormes progrès thérapeutiques depuis la découverte du BCG et des avancées de la chimiothérapie, le bacille reste difficile à combattre : les souches sont multiples et résistent aux traitements. La maladie est en progression en Europe de l'Est et ferait annuellement par le monde 2 millions de morts.

La trypanosomiase africaine[20] ou maladie du sommeil : maladie parasitaire à transmission vectorielle. Le parasite est un protozoaire du genre *Trypanosoma* qui est transmis à l'homme par la piqûre d'une glossine dite mouche tsé-tsé s'étant infectée au préalable chez l'homme

---

[16] Site OMS <http://www.who.int/topics/malaria/fr/> ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.*, pp. 122-130.

[17] Site OMS <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs267/fr/> ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.* pp. 81-89.

[18] Site OMS <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/fr/> ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.* pp. 130 à 137.

[19] Site OMS <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/> ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.* pp. 102 à111.

[20] Site OMS <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs259/fr/> ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.* pp. 145-147.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

ou chez des animaux porteurs du parasite pathogène pour l'homme. Selon l'OMS, 60 millions de personnes dans 36 pays sont en danger d'être affectées par la maladie. On enregistre 300 000 cas par an.

La trypanomiase américaine (maladie de Chagas)[21] : maladie transmise par des punaises hématophages *trypanosoma cruzi* (kissing bugs). Il n'y a pas de vaccin.

Le typhus[22] : maladie historique, transmise par le pou du corps, liée aux camps militaires et aux champs de bataille. Dévasta autant que le froid la Grande Armée de Napoléon pendant la retraite de Russie.

La variole[23] : maladie éruptive due à un *moxvirus* (famille des *orthopoxvirus*) dont le réservoir est exclusivement humain. Très contagieuse d'humain à humain. Au XVIIIème siècle, la variole a tué 60 millions de personnes. Sans discrimination ; la famille royale des Bourbons fut décimée en 1711 et 1712. La variole a été éradiquée en 1980.

2. Les principales pandémies émergentes

Le Chikungunya : apparu à la Réunion, depuis avril 2005. Le vecteur est un moustique du genre *Aedes* (l'*aedes albopictus*). Le réservoir : l'homme en temps d'épidémie, en d'autre temps des mammifères vertébrés. Il n'y a pas de vaccin, seule médication : des anti-inflammatoires. Depuis février 2005 jusqu'à octobre 2006 l'épidémie aurait touché 266 000 personnes à la Réunion et causé 252 décès en 2006.

La maladie de Creutzfeld-Jakob[24] : l'encéphalopathie spongiforme bovine[25] (ESB) est une infection neurodégénérative transmissible et mortelle qui touche le cerveau des bovins. En novembre 1986 elle est apparue chez les bovins au Royaume-Uni. En juillet 1988, ce pays interdit l'utilisation de protéines de ruminants pour la préparation d'aliments destinés aux animaux. L'introduction dans la chaîne alimentaire humaine des abats d'origine bovine considérés comme posant un risque potentiel pour l'homme fut à son tour interdite au Royaume-Uni à partir de 1989. L'abattage des vaches malades et l'interdiction de la commercialisation de la viande bovine anglaise sur le continent eurent des conséquences économiques dramatiques pour les éleveurs. Les farines contaminantes étaient néanmoins commercialisées en grande quantité dans toute l'Europe. En 1994, on enregistre les premiers cas

---

[21] Site OMS http://www.paho.org/english/hcp/hct/dch/chagas.htm ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.* pp. 147-149.

[22] N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.*, pp. 144-145.

[23] Site OMS <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/smallpox/en/ ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.*, pp. 89- 95.

[24] N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.*, pp. 182-189.

[25] Site OMS <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs113/fr/>.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

humains de la maladie de Creutzfeld-Jakob : 10 morts en 1996 en Grande-Bretagne. D'octobre 1996 à novembre 2002, 129 cas de nv-MCJ ont été notifiés au Royaume-Uni, L'éradication de l'ESB a été recommandée au cours de la consultation OMS de décembre 1999.

La dengue[26] : fièvre hémorragique, cause importante d'hospitalisation et de mortalité infantile. Il n'existe ni traitement spécifique ni vaccin. Maladie transmise par le moustique *aedes aegypti*[27]. Propagation liée au commerce international des pneus usagés. Apparue dans les années 50, elle affecte tous les pays du sud-est asiatique, d'Afrique et d'Amérique du Sud. C'est une infection virale endémique dans les pays tropicaux. Selon l'Institut Pasteur, 60 à 100 millions de personnes sont atteintes chaque année dans le monde. On compte 20 000 décès par an. Environ 2,5 milliards de personnes, soit deux cinquièmes de la population mondiale, sont désormais exposées au risque. Selon les estimations actuelles de l'OMS, il pourrait y avoir chaque année dans le monde 50 millions de cas de dengue.

Ebola[28] : le virus Ebola (du nom de la rivière du Nord Est de la République démocratique du Congo où s'est développée la première apparition de cette épidémie en 1976), fait partie de la famille des *Filoviridae*. La fièvre à virus Ebola est une maladie hémorragique qui provoque la mort chez 50 % à 90 % des malades présentant des manifestations cliniques. Le diagnostic est difficile à établir. La maladie est à ce stade incurable. Le réservoir naturel semble se trouver dans les forêts tropicales du continent africain et du Pacifique occidental. On ignore quel est son réservoir : la chauve-souris frugivore ? Le virus Ebola se transmet par contact direct avec le sang, les sécrétions, les organes ou des liquides biologiques des sujets infectés. Il est présent en République démocratique du Congo (anciennement Zaïre), au Soudan et en Côte d'Ivoire. En 25 ans, le virus d'Ebola fut responsable d'une quinzaine de flambées épidémiques faisant 2 000 malades dont 1 300 morts.

La fièvre hémorragique de Marburg[29] : maladie mortelle, contagieuse, causée par un virus de la même famille qu'Ebola ; difficilement détectable, incurable (RDC et Angola). Ni vaccins, ni traitement.

Les *Filovirus* (Ebola et Marburg) sont connus depuis 30 ans, mais leurs hôtes naturels, leurs vecteurs et leurs réservoirs restent ignorés ; tant

---

[26] Site OMS <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/fr/> ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.*, pp. 193- 195.
[27] *Le Monde*, 14 octobre 2006, p. 12.
[28] Site OMS <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/fr/> ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.*, pp. 155-158 ; Gessain et Manuguerra, *op. cit.*, p. 84 et pp. 90-94.
[29] Site OMS <http://www.who.int/csr/disease/marburg/en/> ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.*, pp. 151-153.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

l'épidémiologie de la maladie que l'écologie des germes demeurent énigmatiques.

La fièvre du Nil occidental ou Virus West Nile[30] : elle provient d'un virus appartenant aux *flavovirus*. Ce dernier a été isolé la première fois en Ouganda en 1937. Il provoque une fièvre importante et des encéphalites mortelles. Son vecteur : les moustiques (11 sortes de moustiques mais surtout *Culex pipiens*) et les tiques. Le réservoir du virus est l'avifaune. Le virus est largement distribué en Afrique, en Europe et en Asie. Les mammifères sont de plus en plus piqués par ce moustique. En outre le moustique s'hybride avec des moustiques de l'ancien monde et peut dès lors changer de « menu ». En Europe, les mécanismes qui favorisent les épidémies de *pipiens* sont méconnus. En raison de la localisation des symptômes (système nerveux central) l'accès des molécules employées dans la médication est peu aisé. Les recherches de vaccins et de traitements sont en cours.

La Grippe aviaire[31] : Infection provoquée par des virus grippaux de type A, et en particulier les sous-types H5, H7 et H9. Cette infection peut toucher presque toutes les espèces d'oiseaux, sauvages ou domestiques. Elle est généralement asymptomatique chez les oiseaux sauvages, mais peut devenir très contagieuse et entraîner une mortalité élevée dans les élevages industriels de poulets et de dindes, d'où le nom de peste aviaire. Actuellement le virus H5N1 bien que répandu chez des millions d'oiseaux est très peu contagieux pour les humains. Les régions non affectées se prémunissent en empêchant l'entrée d'oiseaux et de volaille contaminée.

« Of the three prerequisites for a human pandemic, two have been met: emergence of a new influenza virus to which the population as little or no immunity and against which there is no effective vaccine ; and ability of the virus to replicate in human beings and cause disease. As yet there is no evidence of the third prerequisite - efficent human-to-human transmission - being met »[32].

---

[30] Site Pan American Health Organization <http://www.paho.org/French/AD/DPC/CD/wnv-info.htm>; N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.*, pp. 177-179 ; Gessain et Manuguerra, *op. cit.*, pp. 95-107 ; S. Foucart, « Le Moustique *Culens pipiens* change de menu et l'épidémie de West Nile s'accélère dangereusement. », *Le Monde*, 24 juin 2006, p. 7.

[31] Site OMS <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/avian_influenza/fr/index.html ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.* pp. 138-140 ; S. Rahmani, « Le dispositif international mis en place pour faire face à la grippe aviaire », *Sentinelle* n° 39, 30 octobre 2005 ; S. Rahmani, « La stratégie mondiale de lutte contre la grippe aviaire », *Sentinelle* n° 41, 13 novembre 2005 ; F. Rach, « Conférence internationale sur la grippe aviaire », *Sentinelle* n° 50, 22 janvier 2006.

[32] « Avian influenza should be ruffing our feathers », *The Lancet Infectious diseases*, vol. 4, October 2004, p. 595 ; Tran Tin Hien, « *Avian Influenza - A Challenge to Global Health Care Structures* », *The New England Journal of Medicine*, December 2, 2004, pp. 2363 ss. ; A. S. Monto, « The threat of an Avian Influenza pandemic », *The New England Journal of Medicine*, January 27, 2005, pp. 323 ss. ;

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

La course au vaccin est lancée[33].

Hanta[34], *Hantavirus* : fièvre hémorragique avec syndrome rénal, puis grippal, méningite et pneumonie hémorragique. Vecteur : une souris sylvestre. Maladie ancienne, décrite par les chinois aux environs de 960 ; redécouverte pendant la guerre de Corée. D'abord confinée en Eurasie, cette maladie est passée au continent américain et en Afrique. Recherches en cours.

Hépatite C[35] : le VHC est une cause majeure d'hépatite aiguë et d'affection hépatique chronique, notamment la cirrhose et le cancer du foie. On estime que 170 millions de personnes dans le monde sont des porteurs chroniques du VHC et que 3 à 4 millions de personnes sont infectées chaque année. Le VHC se transmet principalement par contact direct avec du sang humain contaminé. Les principales voies de transmission dans le monde sont donc la transfusion de sang qui n'a pas été soumis à un dépistage et la réutilisation d'aiguilles et de seringues non stériles. Le moyen le plus efficace de lutter contre l'hépatite C est donc probablement de réduire le risque de transmission nosocomiale du VHC (transfusions sanguines, injections à risque, etc) et les comportements à risque, par exemple, la consommation de drogues injectables.

La maladie du légionnaire [36] *ou légionellose*. La légionellose est une forme de pneumopathie grave et parfois mortelle. Elle est provoquée par une bactérie, *Legionella pneumophila*, et parfois par d'autres espèces de légionelles. Cette bactérie vit naturellement dans l'environnement et prolifère dans les eaux tièdes et les endroits tièdes et humides. *Legionella pneumophila* a été identifiée pour la première fois en 1977 : cette bactérie a provoqué une flambée de pneumopathies graves dans un centre où s'était réunie une convention d'anciens militaires aux États-Unis d'Amérique en 1976. Depuis, elle a été associée à diverses flambées reliées à des systèmes aquifères artificiels mal entretenus, notamment aux tours aéroréfrigérantes ou aux aérocondenseurs employés pour la climatisation dans les climatiseurs et les systèmes de refroidissement industriels, aux réseaux de distribution d'eau chaude et froide dans des bâtiments publics et privés, et aux bains bouillonnants.

« Avian Influenza A (H5N1) Infection in Humans », *The New England Journal of Medicine*, September 29, 2005, pp. 1374 ss.

[33] G. A. Poland, « Bacines against Avian Influenza - A Race against Time », *The New England Journal of Medicine*, March 30 2006, pp. 1411 ss.

[34] <http://www.paho.org/english/ad/dpc/cd/hantavirus.htm>; N. Gualde : *Comprendre les épidémies, op. cit.* pp. 179-182.

[35] Site OMS <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/fr/>.

[36] Site OMS <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs285/fr/>; N. Gualde: *Comprendre les épidémies, op. cit.* pp. 190-193.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

La maladie de Lyme[37] *:* accompagne la tique du daim aux États-Unis, la tique ixode en Europe.

Le SIDA ou Virus HIV *Human Immunodeficiency Virus* : déficience acquise de l'immunité cellulaire résultant de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et caractérisée par une sensibilité accrue aux infections opportunistes et aux néoplasmes malins. Cette maladie fut considérée au début comme propre aux homosexuels, puis aux Haïtiens et aux hémophiles. On sait depuis 1983 qu'il s'agit d'un virus et que la contamination est aussi hétérosexuelle.

Les groupes les plus exposés sont les usagers de drogues injectables, les prostituées, les homosexuels ou hétérosexuels à partenaires occasionnels. Pour des raisons sociologiques les femmes non prévenues des risques par défaut d'information sont un groupe particulièrement touché.

À la fin 2004 on estimait à 20 millions le nombre de personnes qui étaient mortes de la maladie. En 2004, on a enregistré 3 millions de victimes et on compte 40 millions de personnes séropositives. 5 millions de personnes ont été infectées en 2004. Les mesures préventives sont bien connues : l'utilisation du préservatif, de produits d'origine sanguine ne contenant pas de VIH, l'utilisation d'aiguilles et seringues à usage unique. Médicaments : la trithérapie, très coûteuse. Au surplus, des virus résistant aux médicaments font leur apparition.

Le Syndrome respiratoire aigu sévère / Severe acute respiratory syndrome (SRAS) [38] : *Coronavirus*. Pneumopathie atypique. Source animale, chauve-souris et civette. Pas de vaccin préventif à ce jour. Mais études en cours. Selon l'OMS, en 2003, la maladie a fait plus de 8 000 victimes dont 774 décès ; la Chine est le pays le plus touché mais aussi Hong Kong, Taiwan, Singapour, le Vietnam. Une diffusion aéroportée internationale par les voyageurs (hôtels) s'est produite au Canada (Toronto). Les actions publiques mises en œuvre ont contrarié une explosion épidémique. Lutte, dans les pays asiatiques : confinement des malades dans des hôpitaux spéciaux, mesures de protection par barrières physiques du personnel soignant. Ces mesures très fermes ont permis la réduction de la contamination. Grâce aux mesures de l'OMS (réseau d'alerte et action), c'est dans des délais extrêmement brefs que le virus nouveau (*tularaemia*) a été identifié, son génome décodé et des tests de diagnostic biologique mis au point.

Pour savoir comment combattre ces pandémies, il convient d'analyser quels sont les principaux facteurs de leur développement. Quoiqu'en dise

---

[37] N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.* pp. 189-190.

[38] Site OMS <http://www.who.int/csr/sars/en/> ; Gessain et Manuguerra, *op. cit.*, p. 71; N. Gualde : *Comprendre les épidémies, op. cit.* pp. 172 -177.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

le fabuliste, toutes ces maladies ne sont pas « *Un mal ... que le ciel en sa fureur inventa pour punir les crimes de la terre ...* ». L'examen des facteurs de développement des pandémies est éclairant en ce qu'il met à jour la grande responsabilité des conduites humaines dans ce phénomène.

3. Les facteurs de développement des pandémies

Selon l'Institut de recherches pour le développement: *« l'émergence d'agent infectieux, qu'ils soient d'origine bactérienne ou virale, découle des modifications apportées par l'homme à l'écosystème »*[39]. Il est vrai que si l'on met à part les changements abiotiques (climatiques)[40] ou biologiques (tenant au comportement des virus eux-mêmes - mutations de leur composition génétique, résistance aux médicaments, réassociation de virus pour en former un nouveau plus virulent)[41], les facteurs de développement des pandémies sont essentiellement anthropiques (sociologiques et comportementaux).

Mentionnons-les brièvement.

- *Les modifications de l'environnement d'origine humaine.* Ainsi la déforestation a pour effet l'apparition de marais et d'eaux stagnantes ; la construction de barrage crée des eaux dormantes : dans l'un et l'autre cas ce sont des zones de ponte pour les moustiques.

- *La pauvreté et la malnutrition.* Déjà la faim en soi décime les populations. Elle a tué en 2004 plus de personnes (surtout les enfants) que toutes les guerres civiles réunies au cours de la même année.[42]. Mais elle entraîne aussi une moindre résistance aux virus. La faim est le premier facteur de destruction de l'immunité des populations dans le monde. Elle implique souvent une migration de populations et une concentration dans les mégapoles des pays moins développés (Asie, Amérique du Sud, Afrique). Se créent ainsi des zones de précarité : hygiène déficiente, absence d'égouts, proximité d'animaux vecteurs (rats, chiens, volaille), moustiques dans les eaux stagnantes, chaleur ; urbanisation sauvage qui est associée à la survenance de la dengue, de la fièvre jaune, de la malaria. Ignorance, absence d'informations, femmes ou enfants contraints à la prostitution avec pour conséquence les maladies sexuellement transmissibles. C'est un cercle vicieux : la pauvreté augmente les

---

[39] Les dossiers thématiques de l'IRD (Institut de recherches pour le développement), <http://www.mpl.ird.fr/suds-en-ligne/fr/virales/liens.htm#suds>.

[40] Le réchauffement de l'atmosphère a des conséquences propices à certaines maladies transmissibles : élévation de la température et degré d'humidité favorisent la reproduction des moustiques et donc la malaria et d'autres maladies dont le moustique est le vecteur ou apparition de vecteurs de maladies dans des zones où ils ne se trouvaient pas auparavant. El Nino a induit 35% d'augmentation des cas de paludisme au Vénézuéla et en Colombie. Il favorise aussi la reproduction des rongeurs (peste, virus Hanta) ou des puces.

[41] N. Gualde, *op. cit.*, p. 79.

[42] « Pour vendre des médicaments, inventons des maladies », *Le Monde diplomatique,* mai 2006.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

épidémies et ces dernières accroissent la pauvreté en déstructurant la société (SIDA).

- *Les désordres politiques et sociaux, les conflits armés.* Historiquement les armées colportent les épidémies. Il est frappant de noter que parmi les premiers écrits juridiques relatifs aux épidémies dans une revue de droit international on trouve un intérêt pour les épidémies qui découlent des champs de bataille[43]. Les troubles et les guerres entraînent de grandes migrations humaines, avec comme conséquences: famine, concentration des personnes déplacées dans des camps de réfugiés, brassage dans le même espace de populations contaminées avec des populations non contaminées, conditions précaires de survie et d'hygiène.

- *Les voyages.* Augmentation du trafic international des personnes : les moyens de communication favorisent l'expansion des maladies : certains virus bien connus, auparavant confinés à certaines régions, sont ainsi transplantés entraînant une résurgence de maladies anciennes sur de nouveaux territoires.

- *Les contacts entre populations génétiquement différentes à l'occasion de grands rassemblements.* Ainsi les grands pèlerinages comme celui de la Mecque. Les soldats des Nations Unies envoyés en Corée ont découvert le virus Hanta. Les soldats cubains en Angola ont ramené la dengue à Cuba.

- *La concentration de personnes dans des lieux confinés :* hôtels, hôpitaux (maladies nosocomiales).

- *Les échanges commerciaux.* Ce phénomène est apparu dès les premiers échanges dans l'Antiquité entre Cités États ; la route de la soie facilita le déplacement du rat et de la peste ; la route des Indes transporta le choléra, les navires de la traite des noirs introduisirent la fièvre jaune dans le Nouveau Monde. La mondialisation des échanges commerciaux ne fait qu'amplifier le phénomène lui faisant faire un saut quantitatif.

- *La mondialisation.* Celle-ci en facilitant le déplacement par voyage aérien de personnes contaminées et en contribuant au déclin des conditions de vie et de certaines structures administratives et sociales favorise la diffusion des épidémies.

- *Les relations hommes - animaux.* Divers cas de figure doivent être distingués : les grands élevages qui facilitent la transmission de virus entre espèces animales ; la zootechnie : l'utilisation de farines animales ; l'orpaillage ; le développement de la chasse, etc.

---

[43] M.E. Ullmann, « Des commissions sanitaires internationales dans la guerre » *RDILC*, 1879, p. 527-531 et, du même auteur, « La lutte internationale contre les épidémies causées par la guerre - Une question du droit administratif international et du droit de la neutralité », *RGDIP*, 1897, pp. 437-445.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

- *Le sous-développement :* 1 milliard et demi de personnes n'ont pas accès à une quantité d'eau potable suffisante. Le sous-développement entraîne une diminution des mesures de santé publique, faute d'argent, de moyens et de personnel qualifié. Pauvreté et rareté du personnel de santé entraînent une déficience tant dans la prévention, la vaccination que dans les soins.

- *La diminution de la lutte contre les vecteurs*, notamment les moustiques (lutte anti-malaria, lutte contre la mouche tsé-tsé non menée après la colonisation ; même constatation pour la dengue).

- *Divers comportements socioculturels :* sexualité plurielle non protégée, prostitution, promiscuité dans les camps de personnes déplacées, rites funéraires (concernant des victimes de pandémies), conceptions religieuses, toxicomanie, etc.

- *La guerre chimique et bactériologique ainsi que le bioterrorisme.* On a vu que ce phénomène est vieux comme le monde. Faut-il rappeler un épisode de la vie d'Henri Rolin ? Le 10 novembre 1918, il commandait sur le front de l'Yser une batterie d'artillerie. Il reçut un approvisionnement d'obus toxiques. Son sang ne fit qu'un tour. Il se précipita chez son commandant pour lui dire que cet ordre était inexécutable. Pour son supérieur, un ordre était un ordre. Rolin exigea alors un ordre écrit du général qui en prendrait la responsabilité, sans quoi il refusait d'exécuter le tir. Le lendemain à 11 heures du matin, l'armistice rendit le débat sans objet[44].

C. Les conséquences des pandémies

Les conséquences démographiques sont particulièrement notoires : la peste noire au XIVème siècle ; la variole dans le Nouveau Monde au XVIème siècle ; la tuberculose au XIXème siècle ; la grippe espagnole en 1919-1920 ; aujourd'hui, la malaria, le SIDA et la tuberculose.

Sociales

Les grandes pandémies touchent toutes les structures de la société. On avait noté dans le passé pour la peste, le choléra ou la variole que les pandémies n'épargnaient pas les classes sociales les plus élevées ou les plus aisés: prêtres, médecins, notaires, même si les classes sociales qui payaient le plus le plus grand prix aux épidémies étaient les plus pauvres. Aujourd'hui on sait combien le sida est dévastateur des sociétés africaines, touchant les cellules familiales, les cadres et les classes d'ages les plus actives et les plus performantes du monde du travail. Les sociétés

[44] R. Devleeshouwer, « Henri Rolin, 1891-1973, *Une voix singulière, une voix solitaire* », 1994, Ed. de l'Université libre de Bruxelles, p. 20.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

se voient ainsi privées de références morales, spirituelles et administratives.

Économiques

L'impact des pandémies sur la croissance économique est énorme. Le sida entraîne pénurie de travailleurs qualifiés, augmentation du nombre des orphelins ; il frappe de plein fouet les structures des familles, des villages, des entreprises, des services publics.

N'oublions pas non plus les élevages d'animaux sacrifiés (vache folle - grippe aviaire) : au Vietnam on a éliminé 46 millions de poulets, ce qui représentait 250 millions d'euros. Depuis son apparition en Asie en 2003, la grippe aviaire a provoqué l'abattage de 150 millions d'oiseaux. L'impact économique est estimé à plus de 10 milliards de dollars dans les pays affectés.

Politiques

Les pandémies remettent en cause la sécurité intérieure des États. Norbert Gualde donne un tableau édifiant de pandémies qui ont provoqué des modifications politiques en affectant la démographie [45] : Athènes en 430 av. J.C., Venise en 1347, Paris en 1349, Mexico en 1520, Pérou 1527-1600. Il rapporte « *On attribue aux épidémies l'élimination de personnages historiques importants, comme Ramsès II (tuberculose ou variole), Périclès (peste?), Marc-Aurèle (peste), Georges Washington (variole), Louis XV (variole)* ».

Nous pouvons maintenant passer à la seconde partie de cet exposé consacré à la manière dont le phénomène des pandémies est appréhendé par le droit international.

II. LES PANDEMIES ET LE DROIT INTERNATIONAL

Par définition, la pandémie a un caractère transfrontière ; le virus est contrebandier. Comment lutter contre eux ?

À partir de l'avènement de l'État souverain et de son enracinement dans la territorialité et, disons jusqu'au milieu du XXème siècle, il existait une forme d'autoprotection par le *cloisonnement des espaces* sous souveraineté territoriale, ceci par un contrôle policier, sanitaire et douanier relativement strict aux frontières.

C'est d'abord par des *mesures unilatérales* que l'État souverain se défend contre un mal qui le menace de l'extérieur. Devant l'épidémie, le premier réflexe est de clôturer le territoire ou la cité en le fermant au

[45] Voir le tableau dans N. Gualde *op. cit.*, p. 281.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

monde extérieur et en isolant les malades. Les mesures utilisées sont l'interdiction du territoire aux malades, aux suspects, aux marchandises infectées. Cela pouvait aller jusqu'à des formes de bannissement (lazarets, léproseries).

Pourquoi ne pas donner un exemple concret concernant « *les épidémies de peste à Carpentras et dans le Comtat Venaissin* » tiré d'une étude de l'historien Henri Dubled, qui fut conservateur de la Bibliothèque Inguimbertine à Carpentras[46] ? Cette étude révèle tout d'abord que la peste était quasiment endémique en Provence du XIVème au XVIIIème siècles. Entre 1395 et 1725, l'auteur a retrouvé dans les archives communales de Carpentras la trace de 53 périodes où des mesures furent prises à chaque résurgence de l'épidémie de peste. À chaque fois les portes de la ville étaient fermées et gardées et les contacts avec l'extérieur étaient interdits ou strictement réglementés. Pigeons et autres bêtes de basse-cour enfermées, chiens et chats gardés ou abattus, rats pourchassés. Les malades étaient isolés. Les maisons atteintes désinfectées ou fermées. Il arrivait que les suspects soient expulsés. L'isolement touchait aussi le mouvement des marchandises et de la nourriture. Les billets de santé font leur apparition pour les personnes et les marchandises. La quarantaine est imposée aux nouveaux arrivants dans la ville dans des granges hors les murs. Les rassemblements sont interdits, les foires suspendues.

À la suite de la peste amenée en 1720 à Marseille par le navire marchand *Grand Saint Antoine*, avec des soieries du Levant infectées, un « mur de la peste » fut construit en pierres sèches et gardé par des militaires en vue d'isoler le Comtat Venaissin du Dauphiné. La ligne de démarcation allait de Sisteron à Pont-Saint-Esprit le long de l'Ouvèze[47]. Mais le bacille atteint Avignon en 1721, Carpentras y échappe. Henri Dubled termine son article précité en écrivant « *En 1721-1723, la ville de Carpentras paraît donc bien avoir été sauvée de la peste par une véritable mobilisation et l'instauration d'une économie de guerre visant à assurer la quarantaine absolue* ». La même vigilance existait aux frontières maritimes par l'intermédiaire des consuls qui depuis les ports de leur circonscription à l'étranger visitaient les navires en partance pour l'État d'envoi et leur octroyaient des patentes de santé s'ils étaient indemnes. Ce document décrivait les conditions de santé du navire au port d'embarquement et attestait que celles-ci étaient conformes aux dispositions sanitaires requises par l'État d'envoi. À défaut de ce document, le navire pouvait être soumis à l'inspection, aux fumigations et autres mesures préventives au port de destination, voire à la quarantaine,

[46] *Provence historique,* 19 (1969), pp. 17-48.
[47] J.-F. Colonat, « Dos au mur », *Mémoire d'Ouvèze* n° 3, juin 2005, p. 33.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

institution créée par la République de Venise en 1348 et adoptée à Marseille en 1521.

Au cours du XVIIIème et du XIXème siècles, de nombreuses réclamations furent échangées entre États maritimes concernant ce qui était considéré quelquefois comme des mesures d'embargo injustifiées, des quarantaines abusives, l'exercice par les consuls ou du personnel sanitaire de l'état d'envoi comme des mesures d'exécution extraterritoriales illicites dans les ports de leur circonscription. Ces mesures étaient protestées comme affectant la liberté du commerce, la libre navigation ou le libre accès aux ports[48].

Le droit conventionnel bilatéral à partir de la fin du XIXème siècle tend à prévenir dans les régions frontières la propagation de certaines maladies infectieuses - qu'elles touchent l'homme ou les animaux - en prévoyant la notification de ces maladies[49].

Parallèlement, des conventions consulaires du XIXème siècle et du début du XXème réglementaient l'exercice par les consuls de leurs fonctions dans les ports de leurs circonscriptions.

Progressivement les mesures considérées comme ralentissant les voyages et affectant la liberté du commerce sont abandonnées. Certaines conventions prévoient l'allégement des mesures pour faciliter les communications maritimes[50] et, surtout, à partir de 1934, on enregistre de nombreuses conventions bilatérales supprimant l'exigence de la patente de santé. Ce mouvement était encouragé par deux conventions multilatérales[51]. Les informations étaient données par d'autres voies plus centralisées et le capitaine du navire signait, à son arrivée dans un port étranger, une déclaration sur l'état sanitaire du navire, contresignée par le médecin de bord[52].

Parallèlement *le droit conventionnel multilatéral* se développe. On peut brosser à grands traits les principales étapes de cette évolution :

- 30 janvier 1892, Convention sanitaire internationale de Venise[53] (limitée au *choléra*). Elle concerne le régime sanitaire et spécialement le

---

[48] Voir J.B. Moore, *Digest of International Law*, vol. II, 1906, §191 (Quarantine) ; G. H. Hackworth, *Digest of International Law*, vol. II, § 128 (Quarantine).

[49] Entre 1873 et 1930, la Belgique a conclu quelque 20 conventions de ce genre avec ses voisins.

[50] 24 mars 1927 convention avec les Pays-Bas pour rendre plus efficace et moins gênante l'application de mesures de police sanitaire maritime M.B. 30-31 décembre 1928.

[51] 22 décembre 1934, Arrangement international concernant la suppression des patentes de santé (*RTSDN* n° 4231, *M.B.* 20 janvier 1939, M. Hudson, *International Legislation*, vol. VI, p. 958) (remplacé par RSI, 25 mai 1951) et 22 décembre 1934, Paris Arrangement international concernant la suppression des visas consulaires sur les patentes de santé (*RTSDN* n° 4230, *M.B.* 20 janvier 1939, M. Hudson, *International Legislation*, vol. VI, p. 962) (remplacé par RSI 25 mai 1951).

[52] L. T. Lee, *Consular Law and Practice*, Clarendon Press, Oxford, 2nd éd., 1991, pp. 319-311.

[53] Entre l'Autriche-Hongrie, la Belgique, le Danemark, la France, l'Allemagne, la Grande-Bretagne, l'Italie, les Pays-Bas, le Portugal, la Russie, la Suède-Norvège et la Turquie, *CTS*, vol.176, pp. 395-422.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

passage en quarantaine des navires transitant par le canal de Suez. Très symptomatique, cette première convention multilatérale visait à concilier protection contre l'épidémie et liberté de passage dans le canal de Suez.

- 15 avril 1893, Convention sanitaire de Dresde[54]. Elle édicte des mesures destinées à tenir les gouvernements signataires de la convention au courant de l'état d'une *épidémie de choléra* ; ainsi que des moyens employés pour éviter sa propagation et son importation dans les endroits indemnes. Le gouvernement affecté doit notifier aux autres gouvernements liés par la Convention l'existence d'un foyer cholérique. La notification mentionnera l'endroit où s'est formé le foyer, la date de son début, le nombre de cas constatés cliniquement et celui des décès. La notification est faite par voie diplomatique ou télégraphique. Elle mentionne les mesures prophylactiques adoptées : l'inspection sanitaire, l'isolement, la désinfection, les mesures concernant les navires et les marchandises exportées, les conditions dans lesquelles une circonscription territoriale doit être considérée comme contaminée ou saine, les marchandises ou objets susceptibles d'être envisagés au point de vue des défenses d'importation ou de transit et de désinfection (limitations de celles-ci).

Se voyaient aussi réglementées :

- les mesures à prendre aux frontières terrestres : services de chemin de fer, voyageurs. Plus de quarantaine terrestre, mais possibilité d'isoler un wagon ou des passagers atteints de choléra.

- Les mesures dans les ports maritimes: distinctions entre navires infectés, suspects et indemnes ;

- les mesures à prendre concernant le navire, les passagers, les marchandises ;

- 19 mars 1897, Convention sanitaire internationale de Venise (Règlement sanitaire général pour prévenir l'invasion et la propagation de *la peste*)[55]. Elle distingue les mesures à prendre hors d'Europe et celles qui doivent être prises en Europe. Hors d'Europe, les mesures à prendre concernent d'abord les navires à pèlerins, les ports de la mer Rouge, la station sanitaire de Kamaran (en face du Yémen), les ports « arabiques », les ports du Golfe persique. S'agissant du régime applicable en Europe, les dispositions de cette convention sont, dans l'ensemble, calquées sur celles de Dresde relatives au choléra. Les deux conventions sont unifiées en 1903. On en élargit l'objet en 1926 (21 juin 1926 Convention sanitaire

---

[54] Entre l'Autriche-Hongrie, la Belgique, la France, l'Allemagne, la Grande-Bretagne, l'Italie, le Luxembourg, la Russie et la Suisse, *MB* 31 juillet-1er août; *RL* 2497, *CTS,* vol.178, pp. 369-382.

[55] Entre l'Autriche-Hongrie, la Belgique, la France, l'Allemagne, la Grande-Bretagne, la Grèce, l'Italie, le Luxembourg, le Montenegro, les Pays-Bas, la Perse, le Portugal, la Roumanie, la Russie, la Serbie et la Suisse *CTS,* vol.184, pp. 264-316.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

internationale, Paris[56]) en couvrant aussi *la fièvre jaune, le typhus et la variole.*

Toutes ces conventions utilisent toujours les mêmes méthodes en les améliorant avec les techniques sanitaires du temps : désinfection des navires, personnes, vêtements ou marchandises dès qu'une infection est décelée, isolement des suspects, quarantaine ou traitement des malades dans des endroits isolés (les sources de Moïse, l'île de Kamaran, hôpitaux), dératisation ou démoustication des navires, etc.

L'institutionnalisation va aussi faire progressivement son chemin: création de l'Office d'hygiène publique à Paris en 1907, du Bureau sanitaire de la Société des Nations en 1919, de l'OMS comme institution spécialisée des Nations Unies en 1946. Cette dernière adoptera en 1951 la première version du Règlement sanitaire international[57] qui codifiera 12 conventions sanitaires antérieures. Une toute nouvelle version a été adoptée en 2005[58]. Par sa résolution du 24 mai 2006[59], l'Assemblée générale de l'OMS a recommandé à ses membres l'application (volontaire) de la version 2005 du Règlement sanitaire international qui n'entrera pas en vigueur avant le 15 juin 2007. Cette recommandation semble suivie d'effet.

Quelques maladies font l'objet de conventions particulières[60]. Le domaine des maladies animales, des épizooties et phytosanitaires fait lui aussi l'objet de nombreuses conventions[61].

---

[56] *M.B.* 12 septembre 1929 (pas texte), M. Hudson, *International Legislation*, vol. III, p. 1902 (remplacée par le RSI 25 mai 1951).

[57] *MB* 11 octobre 1952; *RTNU* vol.175 p. 215.

[58] Rés. WHA 58.3, <http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_3-fr.pdf>.

[59] A 59/A/conf. Paper N° 3.

[60] 1er déc. 1924, Bruxelles, Arrangement international relatif aux facilités à donner aux marins du commerce pour le traitement des maladies vénériennes (était toujours en vigueur en 1971) MAE Bruxelles dépositaire (M. Hudson, *International Legislation*, vol. II, p. 1540) ; 25 juillet 1934, convention sur la protection mutuelle contre la fièvre dengue, signée à Athènes (M. Hudson, *International Legislation*, vol.VI, p. 930.) ; 1er mars 1974 Accord portant création d'un fonds pour la lutte contre l'onchocercose ; 4 février 1986: Accord relatif au Fonds pour l'onchocercose 1986 et annexes, Washington.

[61] 25 janvier 1924, Paris, Arrangement concernant la création à Paris d'un Office international des épizooties (OIE), statuts organiques et annexes (Commission de la fièvre aphteuse de l'OIE a vocation scientifique) (*RTSDN* n° 1360, *M.B.* 15 mai 1929; M. Hudson, *International Legislation*, vol. II, p. 1239) ; 11 juillet 1928 Accord international exportation des peaux (*RTSDN*, n° 2184, *M.B.* 28 sept.1929, M. Hudson, *International Legislation*, vol. IV, p. 2502) ; 11 juillet 1928 Accord international exportation des os (*RTSDN*, n° 2185, *M.B.* 28 sept.1929, M. Hudson, *International Legislation*, vol. III) ; 16 avril 1929 : convention pour la protection des végétaux (M. Hudson, *International Legislation*, vol. IV, p. 2680) ; 20 février 1935 convention internationale pour la lutte contre les maladies contagieuses des animaux et déclaration annexe Genève (*RTSDN*, n° 4310, *M.B.* 18 novembre 1937) ; 20 février 1935 convention internationale concernant l'exportation et l'importation de produits d'origine animale, (autres que les viandes, les préparations de viande, les produits animaux frais, le lait et les dérivés du lait, Genève (*RTSDN*, n° 4487, M.B. 19 novembre 1937) ; 20 février 1935 convention internationale concernant le transit des animaux, des viandes et des autres produits d'origine animale, Genève (*RTSDN*, n° 4486, *M.B.* 19 novembre 1937) ; 18 avril

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Les dispositions gouvernant le droit sanitaire international peuvent désormais être divisées en deux groupes : les normes internationales spécifiques aux situations d'urgence de santé publique de portée internationale qui sont issues du droit de l'OMS d'une part, une série de règles de droit international général concernant les droits de l'homme et les droits des peuples d'autre part. Examinons brièvement les unes et les autres.

A. Normes internationales spécifiques aux situations d'urgence de santé publique de portée internationale

1. Prévention

Si l'on peut estimer que dans le domaine de la santé comme dans d'autres domaines, il existe un principe général de précaution, il est difficile à mettre en œuvre en cas de pandémies émergentes. La prévention de ces pandémies pose, en effet, de nombreux problèmes. Pour s'en tenir aux facteurs liés spécifiquement aux agents pathogènes, mentionnons les difficultés suivantes.

- Plusieurs centaines de nouveaux virus ont été découverts dans les années 50-60 grâce au développement de la biologie cellulaire. Dans les années 80, la biologie moléculaire a permis de détecter de nouveaux virus et notamment les rétrovirus ; c'est aussi l'époque de la découverte de la pandémie du sida. On estime aujourd'hui qu'il existe des centaines sinon des milliers de virus à découvrir et que leurs assemblages créent autant de défis à toute identification et prévention. Les outils pour la recherche de l'émergence d'un nouveau virus sont basés sur la mobilisation de réseaux nationaux et internationaux, sur la nécessité d'utiliser du matériel électronique coûteux et du personnel bien formé[62].

- Il faut attendre l'apparition de nouvelles maladies pour pouvoir identifier les virus émergents. Il est difficile d'établir rapidement un diagnostic. La biodiversité virale est immense et la majorité des virus existants n'a probablement pas encore été découverte[63]. Il s'avère en tout cas impossible de prévenir l'émergence de nouveaux virus.

1951, convention pour l'établissement de la convention européenne pour la protection des plantes (*M.B.*, 30 octobre 1953). ; 11 décembre 1953: Acte constitutif de la Commission européenne de lutte contre la fièvre aphteuse, Rome (FAO), (*M.B.* 19 novembre 1959) siège et secrétariat à Rome ((art III). L'art. II prévoit l'engagement des membres « *à lutter contre la fièvre aphteuse et à s'efforcer de la supprimer en adoptant des mesures sanitaires et des règlements de quarantaine efficaces et en appliquant une ou plusieurs des méthodes ci-après : 1) politique d'abattage, 2) politique combinée d'abattage et de vaccination, 3) immunisation totale du cheptel bovin par vaccination, 4) immunisation totale du cheptel dans un certain périmètre autour des foyers de fièvre aphteuse* ».

[62] A. Gessain et J.-C. Manuguerra, *Les virus émergents,* QSJ, PUF, 2006, p. 24.

[63] *Ibid.*, p. 26 et 120.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

- L'identification proprement dite du nouveau virus (son origine, ses modes de contagion, de mutation, son étiologie, son réservoir animal ou humain, son séquençage biologique) demande une information précise et urgente ainsi qu'une compétence appropriée de la part de laboratoires spécialisés. Il y a une grande diversité des hôtes réservoirs notamment animaux : ainsi les rongeurs et les chauve-souris constituent probablement les réservoirs d'émergence de demain[64]. Des techniques sophistiquées de communication des informations et de recherche s'imposent. Tout ceci pose des problèmes d'harmonisation des données et d'identification commune des maladies.

- Dans un système général de mondialisation des échanges humains et des marchandises, il est très difficile d'assurer une surveillance épidémiologique efficace.

- Ce n'est que lorsque toutes ces difficultés sont surmontées que l'on peut envisager les moyens de lutte contre le nouveau virus.

Réponse de l'OMS: Les réseaux d'alerte et d'action

L'objet et la portée du nouveau RSI *« consistent à prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux* » (art. 2 RSI).

Aussi ce nouveau texte a modifié la procédure concernant les *Obligations de notification*. Dans la version précédente du RSI, l'obligation de notification ne concernait que certaines épidémies (le choléra, la fièvre jaune et la peste) et ne concernait que l'État sur le territoire duquel cette épidémie apparaissait[65].

Le texte de 2005 a remplacé le système de notification de maladies nommément spécifiées par une obligation de notifications de caractère général.

Chaque État partie doit établir sur son territoire un point focal qui sert d'intermédiaire obligé pour toutes les informations épidémiologiques.

Chaque État Partie évalue les événements qui surviennent sur son territoire au moyen d'un questionnaire détaillé fourni par l'OMS. Son point focal notifie dans les 24 heures à cette dernière, par les moyens de communication les plus efficaces, tout événement survenu sur son

---

[64] *Ibid*, p. 120.

[65] À distinguer des mesures internes de notification. En France : Institut national de veille sanitaire créé en 1998, établissement public de l'État, loi du 1er juillet 1998. La question s'est posée, en France, pour le chikungunya et la dengue. Le Ministre de la santé souhaite qu'un décret soit pris pour rendre la déclaration de la maladie obligatoire. Plus de 200 000 cas à la Réunion à la mi-mars 2006 (*Le Monde*, 15 avril 2006).

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

territoire pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale, ainsi que toute mesure sanitaire prise pour faire face à cet événement [art.6 RSI (2005)].

Ainsi qu'on le voit, le texte de 2005 a remplacé le système de notification de maladies nommément spécifiées par une obligation de notifications de caractère général concernant toute « *urgence de santé publique de portée internationale* ».

Le RSI définit une « *urgence de santé publique de portée internationale* » de la façon suivante : « *un événement extraordinaire dont il est déterminé, (...) (i) qu'il constitue un risque pour la santé publique dans d'autres États en raison du risque de propagation internationale de maladies ; et (ii) qu'il peut requérir une action internationale coordonnée* » (art. 1, Définitions).

La situation va faire l'objet d'une évaluation dans laquelle interviennent différents facteurs (gravité et mortalité, événement inattendu ou inhabituel, risque de propagation internationale, risque de restrictions internationales, besoin d'assistance du pays touché, etc)[66].

L'OMS peut avoir recours à des informations émanant d'autres États parties (art. 9, §2), ou provenant d'autres sources (art. 9, §1), ce qui peut inclure des sources privées (ONG, instituts de recherche et médias). L'OMS a ainsi créé un système d'information à multiples partenaires officiels ou non et a mis sur pied un réseau « Alerte et Action » (en anglais Global *Outbreak Alert and Response Network*).

Ce réseau reçoit des données épidémiologiques actualisées en permanence, intervient au stade de l'identification, puis vérifie sur le terrain les mesures prises, aide les ministères de la santé locaux, assure une analyse fiable des prélèvements par divers laboratoires, etc. Ce réseau fait lui-même appel à un réseau mondial d'intelligence en santé publique et à un réseau de surveillance des antibiotiques[67].

La détermination de l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale est effectuée par le Directeur général sur base des informations qu'il reçoit (art. 12 du RSI) et des conseils dont il s'entoure de la part de divers organes et de l'avis de l'État sur le territoire duquel l'événement se produit.

Ce système semble avoir donné des résultats très positifs pour le SRAS et la grippe aviaire.

---

[66] Voir les travaux de M. Poulain, « Urgence sanitaire et droit international », *Actualité et droit international*, mars 2002 <http://www.ridi.org/adi> et « La gestion par l'OMS des situations d'urgence sanitaire de portée internationale », *Actualité et droit international*, novembre 2003 <http://www.ridi.org/adi>.

[67] M. Poulain, « La gestion ... », article précité.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Indépendamment de ce régime d'alerte conçu pour pouvoir répondre aux urgences avant que l'épidémie ne se dissémine, la meilleure méthode pour empêcher une pandémie reste évidemment la vaccination.

La vaccination

La vaccination est le moyen préventif par excellence. Elle existe pour certaines pandémies connues. On connaît son succès pour la variole dont elle a permis l'éradication[68], ainsi que pour la poliomyélite, qui ne peut être enrayée que par ce moyen, car il n'y a pas de traitement par médicaments. Mais la connaissance des virus n'implique pas nécessairement la découverte d'une vaccination ou même la possibilité d'en envisager une.

La vaccination n'est pas une panacée universelle. Pour de nombreux virus, il n'y a pas de vaccin, par exemple pour l'hépatite virale B[69]. Ou bien le virus évolue et le vaccin devient obsolète. C'est le cas de la grippe. En cas de pandémie émergente, de grippe atypique, il faudrait entre trois à six mois pour produire un vaccin après identification de la souche mise en cause par l'OMS. La création de stocks de vaccins - pourtant indispensable - est rendue de ce fait difficile et aléatoire. L'OMS dispose de 3 millions de doses d'antiviraux qui peuvent être très rapidement distribuées en cas de début de pandémie en attendant la commercialisation du vaccin. Ce stock de l'OMS a été financé par quelques industries.

2. les moyens de lutte[70]

Tout comme au stade de la prévention, l'OMS participe à l'organisation de la lutte contre toute urgence de santé publique de portée internationale.

Chaque État Partie doit aussi acquérir la capacité de réagir rapidement et efficacement en cas de risque pour la santé publique et d'urgence de santé publique de portée internationale selon des principes directeurs établis par l'OMS (art. 13 §1).

Mais, comme on l'a vu, il n'est pas seul : ici aussi il peut être soutenu par les réseaux d'alerte et d'action.

« *À la demande d'un État partie, l'OMS collabore à l'action en cas de risque pour la santé publique et d'autres événements en fournissant des conseils et une assistance techniques et en évaluant l'efficacité des mesures de lutte mises en place, y compris, le cas échéant, en mobilisant des équipes internationales d'experts pour prêter assistance sur place* » (art. 13 § 3).

---

[68] « La destruction des derniers stocks du virus de la variole a été décidée par l'OMS le 24 mai 1996 » (*RGDIP*, 1996, p. 841-842).

[69] H. Morin et J.-Y. Nau : *Le Monde*, 23 mars 2006.

[70] Gessain et Manuguerra, *op. cit.*, p. 121.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Le RSI vient ainsi codifier des pratiques que l'OMS a commencé à mettre en œuvre à partir de 1997 en mettant sur pied son réseau « Alerte et Action ». Ce réseau reçoit des données épidémiologiques actualisées en permanence, intervient au stade de l'identification, puis vérifie sur le terrain les mesures prises, aide les ministères de la santé locaux, assure une analyse compétente des prélèvements par les laboratoires, etc. [71].

Ce mécanisme a été appliqué tant pour la gestion de l'épidémie de SRAS que pour celle de la grippe aviaire. Dans le cas du SRAS, il n'a fallu que quelques semaines à l'OMS pour identifier le virus, suivre son cheminement spatial et enrayer l'épidémie. On a pu se rendre compte dans ce cas de l'importance d'une alerte informée et prompte pour pouvoir réagir à bon escient.

L'OMS édicte des mesures de lutte homogènes et ajustées selon l'impact de santé publique, avec une réévaluation continue de l'évolution épidémique et de l'efficacité des mesures.

On n'a pas l'occasion de développer ici ce thème, mais il est notoire que s'il est un lieu idoine pour l'application du concept à la mode de bonne gouvernance fondée sur des réseaux, c'est bien ici où il convient de coordonner l'action des États, des organisations internationales gouvernementales et de ce qu'il est bienséant d'appeler aujourd'hui la société civile (ONG, laboratoires, industrie pharmaceutiques, etc.)[72].

S'agissant des moyens de lutte proprement dits il n'y a pas grand-chose de nouveau. Ce domaine reste très traditionnel. Les mesures à mettre en œuvre sont bien connues. Passons-les en revue:

(i) La lutte antivectorielle,

Cas de la grippe aviaire : massacre en masse des canards et poulets.

Cas de l'encéphalopathie spongiforme bovine : abattage systématique des troupeaux de bovins.

La chose est moins évidente pour les insectes : démoustication par exemple.

Le rat est aussi un vecteur classique, notamment pour la peste. La dératisation des navires reste un classique de mesure anti-vecteur.

L'abattage, la quarantaine, la désinfection, les restrictions sur les mouvements d'animaux et l'application de règles strictes de sécurité biologique dans les élevages sont les mesures standard recommandées par la FAO et l'Office International des Epizooties.

(ii) L'isolement des malades et la quarantaine

---

[71] M. Poulain, « La gestion ... », article précité.

[72] M. Dixneuf, « La santé, enjeu de la gouvernance mondiale », *Les études du CERIC*, n° 99, décembre 2003.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

« L'Assemblée de la Santé aura autorité pour adopter les règlements concernant :

a) toute mesure sanitaire et de quarantaine ou toute autre mesure destinée à empêcher la propagation des maladies d'un pays à l'autre (...) »[73].

Le Règlement sanitaire international de l'OMS signé à Genève le 25 mai 1951 (art. 1er), désignait six maladies quarantenaires *« la peste, le choléra, la fièvre jaune, la variole, le typhus et la fièvre récurrente ».*

Quoique l'OMS n'a pas l'habitude de recommander que certains pays soient mis en quarantaine ou que les frontières internationales soient closes, il n'en demeure pas moins que ces mesures de lutte restent prévues dans le nouveau RSI (2005) :

« 'quarantaine' s'entend de la restriction des activités et/ou de la mise à l'écart des personnes suspectes qui ne sont pas malades ou des bagages, conteneurs, moyens de tranport ou marchandises suspects de façon à prévenir la propagation éventuelle de l'infection ou de la contamination » (art. 1 définitions).

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

(iii) Les restrictions aux déplacements et les contrôles accrus aux frontières

Des mesures de panique peuvent entraîner des mesures radicales. Lors d'une réunion de l'APEC en octobre 2005, le ministre australien des affaires étrangères, Alexander Downer, a exprimé l'avis que son gouvernement serait peut-être forcé de fermer les frontières aux personnes qui fuient une propagation de la grippe aviaire afin d'éviter que le pays ne soit infecté par le virus[74].

Des guides techniques sont en cours de révision et de mise à jour : ainsi le guide OMS d'hygiène et de salubrité à bord des navires et le guide OMS d'hygiène et de salubrité dans les transports aériens. De nouveaux guides techniques sont en préparation, notamment un Guide sur les systèmes d'alerte précoce pour la surveillance des maladies.

(iv) les médicaments

La thérapie médicamenteuse pose de nombreux problèmes :

- l'harmonisation internationale des médicaments,

---

[73] Constitution de l'O.M.S. du 22 juillet 1946, art. 21., *RTNU*, vol. 14, p 185.

[74] S. Rahmani, « La stratégie mondiale de lutte contre la grippe aviaire », *Sentinelle* n° 41, 13 novembre 2005.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

- leur mise au point,
- les contrefaçons[75],
- la conciliation de l'accès aux médicaments avec les normes du commerce international[76].

En ce qui concerne ce dernier point, le droit du GATT-OMC et celui de la santé peuvent entrer en conflit. En particulier, la confection de génériques pour les pays en développement. L'opposition entre protection de la santé pour le plus grand nombre et protection des droits intellectuels dans le domaine pharmaceutique est bien connue. On ne s'y attardera pas ici.

Le second groupe de règles de droit internationales pertinentes sont les droits de l'homme et les droits des peuples.

B. Droits de l'homme et droits des peuples

Il convient, en effet, de ne pas les oublier. L'actualité, la dramatisation de l'information a mis au premier plan les préoccupations relatives au SRAS et à la grippe aviaire. L'efficacité des mesures prises pour enrayer les pandémies émergentes éventuelles ne doit cependant pas occulter la stagnation concernant les pandémies traditionnelles, autrement plus meurtrières. Il convient de conserver le sens des proportions.

Deux types de normes internationales viennent ici à point : les droits de l'homme et les droits des peuples.

1. Droits de l'homme

S'agissant des premières, elles sont bien connues.

(i) Dans l'ensemble, il s'agit de *droits dits de « la deuxième génération »*[77]: droit à la santé,

---

[75] *Le Monde,* Économie,4 juillet 2006, p. 2, « Le trafic des médicaments, un fléau qui tue », C. Février « La vente de produits contrefaits ».

[76] « Les décisions de l'OMC empêchent l'accès aux médicaments pour les pays pauvres », voir l'article dans le dossier du Monde diplomatique; (G. Velasquez et P. Boulet « Mondialisation et accès aux médicaments. Perspectives sur l'accord ADPIC de l'OMC », OMS, Genève, 1999) ; « Hold up sur les médicaments », *Le Monde diplomatique*, juillet 2003; L. Boisson de Chazournes, « Application de la notion de médicament essentiel », *AFDI*, 1984, pp. 692-703 ; A. Tankoano, « Nouveau droit des brevets des États membres de l'Organisation africaine de la propriété intellectuelle, développement industriel et accès aux médicaments », *RBDI*, 2005, vol. XVIII, pp. 669-699.

[77] Le *Dictionnaire de droit international public*, Bruylant, 2001, les décrit comme suit : *« Droits économiques, sociaux et culturels ou droits de l'homme, situé socialement et politiquement, fondés sur les concepts d'égalité et de justice sociale. À ces droits, issus de la tradition socialiste, puis repris par l'idéologie marxiste, correspondent pour l'État des obligations* de faire *propres à l'État providence. Il s'agit de* 'droits-créances' *exigeant de l'État une protection économique et sociale et les moyens économiques pour être à même d'exercer les libertés.(...) En fait, dès la Révolution française, certains de ces droits ont été proclamés au même titre que les droits dits de la première génération. Ces droits ont même été les premiers à être consacrés sur le plan international, puisque la première organisation internationale ayant un mandat de protection des droits fondamentaux est l'Organisation internationale du Travail, créée en 1919. De même la Déclaration universelle des droits de l'homme leur fit une place. Néanmoins, ce n'est que par le Pacte universel (1966) relatif*

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

- *Le préambule de la constitution de l'OMS* (1946) proclame :

« La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelle que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

Il prévoit encore l'admission de tous les peuples aux connaissances acquises par les sciences médicales...

- *Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels,* 16 décembre 1966, dispose, en son article 12 :

«1. Les États parties au Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre

2. Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer : (...)

c) la prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies ».

Dans le même sens, on peut encore citer :

- La *Charte africaine des droits de l'homme et des peuples,* Nairobi, juin 1981, Art. 16 :

« 1. Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

2. Les États parties à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs population et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie ».

- La *Charte sociale européenne* (1960 rev. 1996) art 11 : Droit à la protection de la santé :

« En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties contractantes s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées (...) à prévenir dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres ».

La *Déclaration des devoirs fondamentaux des peuples et des États asiatiques* (1983) Article 5, Justice sociale, paragraphe 7 qui frappe par la netteté et la pertinence de ses formulations.

« Il est du devoir de l'État de mettre en place et de faire fonctionner un système efficace de services sanitaires qui intègre les réseaux de santé traditionnels ou locaux utiles, l'accent étant mis sur les soins de santé

---

aux droits économiques, sociaux et culturels que ces droits ont été précisés et systématisés, avec, au demeurant, une effectivité toute relative, que la mondialisation actuelle diminue encore ».

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

primaires, d'assurer le fonctionnement d'un organe efficace de surveillance de l'alimentation et des médicaments, d'éliminer l'importation et l'utilisation de médicaments dangereux ou inutiles, de veiller à ce que le coût des soins médicaux et hospitaliers demeure à la portée du citoyen moyen, d'éliminer ou d'empêcher le contrôle par des étrangers ou par des monopoles ou conglomérats nationaux de l'industrie alimentaire et pharmaceutique nationale, de prévenir l'uniformisation des habitudes alimentaires, lesquelles font partie de la culture, et de décourager l'importation ou la production et la vente d'aliments ayant une valeur nutritive nulle ou faible, de mettre en œuvre et de superviser efficacement un programme de développement et de répartition des ressources en personnel sanitaire et de promouvoir les recherches appropriées sur les problèmes nationaux de santé les plus pressants ».

(ii) Il convient également de se souvenir que de nombreuses *règles relatives à la prohibition des discriminations* sont à relever comme pertinentes. Il suffit de penser aux problèmes relatifs à l'exclusion ou à la discrimination des personnes malades, en particulier celles atteintes du sida[78] : pour les homosexuels, les femmes atteintes, les enfants hémophiles contaminés ou ayant contracté le sida pendant la grossesse de leur mère.

De nombreuses conventions multilatérales tendent à prohiber les discriminations[79].

Le rejet et l'exclusion sont des attitudes traditionnelles. Faut-il rappeler le cas des lépreux (il y avait 19 000 léproseries en Europe vers l'an 1200), les lazarets, les quarantaines ? Les pratiques d'exclusion, quoi qu'on en dise, restent présentes dans la panoplie des mesures de défense contre la maladie. Il suffit de réfléchir un instant à ce qui se passerait s'il y avait réellement une pandémie catastrophique, aux réflexes de peur, de rejet et

---

[78] Voir par ex. la résolution 1999/49 sur la protection des droits fondamentaux des personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou atteintes du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA).

[79] Convention internationale sur toutes les formes de discrimination raciale (1965), art. 5 : *« e :iv les États parties s'engagent (...) à garantir le droit de chacun (...) à la jouissance du droit (...),à la santé, aux soins médicaux, à la sécurité sociale, et aux services sociaux »* ; Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979), art. 11 : «*1 :. F Les États parties s'engagent à prendre toutes les mesures appropriées (...) afin d'assurer, sur la base de l'égalité (...) le droit à la protection de la santé »* et art. 12 : « *1 Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé (...) »* ; Convention relative aux droits de l'enfant (1989), art 24 : « *2. C (...) lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre des soins de santé primaires, grâce notamment à 'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel »* (Observation générale du n° 14 du CODESC, §41) cité p. 34.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

de violence que cela engendrerait. Il suffit de relire des chapitres du *Hussard sur le toit* de Jean Giono ou de *La peste* d'Albert Camus, pour prendre conscience que la barbarie ne serait pas loin.

D'une manière générale, les malades ou les personnes suspectes ont droit au respect de leur droit à la dignité. Plusieurs dispositions du RSI 2005 le rappellent opportunément. Selon l'article 3 § 1, *« Le présent Règlement est mis en œuvre en respectant pleinement la dignité des personnes, les droits de l'homme et les libertés fondamentales ».*

Selon l'article 32, *« Lorsqu'ils appliquent les mesures sanitaires prévues par le présent Règlement, les États Parties traitent les voyageurs dans le respect de leur dignité et des droits humains fondamentaux afin de réduire au maximum l'inconfort ou la gêne pouvant être associée à ces mesures, notamment:*

a) en traitant tous les voyageurs avec courtoisie et respect ;

b) en tenant compte du sexe de la personne et des préoccupations religieuses ou socio-culturelles des voyageurs ; et

c) en fournissant ou en prenant des dispositions pour que soient fournis aux voyageurs placés en quarantaine ou en isolement, ou soumis à des examens médicaux ou à d'autres mesures de santé publique, de la nourriture et de l'eau en quantité suffisante, un hébergement et des vêtements appropriés, une protection pour leurs bagages et autres effets personnels, un traitement médical approprié, les moyens de communication nécessaires si possible dans une langue qu'ils comprennent et toute autre assistance appropriée ».

Ainsi que l'écrivait il y a peu le Dr Emmanuel Hirsch (docteur en philosophie, professeur d'éthique médicale) dans un article intitulé « Questions éthiques face à la pandémie grippale »[80] : *« L'équité, le respect de la personne dans sa dignité et ses droits, la sauvegarde des plus fragiles perdront bien vite toute consistance, alors que des actes de violence et d'incivilité accentueront insécurité et peurs ».*

(iii) Le droit à la santé est encore lié inextricablement à d'autres droits humains plus flous : le droit à une alimentation saine et équilibrée[81], le droit à un logement salubre et doté d'eau courante[82], le droit à l'éducation et l'information, etc.

---

[80] *Le Monde*, 18 mars 2006, p. 21.

[81] Voir résolution 1999/24 de la Commission des droits de l'Homme des Nations Unies sur le droit à l'alimentation adoptée le 26 avril 1999, *RILS*, vol. 50, n° 4, 1999, p. 597.

[82] Voir résolution 1997/18 de la sous-commission de la lutte contre les mesures discriminatoires et la protection des minorités de la Commission des Droits de l'Homme des Nations Unies sur la promotion de la réalisation du droit d'accès pour tous à l'eau potable et aux services d'assainissement, *RILS*, vol. 49, n° 4, 1998, p. 756.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

- La *Déclaration islamique universelle* (1981), dont l'article XVIII (Droit à la sécurité sociale) dispose :

« Toute personne a droit à la nourriture, au logement, à l'habillement, à l'enseignement et aux soins médicaux en fonction des ressources de la communauté. Cette obligation de la communauté s'étend plus particulièrement à tous les individus qui ne peuvent se prendre en charge eux-mêmes en raison d'une incapacité temporaire ou permanente ».

- *La Déclaration d'Alma Ata*

Le contenu minimal du droit à la santé a été défini par l'OMS dans sa Déclaration d'Alma Ata du 12 novembre 1978. Citons-en quelques extraits :

« Point I. La Conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé ».

« Point V. Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale ».

« Point VII. Les soins de santé primaires :(...) 3) comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels ; (...) ».

« Point X. L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés. Une politique authentique d'indépendance, de paix, de détente et de désarmement

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

pourrait et devrait permettre de dégager des ressources supplémentaires qui pourraient très utilement être consacrées à des fins pacifiques et en particulier à l'accélération du développement économique et social dont les soins de santé primaires, qui en sont un élément essentiel, devraient recevoir la part qui leur revient[83] *».*

On est loin de compte.

Tous ces droits créent à charge de l'État des obligations « de faire » : de procurer des services, ce qui ne va pas de soi, quoique certaines juridictions nationales vont cependant jusqu'à imposer aux États de prendre des mesures concrètes pour assurer la protection de la population[84].

On touche ainsi inextricablement aux droits des peuples.

2. Droits des peuples

Ce sont les droits de l'homme de la troisième génération [85] qui sont ici concernés. Le droit à la santé est inextricablement lié à la réalisation de ces droits :

- La santé et le droit à un environnement sain

---

[83] Adoptée à la conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue à Alma-Ata du 6 au 12 septembre 1978, et entérinée par la 32e Assemblée mondiale de la Santé dans sa résolution WHA32.30 (mai 1979).

[84] « *En cumplimiento del deber de realizar los derechos, los Estados han de dar prioridad a sus obligaciones básicas. Respecto al derecho a la salud, estas obligaciones incluyen la respuesta a las epidemias. En 1998, una estudiante de derecho en Argentina, Mariela Cecilia Viceconte, junto con el Defensor del Pueblo de la Nación, presentó una demanda de amparo, una forma de acción judicial de grupo para reivindicar derechos constitucionales, en la que solicitaba que el Estado tomase medidas más eficaces para lograr la efectividad del derecho a la salud y dar respuesta a una epidemia de fiebre hemorrágica argentina que amenazaba a tres millones y medio de personas. La Cámara Nacional de Apelaciones en lo Contencioso-Administrativo Federal ordenó al Estado que produjese una vacuna, ya que la epidemia era exclusiva de Argentina y el sector privado consideraba que el desarrollo de una vacuna no era rentable. La Cámara encomendó al Defensor del Pueblo que supervisara la aplicación de la orden, y consideró al Ministro de Salud personalmente responsable de la rendición de cuentas. En este caso, el tribunal decidió que el Estado debia tomar medidas específicas y concretas (desarrollar una vacuna) para combatir una epidemia que sólo había brotado en el país y en la que el sector privado no estaba dispuesto a intervenir* », Cámara Nacional de Apelaciones en lo Contencioso-Administrativo Federal, IV, Viceconte, Mariela C. v. El Ministerio de Salud y Acción Social, 2/6/1998, <http://www.cohre.org/library/Litigating%20ESCR%20Report.pdf>.

[85] Le Dictionnaire de droit international public, Bruylant, 2001, les décrit comme suit : « *Droits dits 'de solidarité', répondant aux grandes préoccupations de l'époque, à l'aspiration à la paix, au développement, à un environnement sain. Ils transcendent les États pour viser la communauté internationale, voire l'avenir de l'espèce humaine, avec la bioéthique. Cette notion consacrerait l'apport spécifique des États du Tiers Monde. De nombreuses déclarations ont été proclamées par l'Assemblée générale des Nations Unies sur le droit à la paix, sur le droit au développement, sur le droit des peuples à disposer de leurs richesses naturelles, sur le nouvel ordre économique international et sur le droit à l'environnement. Les articles 22 à 24 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1981 mentionnent certains de ces droits des peuples: 'droit à leur développement économique, social et culturel' (art.22), 'droit à la paix et à la sécurité tant sur le plan national que sur le plan international' (art.23) et 'droit à un environnement satisfaisant et global, propice à leur développement' (art.24)* ».

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Selon la Déclaration de la conférence de Rio : les personnes ont droit à avoir une vie saine et productive en harmonie avec la nature. Et dans le plan *Action 21* un chapitre est consacré à la protection de la santé qui insiste sur l'interdépendance entre santé et environnement. Or, Selon l'OMS, un tiers des maladies est causé par la dégradation de l'environnement[86].

- *La santé et le droit au développement*

Le PNUD s'est intéressé à l'interdépendance entre santé, éducation et pauvreté, l'éducation favorisant une meilleure hygiène et une meilleure planification familiale.

La santé se trouve à une bonne place dans *les Objectifs du Millénaire pour le Développement*. Il s'agit d'ici 2015 de :

- réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
- réduire des trois quarts le taux de mortalité maternelle
- stopper la propagation du VIH/sida
- maîtriser le paludisme et autres grandes maladies (la tuberculose en particulier).

- *La santé et le droit à la sécurité - La santé comme élément de la sécurité collective*

Déjà le Préambule de la constitution de l'OMS (1946) mentionnait que *« (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 »*.

On ne devait plus entendre parler de cet aspect jusqu'à ce que le Conseil de sécurité déclare le sida une menace à la paix et à la sécurité mondiale par sa résolution 1308 du 10 janvier 2000.

Ainsi que l'a souligné le groupe des personnalités de haut niveau : *« Tout événement ou phénomène meurtrier ou qui compromet la survie et sape les fondements de l'État en tant qu'élément de base du système international constitue une menace contre la sécurité internationale »*[87]. Le document final du Sommet mondial de 2005 fait sienne cette analyse : *« les maladies infectieuses constituent de graves dangers pour le monde entier »*.

Dans ces conditions, ceci signifie que le Conseil de sécurité peut se saisir de problèmes de santé sans sortir de ses compétences. Le coordonnateur des Nations Unies a estimé que l'envoi d'une équipe de vétérinaire sous l'égide de la FAO sur un site infecté pouvait être

[86] Communiqué OMS, 9 mai 2002. La Banque mondiale a également publié des études sur le lien entre santé et environnement.

[87] Rapport du Groupe de personnalités de haut niveau.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

considéré « *comme une opération du maintien de la paix* »[88]. Il va sans dire que des activités bio-terroristes de grande ampleur tomberaient sous le coup de la notion de menace contre la paix et la sécurité internationale.

Les *recommandations du groupe de personnalités de haut niveau* ont démontré de manière lumineuse les liens qui existent entre pauvreté, sous-développement, dégradation de l'environnement, sécurité internationale et pandémies[89].

Le droit à la santé est lié inextricablement au droit à une alimentation saine et équilibrée et au droit à un logement salubre et doté d'eau courante ; *« or de nos jours, près d'un milliard de personnes souffrent de la famine ou de la malnutrition ; près d'un milliard et demi de personnes n'ont pas accès à une quantité suffisante d'eau potable et près de quatre milliard de personnes ne bénéficient pas de conditions sanitaires convenables* »[90].

On sait que cette situation est la cause de la perpétuation de plusieurs pandémies classiques qui font non quelques centaines de victimes, comme le SRAS ou la grippe aviaire, mais des millions.

---

[88] Communiqué des Nations Unies « Grippe aviaire : une pandémie aura lieu tôt ou tard », 8 mars 2006, <http//www.un.org/french/newscenter/index.shtml>.

[89] *« 1. Tous les États doivent s'engager à nouveau à atteindre les objectifs d'éradication de la pauvreté, de croissance économique soutenue et de promotion du développement durable. (59) 2. Les nombreux pays donateurs qui ne consacrent toujours pas 0,7 % de leur produit national brut (PNB) à l'aide publique au développement (APD), objectif fixé par l'ONU, devraient se fixer une échéance pour y parvenir. (60) 3. Les membres de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) devraient s'efforcer de conclure le cycle de négociations de Doha sur le développement en 2006 au plus tard. (62) 4. Les gouvernements prêteurs et les institutions financières internationales devraient alléger encore la dette des pays pauvres fortement endettés, rééchelonner encore leur dette et leur ouvrir davantage les marchés mondiaux. (63) 5. Les ressources internationales consacrées à la lutte contre le VIH/sida sont passées de quelque 250 millions de dollars en 1996 à 2,8 milliards de dollars environ en 2002, mais il faudrait plus de 10 milliards de dollars par an pour enrayer la pandémie. (64) 6. Les dirigeants des pays touchés par le VIH/sida doivent mobiliser des ressources, allouer des fonds et associer la société civile et le secteur privé à la lutte contre la pandémie. (65) 7. Le Conseil de sécurité, en étroite collaboration avec ONUSIDA, devrait consacrer une deuxième session extraordinaire au VIH/sida en tant que menace contre la paix et la sécurité internationales, en vue d'en examiner les effets futurs sur l'État et la société, de susciter des travaux de recherche et d'arrêter les principaux éléments d'une stratégie à long terme visant à faire reculer la maladie. (67) 8. Les donateurs internationaux, en partenariat avec les autorités nationales et les organisations de la société civile, devraient lancer une nouvelle initiative mondiale en vue de reconstruire les services locaux et nationaux de santé publique dans l'ensemble du monde en développement. (68) 9. Les membres de l'Assemblée mondiale de la santé devraient allouer davantage de ressources au Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie, afin de le rendre mieux à même de faire face à des épidémies. (69) 10. Les États devraient offrir des incitations à l'exploitation de sources d'énergie renouvelables et réduire et éliminer à terme les subventions octroyées aux activités préjudiciables à l'environnement, en particulier à l'utilisation et à l'exploitation des combustibles fossiles. (71) 11. Les États Membres devraient réfléchir au décalage entre la promesse du Protocole de Kyoto et ses résultats, revoir le problème du réchauffement de la planète et ouvrir de nouvelles négociations en vue d'arrêter une nouvelle stratégie à long terme de réduction du réchauffement planétaire au-delà de la période visée par le Protocole (2012).(72) »*

[90] M. Özden, *Le droit à la santé*, CETIM, Genève, 2006, p. 9.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

1) Les maladies respiratoires aigues tuent 3,9 millions de personnes par an.

2) Les diarrhées, 2 millions.

3) Le SIDA a tué plus de 2,9 millions de personnes en 2006 (rapport annuel de l'ONUSIDA) ; on comptait à la même date 39,5 millions de séropositifs.

4) La malaria, ou paludisme, affecte 350 à 500 millions d'êtres humains et 1,1 million (surtout des enfants) en meurent chaque année.

5) La tuberculose : selon les chiffres de l'OMS, 1,7 millions de personnes en seraient mortes en 2004 ; 2 millions selon d'autres sources.

Certes des efforts sont faits, mais on attend encore la bonne gouvernance qui mettra fin efficacement à ce scandale.

Conclusions

La matière du droit international de la santé est le lieu d'une série de contradictions que nourrit en son sein une société internationale aujourd'hui gouvernée par une forme de libéralisme où tout se mesure en termes de profit, de privatisation, de désétatisation :

- libéralisation ou développement ?
- libéralisation ou protection de l'environnement ?
- liberté de circulation et de mouvement des marchandises et des personnes ou quarantaine et isolement des malades ?
- protection ou discrimination et exclusion des victimes ?
- droit de propriété sur les brevets ou accès aux médicaments pour tous ou aux meilleures conditions ?

Ceci ne peut conduire qu'à de bien amères conclusions.

Une fois de plus, on doit constater que le droit international de la santé ne se distingue pas des autres domaines du droit international.

Comme ces derniers, il est caractérisé par cette pandémie juridique que l'on nomme dualité des normes. Il est constitué d'une part de « droit dur », de règles précises, appliquées, sanctionnées pour défendre les intérêts de l'industrie et du commerce. Il est constitué d'autre part de « droit mou », de principes généraux sur les droits des peuples dont la généralité handicape toute réalisation concrète, de droits économiques et sociaux de l'homme, qui, bien que présentant toute la juridicité voulue buttent sur le fait qu'ils imposent aux États des obligations de faire que ces derniers sont économiquement incapables d'assumer ou politiquement peu disposés à remplir ou des obligations de solidarité qu'ils n'accomplissent que de manière dérisoire.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

PREMIERE PARTIE

LA PREVENTION DES PANDEMIES

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

CHAPITRE 1

L'ACTION DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, ACTEUR HISTORIQUE DE LA PREVENTION

Michel Bélanger,

Professeur à l'Université de Bordeaux,
Directeur du CERDES (Bordeaux et Nantes)

La prévention sanitaire peut être définie comme l'ensemble des actions tendant à éviter l'apparition, le développement ou la complication d'une maladie ou la survenue d'un accident. Il est ainsi distingué entre soins curatifs et soins préventifs[91]. Il ne faut pas confondre prévention et prédiction[92], cette dernière présentant un aspect avant tout informatif (en particulier en ce qui concerne les épidémies). La prévention sanitaire n'est pas assurée seulement par des actions médicales, et il ne faut pas assimiler la prévention sanitaire avec la médecine préventive[93].

La prévention est un thème traditionnel, qui s'est exprimé historiquement en particulier à la vaccination[94], déjà dans la Chine ancienne, également au Moyen-Âge[95], mais surtout depuis le XVIIIème siècle, avec la naissance de la vaccinologie et la mise en œuvre de la vaccination systématique.

On considère justement que les véritables prémisses de la prévention moderne datent du XVIIIème siècle, même si, au départ, il s'est agi surtout de prévoyance, alors que le passage définitif de la prévoyance à la prévention s'est opéré au XIXème siècle. La notion de prévention est aujourd'hui au centre de plusieurs théories, comme en particulier la cindynique, qui a trait à l'évaluation des risques naturels[96].

---

[91] Voir not. G. Rose, *The Strategy of Preventive Medicine*, Oxford, Oxford University Press, 1992.
[92] Voir J. Rufié, *Naissance de la médecine prédictive*, Paris, éditions Odile Jacob, 1985.
[93] Voir J. Zourbas, *La médecine préventive*, Paris, PUF, QSJ, n° 1789, 1979.
[94] Voir M. Bélanger (dir.), *Droit, éthique et vaccination*, Bordeaux, Les Études Hospitalières, 2006.
[95] Voir M. Lesné-Ferret, « La prévention des épidémies et le droit coutumier méridional au Moyen-Âge », *in* A. Leca et Fr. Vialla (dir.), *Le risque épidémique. Droit, histoire, médecine et pharmacie*, Actes du colloque d'Aix-en-Provence de novembre 2002, Aix-en-Provence, PUAM, 2003, pp. 47-63.
[96] Voir A. Dagorne et R. Dars, *Les risques naturels. La cindynique*, Paris, PUF, QSJ, n° 3533, 4ème éd., 2005 ; G.-Y. Kervern, *Éléments fondamentaux des cindyniques*, Paris, Économica, 1995 ; G.-Y. Kervern et P. Rubise (dir.), *L'archipel du danger, introduction aux cindyniques*, Paris, Économica, 1991.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

L'émergence de la prévention sanitaire internationale a correspondu avec la création (au XIXème siècle) des premières institutions sanitaires internationales (les Conseils quarantenaires). Elle s'est développée avec la constitution des organisations intergouvernementales à objet sanitaire (l'Office international d'hygiène publique, et surtout l'Organisation d'hygiène de la Société des nations). L'article 23 du Pacte de la SDN indiquait ainsi que : *« Les Membres de la Société des Nations (...) s'efforceront de prendre les mesures d'ordre international pour prévenir et combattre les maladies »*[97]. L'Organisation mondiale de la santé, en tant qu'organisation de succession de l'OIHP et de l'OH-SDN, ne pouvait que renforcer cette stratégie.

La liste des activités de l'OMS en matière de prévention est assurément longue, permettant de considérer que cette organisation est en effet l'acteur historique principal de la prévention sanitaire internationale. Mais la seule analyse descriptive ne serait guère stimulante sur le plan intellectuel. En revanche, il est beaucoup plus intéressant de présenter une réflexion à partir du concept même de prévention sanitaire, et d'analyser ainsi la participation de l'OMS à l'élaboration et à la mise en œuvre de ce concept. L'analyse devient alors particulièrement délicate.

La portée de la notion de prévention appliquée à la santé est en effet difficile à apprécier. Les juristes, les historiens, les anthropologues et même les médecins constatent que *« la prévention n'est pas* a priori *un thème glorieux »* (car *« elle est essentiellement fondée sur la peur du mal »*)[98], et *« elle est devenue la partie mal aimée de la protection sanitaire »* (puisqu'en effet *« elle en donne d'abord une image autoritaire »* – ce qui se vérifie, par exemple, avec les vaccinations obligatoires –)[99]. D'ailleurs, selon l'OMS elle-même, *« il y a un 'paradoxe de la prévention', en ce sens qu'une intervention capable d'exercer d'importants effets bénéfiques sur la santé de toute une population pourrait ne présenter que peu d'intérêt pour chaque individu en particulier »*[100]. En tout cas, *« la prévention déconcerte le juriste »*[101].

Le concept même de prévention sanitaire est, en outre, difficile à cerner. Il doit être rapproché (mais aussi distingué) de plusieurs autres notions ou concepts, en particulier :

---

[97] Voir M. Bélanger, « L'Organisation d'hygiène de la Société des nations », *in* A. Leca et Fr. Vialla (dir.), *Le risque épidémique, op. cit.*, pp. 201-231.

[98] Ph. Ligneau (dir.), *La prévention sanitaire en France*, Paris, Sirey, coll. « Série actions », 1983, p. 6. En ce qui concerne l'anthropologie, voir tout particulièrement R. Massé, *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal / Paris, G. Morin, 1995.

[99] Ph. Ligneau, *ibid.*, p. 4.

[100] *Rapport sur la santé dans le monde, 2002 : Réduire les risques et promouvoir une vie saine*, Genève, OMS, 2002, p. 157.

[101] D. Truchet, in Ph. Ligneau (dir.), *La prévention sanitaire en France, op. cit.*, p. 271.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

- la notion de précaution : la prévention est une réaction pragmatique face à des risques avérés (c'est-à-dire identifiés), tandis que le principe de précaution est appliqué dans le cadre d'une réaction institutionnelle face à des risques potentiels (donc non identifiés) ;

- le concept de promotion de la santé : historiquement, l'importance de l'action de l'OMS en matière de prévention s'est affirmée avec justement la première conférence internationale pour la promotion de la santé (Ottawa, novembre 1986) ; il existe en effet une relation étroite, aujourd'hui plus que jamais, entre prévention et promotion (qui s'est exprimée, par exemple, avec la huitième conférence mondiale sur la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité, qui s'est tenue à Durban en avril 2006).

Il se pose également la question de la « lecture » du principe de prévention, qui en souligne le caractère évolutif. Il y a, en effet, une lecture « traditionnelle », consistant dans l'affirmation d'un véritable « droit à la prévention », et une lecture « nouvelle », correspondant à la reconnaissance d'un « devoir de prévention » (qui s'exprime, par exemple, dans la sentence arbitrale du 24 mai 2005, rendue dans l'affaire du *Chemin de fer du Rhin du fer* – Belgique c. Pays-Bas –). Cette évolution est à relier à la tendance à la remise en cause des politiques de prévention (en relation avec les problèmes de responsabilité qui sont posés), et s'exprime avec la recherche d'une nouvelle « culture de la prévention », élargissant la notion même de risque (non seulement les risques sanitaires – et, au premier chef, les risques épidémiques –, mais aussi les risques environnementaux, les risques alimentaires, ou encore les risques bio-terroristes).

Quelle est donc la place de l'OMS dans cette réflexion conceptuelle et dans l'activité opérationnelle qui en découle ? Sa stratégie est-elle cohérente et globale ? En réalité, si l'action de l'OMS en matière de prévention est effectivement fournie, l'on s'aperçoit que le contenu normatif des activités de l'organisation dans ce domaine est relativement réduit. Cette faiblesse est d'autant plus surprenante que l'on connaît l'importance des concepts en droit de la santé, et que l'on sait que l'OMS elle-même participe activement à des constructions conceptuelles (par exemple, le concept d'équité en santé). Il n'y a d'ailleurs pas de grands textes de l'OMS consacrés à la prévention : quelques rapports généraux[102], et, parmi les *Rapports sur la santé dans le monde*, seul vraiment celui de 2002 (*Réduire les risques et promouvoir une vie saine*)[103], abordent directement cette question[104]. On est donc amené à

[102] Principalement *Disease Prevention and Control*, Genève, OMS, 1990 ; *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*, Genève, OMS, 2005.
[103] *Op. cit.*, voir not. les chapitres 6 et 7.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

énoncer que l'OMS n'a pas, historiquement, suffisamment approfondi le concept de prévention sanitaire. Il est possible de le vérifier, d'une part en montrant que l'apport de l'organisation dans la définition de la prévention sanitaire internationale reste limité, et d'autre part en soulignant que ses efforts pour l'établissement d'une culture mondiale de la prévention sanitaire sont résistibles.

I. LE ROLE CONTRASTE DE L'OMS DANS LA DEFINITION DE LA PREVENTION SANITAIRE INTERNATIONALE

L'OMS en est restée largement à l'approche traditionnelle de la prévention sanitaire (mettant l'accent sur les formes de la prévention). Cette approche est aujourd'hui dépassée, et l'OMS ne propose pas, désormais, d'approche conceptuelle modernisée en la matière. Son action (historique) se limite à la présentation de types de prévention, et à l'établissement de niveaux de prévention.

A. La construction d'une typologie de la prévention qui a longtemps fait autorité

L'OMS a soutenu et appliqué une classification fondée sur la distinction de types alternatifs de prévention. Il s'agit d'un tryptique bien connu; mais, aujourd'hui, cette théorie subit des critiques, et est assouplie.

La théorie des trois types de prévention distingue entre la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire. La prévention primaire consiste dans la recherche de l'éradication; elle correspond à la définition traditionnelle de la prévention, puisqu'elle comprend « *les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population en réduisant le risque d'apparition de cas nouveaux* »[105] ; la technique de la vaccination en est une application significative. La prévention secondaire est centrée sur le dépistage; elle concerne *« les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population en en réduisant l'évolution et la durée* »[106] ; il s'agit de ce que l'on appelle aujourd'hui les actes de sécurité sanitaire (par exemple, la sécurité transfusionnelle). La prévention tertiaire est destinée à empêcher la rechute; elle vise *« les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques dans une population en réduisant au minimum les*

---

[104] On n'en trouve pratiquement pas de trace dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006 : Travailler ensemble pour la santé*, Genève, OMS, 2006.
[105] J. Hogarth, *Vocabulaire de santé publique*, Copenhague, OMS, Bureau régional de l'Europe, 1977, p. 271.
[106] J. Hogarth, *Ibid.*

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie »[107]; elle s'exprime, par exemple, par la lutte contre les comportements à risques.

Un certain nombre de critiques ont été adressées à l'encontre de cette théorie. La typologie est, en fait, trop accueillante. D'une part, il se produit des chevauchements. C'est ainsi que la prévention secondaire prend en compte certains aspects du traitement, ou encore que la prévention tertiaire touche au domaine de la réadaptation. D'autre part, il y a une tendance à la confusion. La prévention primaire rencontre en effet la promotion de la santé (dans sa stratégie éducative globale), même si elle la dépasse par certains moyens (tout spécialement par une stratégie d'influence active). Il est vrai que le domaine de la prévention n'est pas homogène, et ne peut être considéré comme autonome; de plus, la prévention proprement dite (la prévention primaire) peut échouer. L'OMS est, elle-même, consciente de ces limites. Elle propose, désormais, *« le bon dosage de l'effort consacré respectivement à la prévention primaire, secondaire et ultérieure »*[108].

B. Le suivisme dans la distinction des secteurs de prévention

L'approche de l'OMS, qui consiste à distinguer des secteurs de prévention, est tout simplement cumulative, étant fondée sur le pragmatisme. Elle fait appel au concept de maladie-cible (qui est, par exemple, largement utilisé en droit communautaire de la santé), qu'il s'agisse des maladies transmissibles ou des maladies non transmissibles. Elle est appliquée, en particulier, pour la prévention de la cécité (programme OMS de 1972 de lutte contre l'onchocercose, résolution WHA 28.54 de l'Assemblée mondiale de la santé de mai 1975 sur la prévention de la cécité, ou encore résolution 59.29 de l'AMS de mai 2006 sur la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables), la prévention des maladies cardio-vasculaires (programme OMS de 1976)[109], la prévention du cancer ou encore du sida (par exemple, le programme mondial de lutte anticancéreuse – en particulier avec la résolution 58.22 de l'AMS de mai 2005 sur la prévention et la lutte anticancéreuse – s'articule autour de deux grands axes fondés sur la prévention : la prévention primaire pour la lutte elle-même, et la prévention générale en matière de recherche), et la prévention de la grippe aviaire (avec le plan mondial OMS de préparation à une pandémie

[107] J. Hogarth, *Ibid.*

[108] *Rapport sur la santé dans le monde, 2002, op. cit.*, p. 156.

[109] Voir également OMS, *Épidémiologie et prévention des maladies cardio-vasculaires chez les personnes âgées*, rapport d'un groupe d'experts de l'OMS, Genève, OMS, série de rapports techniques, n° 849, 1995.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

de grippe)[110]. L'action de l'OMS en la matière n'est donc pas originale. L'approche utilisée, fondée sur la prévention, est également celle des États et des autres organisations intergouvernementales à compétences sanitaires.

C'est également dans ce sens que l'extension du domaine de la prévention a pu se réaliser. Il n'y a en effet pas que les maladies (avec d'ailleurs un élargissement aux maladies professionnelles, aux maladies liées à l'environnement ou encore à la consommation) qui sont concernées, mais aussi des questions médico-sociales, comme les traumatismes (tout particulièrement à propos des accidents de la route : résolution WHA 27.59 de l'AMS de mai 1974, et résolution 57.10 de l'AMS de mai 2004 sur la sécurité routière et la santé), la violence (résolution WHA 29.25 de l'AMS de mai 1976 et résolution WHA 59.19 de mai 2006 sur la prévention de la violence), les troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux (résolution WHA 39.29 de l'AMS de mai 1986), ou encore l'alcoolisme (avec la prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool[111]).

On peut considérer que si l'action de l'OMS en matière de prévention est considérable, l'effort conceptuel initial n'a pas été véritablement poursuivi. Ce n'est d'ailleurs pas la seule faiblesse de l'activité normative de l'OMS dans ce domaine.

II. LES EFFORTS RESISTIBLES DE L'OMS POUR L'ETABLISSEMENT D'UNE CULTURE MONDIALE DE LA PREVENTION SANITAIRE

Les activités normatives de l'OMS sur le plan de la prévention sont assurément multiples. Elles présentent toutefois deux défauts majeurs en termes de constitution d'une culture mondiale de la prévention sanitaire. Leur globalisation est tout d'abord imparfaite. L'effort de conceptualisation reste ensuite incomplet.

A. Une globalisation imparfaite des activités normatives de prévention

Il apparaît qu'il n'existe pas de véritable politique de l'OMS en matière de prévention. Il s'agit plutôt de stratégies prioritaires et d'actions-phare.

Les stratégies prioritaires concernent la prévention des risques. Trois priorités sont ainsi énoncées dans le *Rapport sur la santé dans le monde,*

---

[110] Voir *Le rôle de l'OMS et les recommandations relatives aux mesures à prendre à l'échelon national avant et après une pandémie* (WHO/CDS/FSR/GIP/2005.5).

[111] Voir not. le rapport du Comité d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool, Genève, OMS, série des rapports techniques, n° 650, 1980.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

2002 : Réduire les risques et promouvoir une vie saine[112] : les interventions axées sur la population plutôt que sur des groupes restreints (groupes à risques), la prévention primaire (notamment la vaccination systématique), et les facteurs de risques directs plutôt que les facteurs indirects (tels les risques environnementaux).

Trois actions-phare principales, qui sont d'ailleurs récentes, ont été jusqu'à présent énoncées :

- le Partenariat « Halte à la Tuberculose »[113] : il a été créé avec la Déclaration d'Amsterdam (2000), et a son siège à l'OMS à Genève ;
- l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination[114] : elle a été établie à Davos en janvier 2000, associant des organisations intergouvernementales (outre l'OMS, l'UNICEF et le Groupe de la Banque mondiale), des organisations non gouvernementales (dont la Fondation Rockefeller et le Fonds Bill et Melinda Gates) et l'industrie pharmaceutique; son siège a été fixé à Genève à l'OMS ; cette dernière joue un rôle central (résolution WHA 53.12 de l'AMS de mai 2000) ;
- la convention-cadre pour la lutte anti-tabac[115] : elle a été adoptée par la résolution WHA 56.1 de l'AMS du 21 mai 2003, et est entrée en vigueur le 27 février 2005 ; selon l'art. 4 (principes directeurs) de la convention : *« Pour atteindre l'objectif de la présente Convention et de ses protocoles et en appliquer les dispositions, les Parties suivent notamment les principes directeurs énoncés ci-après : (...) 4. Des mesures et des ripostes multisectorielles globales pour réduire la consommation de tous les produits du tabac aux niveaux national, régional et international sont essentielles afin de prévenir, conformément aux principes de la santé publique, l'incidence des maladies et l'incapacité et les décès prématurés provoqués par la consommation de tabac et l'exposition à la fumée de tabac ».* Et l'art. 14 (Mesures visant à réduire la demande en rapport avec la dépendance à l'égard du tabac et le sevrage tabagique) précise : *« (...)2. À cette fin, chaque Partie s'efforce : (...) c/ de mettre sur pied, dans les établissements de santé et les centres de réadaptation, des programmes de diagnostic, de conseil, de prévention et de traitement de la dépendance à l'égard du tabac ;(...) ».*

La multiplication des initiatives prises par l'OMS, qui place la prévention au cœur de ses dispositifs, tend ainsi à favoriser l'établissement d'une culture partagée (en termes de réseaux) de la prévention sanitaire.

---

[112] *Op. cit.*, voir p. 157.
[113] <http://www.stoptb.org>.
[114] <http://www.vaccinealliance.org>, Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI).
[115] <http://who.int/tabac>.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

B. Une conceptualisation incomplète

L'effort de l'OMS pour bâtir une construction conceptuelle de la prévention sanitaire n'a pas été maintenu au fil des décennies. Cela se vérifie à plusieurs titres.

Il apparaît, tout d'abord, que la participation de l'OMS aux démarches conceptuelles relatives à la prévention est relativement hésitante. Il en est ainsi tout spécialement à propos de :

- la distinction de la prévention des causes et de la prévention des conséquences : une construction juridique fondée sur la complémentarité et l'équilibre entre la prévention des causes et la prévention des conséquences est nécessaire; la démarche de l'OMS n'est que partielle, qui indique seulement que *« pour améliorer la santé dans le monde, il faut avant tout privilégier davantage la prévention des causes des principales maladies »*[116] ;
- la distinction entre prévention individuelle et prévention collective : la prévention individuelle est active, visant à modifier les comportements par des obligations (comme les vaccinations obligatoires ou l'interdiction de fumer) ou des incitations (comme la vaccination recommandée ou encore l'éducation pour la santé), alors que la prévention collective est passive, tendant à réduire les facteurs de risques liés à l'environnement (telles les mesures de sécurité sanitaire concernant l'eau, l'air, les rayonnements ionisants, etc.) ; or, la réflexion juridique de l'OMS en la matière n'est pas générale;
- la prévention primordiale : il s'agit de la prévention qui vise à empêcher l'apparition des facteurs de risques dans des populations encore indemnes de la plupart des maladies; là encore, il manque, de la part de l'OMS, une analyse approfondie;
- la prévention globale : cette vision positive de la prévention a un objectif unificateur, touchant à la fois le sanitaire et le social; l'OMS n'a été amenée à privilégier cette approche que tardivement (la XVIème conférence internationale sur le sida, réunie à Toronto en août 2006 a mis l'accent sur la nécessité d'une politique globale).

Ensuite, force est de constater que la place de la notion de prévention dans les grands textes de l'OMS est réduite. Tel est le cas des trois textes de référence que sont la Constitution de l'OMS, la Déclaration d'Alma-Ata et le règlement sanitaire international :

- la Constitution de l'OMS de 1946 ne contient le mot de « prévention » que deux fois, dans l'art. 2 (relatif aux fonctions de

[116] *Rapport sur la santé dans le monde, 2002, op. cit.*, p. 171.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

l'organisation) : *« L'Organisation, pour atteindre son but, exerce les fonctions suivantes : (...)*

h/ stimuler, en coopérant au besoin avec d'autres institutions spécialisées, l'adoption de mesures propres à prévenir les dommages dus aux accidents ;(...)

p/ étudier et faire connaître, en coopération au besoin avec d'autres institutions spécialisées, les techniques administratives et sociales concernant l'hygiène publique et les soins médicaux préventifs et curatifs (...) ».

- la Déclaration d'Alma-Ata de 1978 sur les soins de santé primaires, qui ne cite la prévention qu'à deux reprises, au point VII :

« § 2. (Les soins de santé primaires) visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet ;

§ 3. (Les SSP) comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables (...) ».

- le RSI (règlement sanitaire international) de 1951 révisé : si le RSI de 1969 comporte une seule mention relative à la prévention (art. 7 § 2, à propos des zones infectées : *« Une zone infectée peut être considérée comme redevenue indemne quand toutes les mesures de prophylaxie ont été prises et maintenues pour prévenir la réapparition de la maladie ou son extension possible à d'autres zones (...)* »), en revanche le RSI de 2005[117] fait référence à cinq reprises à la prévention (selon l'art. 2, relatif à l'objet et à la portée du RSI, « *L'objet et la portée du présent Règlement consistent à prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir (...)* », et, à propos de la définition de la 'recommandation permanente' – art. 2 et art. 16 – , qui « *s'entend de l'avis non contraignant émis par l'OMS (...), afin de prévenir ou de réduire la propagation internationale des maladies...* », ainsi que de la définition de la 'recommandation temporaire' – art. 2 et art. 15 § 2 –, avec la même conception). Le RSI de 2005 constitue ainsi l'officialisation de la prévention à l'OMS.

L'Organisation mondiale de la santé a donc pris conscience tardivement de la priorité à accorder à la prévention. Il manque encore une construction conceptuelle globale, qui exige certainement d'accorder une place importante, à côté du droit à la santé, au concept de devoir de santé, et, de façon générale, de prendre en considération les problèmes posés par la prévention.

---

[117] Voir *infra* l'étude de M. Poulain.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Quelques réflexions conceptuelles et normatives complémentaires sur la prévention sanitaire peuvent également être évoquées, aussi bien au plan international régional qu'au plan national. C'est ainsi que selon l'art. 11 (concernant le droit à la protection de la santé) de la Charte sociale européenne de 1961 du Conseil de l'Europe : « *En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties contractantes s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment : (...) 3) à prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres* ». La Communauté européenne a, quant à elle, mis en place le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (Règlement CE n° 851/2004 du Parlement européen et du Conseil du 21 avril 2004), qui est opérationnel depuis mai 2005. Pour ce qui concerne la France, il est intéressant de citer le *Rapport annuel 2003* de l'Inspection générale des affaires sociales[118], qui évoque « *la crise de la médecine préventive* »[119], souligne que « *les problèmes de santé actuels mettent en relief l'importance des politiques de prévention* »[120], et propose une « *politique de prévention durable et partagée* »[121].

La notion de prévention, qui connaît donc une application spécifique en droit international de la santé, tend à être de plus en plus appliquée désormais, non seulement en droit international public général (la prévention des conflits) mais aussi dans plusieurs branches de ce droit (notamment en droit international humanitaire, avec la prévention des catastrophes ou encore le droit d'ingérence humanitaire préventive).

[118] *Santé, pour une politique de prévention durable*, Paris, La Documentation Française, 2003.
[119] *Ibid.*, p. 131 et s. (tout un chapitre).
[120] *Ibid.*, p. 53 et s. (tout un chapitre).
[121] *Ibid.*, p. 277 et s. (toute une partie).

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

CHAPITRE 2

LES TROIS PRINCIPES EN ACTION DANS LA LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA EN ALGERIE

Youssef Mehdi,
Faculté de médecine d'Alger, Doyen honoraire

Samia Lounnas,
Coordinatrice ONUSIDA en Algérie

Adel Zeddam,
Psychologue, Président AIDS Algérie

Depuis quelques années, des progrès prometteurs sont faits à l'échelle mondiale pour combattre l'épidémie de SIDA, notamment un accès accru à des programmes efficaces de traitement et de prévention. Pourtant, le nombre de personnes vivant avec le VIH continue d'augmenter, tout comme le nombre de décès dus au SIDA. Un total de 39,5 millions [34,1 millions-47,1 millions] de personnes vivaient avec le VIH en 2006 – 2,6 millions de plus qu'en 2004. Ce chiffre comprend les 4,3 millions [3,6 millions-6,6 millions] d'adultes et d'enfants, dont on estime qu'ils ont contracté une infection en 2006, soit environ 400 000 de plus qu'en 2004. Dans de nombreuses régions du monde, les nouvelles infections à VIH sont largement concentrées parmi les jeunes (15-24 ans).

L'insuffisance de la surveillance du VIH reste un obstacle dans de nombreux pays y compris en Europe, dans les Caraïbes, en Amérique centrale et au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. C'est pourquoi il est difficile de définir précisément les caractéristiques et tendances de l'épidémie de VIH, et de concevoir et d'exécuter des programmes potentiellement efficaces. Il existe des exceptions récentes, dont la République islamique d'Iran, qui s'est appuyée sur de meilleurs systèmes de collecte de l'information pour élargir sa riposte au sein des populations exposées au risque.

Les épidémies de SIDA dans la région Afrique du Nord et Moyen-Orient sont très diverses. On estime que 68 000 [41 000-220 000] personnes ont contracté le VIH en 2006, ce qui porte à 460 000 [270 000-

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

760 000] le total des personnes vivant avec le virus dans la région. Le SIDA a entraîné le décès d'environ 36 000 [20 000-60 000] personnes au cours de l'année écoulée. La plupart des infections notifiées se sont produites chez des hommes, mais la proportion de femmes infectées est en hausse (ONUSIDA, 2006).

Des systèmes de surveillance du VIH inégaux (et, en bien des endroits, insuffisants et inadéquats), rendent difficile une évaluation précise des caractéristiques et tendances des épidémies dans de nombreux pays de cette région—particulièrement au sein des groupes les plus exposés au risque tels que les consommateurs de drogues injectables, les professionnel (le)s du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

I. CONTEXTE DE L'EPIDEMIE VIH EN ALGERIE

(Source évaluation du Plan National Stratégique IST/VIH/SIDA 2002-2006 : surveillance épidémiologique, Pr Fares EG)

Le système de surveillance épidémiologique des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH/SIDA en Algérie est basé sur la notification des cas, la séro-surveillance sentinelle et les études CAP. Depuis 2004, de plus en plus d'études comportementales sont conduites. Cependant le système nécessite un renforcement urgent, du fait du manque de normalisation d'une part et du manque de régularité des études d'autre part.

L'information disponible montre que l'infection à VIH continue de se propager, depuis que le premier cas a été détecté en décembre 1985. Au 31 septembre 2006, le nombre cumulé de cas est de 2092 séropositifs[122] (il était de 1317 au 31 décembre 2002) et de 740 cas de Sida (il était de 571 au 31 décembre 2002). L'adulte jeune, entre 25 et 39 ans, est le plus touché. Le sexe ratio qui était de 5,1 au début de l'épidémie, est passé à 1,01 aujourd'hui. La prévalence de l'infection à VIH était estimée par OMS/ONUSIDA, à partir des données disponibles, à 0,1% en 2004.

La majorité des infections est due à des rapports sexuels non protégés. La consommation de drogues injectables semble être un facteur de risque de plus en plus important, bien que le nombre de cas enregistrés soit stationnaire depuis 2001. La transmission mère-enfant est en légère augmentation avec 9 nouveaux cas enregistrés entre le 1er janvier et le 30 septembre 2006. Avec l'institution du dépistage systématique du VIH chez les donneurs de sang, la transmission par voie sanguine est pratiquement enrayée.

[122] Institut Pasteur d'Algérie, Laboratoire national de référence pour le VIH/SIDA.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

En 2004, l'Algérie était classée parmi les pays à épidémie peu active. Actuellement, les données épidémiologiques peuvent appuyer l'hypothèse d'une épidémie concentrée dans certains groupes de population et dans certaines régions géographiques. Ainsi près de 3% en 2000 et 4% en 2004 de l'ensemble des professionnelles du sexe dépistées, sont testées positives au VIH. Toutefois, la séropositivité dans cette population à risque n'est pas distribuée de manière homogène sur le territoire algérien. Une séroprévalence de 9% a été retrouvée en 2000, aussi bien qu'en 2004, parmi les professionnelles du sexe enquêtées à Tamanrasset. Une prévalence de 10% a été retrouvée dans la wilaya de Saida (dans l'Oranie) pour ce même groupe. Au Nord du pays, une enquête sur les connaissances des usagers problématiques de drogues (qui incluait 50% de consommateurs de drogues injectables parmi les 285 participants) a révélé que 11% des personnes interrogées à Alger, ayant accès au dépistage, confirmaient être infectées par le VIH. Cette même enquête a démontré le lien entre l'usage problématique de drogues (UPD), les rapports sexuels rémunérés (44% des UPD enquêtés) et les rapports sexuels non protégés (61% des UPD).

II. CONTEXTE DE LA PRESENTATION

Le thème retenu, les Nations Unies et les grandes pandémies « actuelles», lors de cette conférence est d'autant plus intéressant que parmi les pandémies actuelles qui naissent dans le monde, aucun pays, aucune région, aucun continent n'est à l'abri, qu'il s'agisse du terrorisme biologique, de la grippe aviaire, du SRAS, et bien entendu de l'infection VIH dont les premiers cas remontent à 25 ans et pour laquelle le monde entier continue à payer un lourd tribu.

Si le monde a connu le début de la pandémie du SIDA il y a 25 ans – même si le terme n'est pas approprié, nous avons célébré et ce, dans beaucoup de pays, le 1er décembre, ces 25 années – l'Algérie, quant à elle, a connu son premier cas de SIDA en 1985 soit il y a 20 années déjà. En Algérie comme ailleurs dans le monde, la lutte contre le VIH connaît un tournant décisif et un réajustement par des réformes organisationnels autours des Trois principes que vise cette communication, pour optimiser les chances d'atteinte de l'Objectif mondial de stopper la propagation du VIH dans la cadre de l'application de la Déclaration pour le Développement du Millénaire à travers l'universalité de l'accès pour tous.

Il aurait été plus facile pour les auteurs de rapporter l'histoire de l'infection durant ces deux dernières décennies en Algérie à travers les interventions collectives institutionnelles et associatives pour la lutte pour les droits des malades, contre la stigmatisation et la discrimination en

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

brisant les tabous contre lesquels les acteurs de la prévention se sont heurtés par exemple dans les écoles, à travers les efforts consentis pour obtenir un accès aux soins gratuits (infections opportunistes et trithérapies), les efforts nationaux pour la promotion du dépistage volontaire et à un degré moindre celle du préservatif, les difficultés à rendre visible et impliquer dans la prévention et le changement de comportement les groupes de la population les plus exposés au risque et notamment les travailleurs du sexe, les utilisateurs de drogues injectables etc.

Les auteurs ont préféré apporter leur contribution à la réponse nationale algérienne contre cette pandémie à travers l'étude de ce qui est communément appelé les Trois principes, qui seront détaillés ultérieurement dans l'exposé mais qui renvoient dans le jargon politique ou politico-économique à ce qu'on appelle également « la bonne gouvernance ».

En effet, les auteurs pensent qu'aujourd'hui le défi pour stopper et inverser la propagation du VIH en Algérie, et ailleurs probablement, passe par une bonne gouvernance et coordination des efforts et des financements de tous les acteurs institutionnels ou associatifs soit par la mise en œuvre des Trois principes.

Ce choix s'explique par les constats d'une augmentation progressive des fonds alloués pour la lutte contre le VIH au niveau de tous les pays mais aussi en Algérie et d'autres pays de la région Afrique du Nord et Moyen-Orient particulièrement depuis la création du Fonds Mondial pour la lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme (GFATM). Des chiffres fournis par ONUSIDA montrent qu'il y a une évolution marquée de la riposte mondiale. Dans les pays en développement, il y a une augmentation constante des financements qui sont passés de 300 millions de dollars US en 1996 à 2,1 milliards de dollars US en 2001, 6,1 milliards de dollars US en 2004 et 7 milliards de dollars US en 2006. En Algérie, on peut estimer actuellement les fonds mis à la disposition de la lutte contre le VIH/SIDA à 6 millions de dollars par an par le gouvernement, et certainement beaucoup plus avec l'arrivée des fonds extérieurs notamment du GFATM.

Malgré l'augmentation du niveau de financement, et parfois surtout du fait de cette augmentation sans ou avec très peu d'organisation de la réponse et de gouvernance de cette dernière, on constate que les budgets ne sont pas toujours utilisés de manière rationnelle et que des interventions ne sont pas capitalisées : par exemple des formations budgétisées ne sont pas réalisées, les achats de préservatifs ne sont pas faits, des enquêtes identiques sont conduites par des partenaires différents, l'un ignorant ce que fait l'autre.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Partant de ces constats dramatiques, il est devenu clair qu'une réflexion s'imposait pour éviter ces déperditions des interventions particulièrement en ce qui concerne les actions de prévention. Pour pallier l'insuffisance d'optimisation de l'utilisation des fonds, il est actuellement recommandé de renforcer les capacités des pays bénéficiaires à utiliser les fonds de manière efficiente et rationnelle.

C'est de ces observations qu'est partie la réflexion sur la nécessité pour les pays en développement de disposer de mécanismes nationaux de coordination et de rationalisation des efforts. Les étapes successives de cette réflexion vont aboutir au concept des Trois principes pour lutter contre la faiblesse de coordination entre agences d'aide internationale, gouvernement, ONG, bailleurs de fonds et tous les partenaires financiers ou techniques bien que l'objectif supposé soit en définitive le même.

III. HISTORIQUE DE LA CREATION DU CONCEPT

En 2000, c'est l'Objectif de développement pour le millénaire (Objectif 6) visant à stopper la propagation du VIH à inverser le cours de l'épidémie d'ici 2015 qui réuni en théorie tous les pays du monde, tous les bailleurs de fonds et toutes les agences d'appui technique autour d'un objectif commun.

Puis, en février 2003, dans le cadre de la déclaration de Rome sur l'harmonisation des politiques et des procédures et pratiques que des hauts fonctionnaires de plus de 20 organismes bilatéraux, et près de 50 pays ont affirmé leur détermination à parvenir aux ODM et ont accepté d'harmoniser leurs politiques, procédures et pratiques de manière à rationaliser leurs aides y compris pour la lutte contre le VIH/SIDA.

Toujours en 2003 et dans le même sens c'est le document intitulé *Harmoniser l'aide pour renforcer son efficacité* du comité d'aide au développement (CAD) de l'organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE) que le concept poursuit sa maturation.

C'est lors de la 13ème conférence internationale sur le SIDA et les IST (CISMA) en 2003 à Nairobi (Kenya) qu'un ensemble de principes directeurs destinés à améliorer la coordination des interventions nationales en matière de SIDA sont proposés et en fin de compte c'est lors de cette réunion que les Trois principes ont été réellement conceptualisés.

En avril 2004, à Washington, l'ONUSIDA, en collaboration avec le Royaume Uni et les États-Unis, a organisé une consultation sur l'harmonisation du financement international de la lutte contre le SIDA. À cette occasion les représentants des pays directeurs, des pays hôtes et de certaines organisations internationales majeures, ont entériné officiellement les « Trois Principes ».

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Enfin d'autres rencontres ont eu lieu : telles que celle du Groupe de personnalités de haut niveau (Nations unies, New York 2004), celle de l'Union Africaine à Abuja 2005 et enfin celle de l'Assemblée générale des Nations Unies (septembre 2006) où il a été réaffirmé par tous l'urgence à agir conformément aux Trois principes.

IV. JUSTIFICATION DU CONCEPT

En regardant les organigrammes représentant les réponses nationales au VIH/SIDA et particulièrement en Afrique subsaharienne où les prévalences au VIH sont les plus élevées au monde (10-20%), on observe une véritable toile anarchique et complexe. Il s'agit notamment d'un Programme National de lutte contre le SIDA avec de nombreux acteurs et intervenants institutionnels – société civile, multilatéraux et autres – autour d'un Programme censé être unique, avec un objectif national unique de maîtrise de l'épidémie, mais aucune coordination entre tous les intervenants. Cela implique une duplication des efforts et des interventions, réduisant ainsi la capacité de couverture des priorités nationales qui pourraient réduire la propagation de l'épidémie. Par conséquent, dans ces pays, il existe autant de système de suivi et évaluation que d'intervenants et, plus dramatiquement, que de bailleurs de fonds puisque très souvent ce sont ces derniers qui imposent aux gouvernements leurs mécanismes et procédures en contrepartie de l'aide qu'ils fournissent.

Dans cette configuration, l'autorité nationale, premier responsable logique du Programme de lutte contre le SIDA est dispersée, les priorités sont affaiblies et les systèmes de suivi et évaluation sont fragmentés, impliquant *de facto* un ralentissement de la mise en œuvre et quasiment aucun impact des interventions sur le cours de l'épidémie.

V. DEFINITION DES TROIS PRINCIPES

A. Premier principe

Il s'agit de disposer d'un cadre de planification stratégique approuvé par tous les partenaires et qui permet la coordination de tous les acteurs autour de priorités établies consensuellement par tous les partenaires. En Algérie, le Plan National stratégique répond à ce principe. Dans ce cadre stratégique, chaque acteur devrait reconnaître son rôle spécifique par rapport à l'objectif national global.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

B. Deuxième principe

Il s'agit pour les pays de disposer d'une entité nationale unique de coordination avec un mandat exécutif. Cette structure devrait être multisectorielle, devrait disposer d'un pouvoir de décision et réserver dans sa composition une large place à la société civile particulièrement dans les contextes de faible prévalence où les actions de prévention de proximité efficaces devraient cibler les groupes les plus exposés au risque VIH et les groupes vulnérables accessibles uniquement pas les organisations de la société civile. En Algérie, le Comité national répond à ce principe. Il sera renforcé dans le cadre de la réforme en cours de l'entité nationale de coordination qui, dans les premières années et à ce jour, ne dispose que d'un mandat consultatif. Mais, depuis 2006, un processus de réforme est en cours pour que le Comité national de lutte contre le SIDA réponde aux critères établis dans les Trois principes.

C. Troisième principe

Ce principe est primordial car il conditionne l'efficacité des deux autres. Il s'agit pour les pays de disposer d'un système unique de suivi et évaluation établi sur la base d'indicateurs nationaux établis par consensus national mesurant les priorités définies dans le Plan National Stratégique. Ce système de Suivi et Evaluation devrait permettre à tous les acteurs de mesurer l'efficacité de leurs interventions, de les réajuster en fonction des résultats observés et pour les autorités de responsabiliser chaque intervenant autour de son rôle dans la réponse nationale. En Algérie, ce système n'existe pas encore. Cependant, la première étape préalable d'identification des indicateurs nationaux issus de l'Assemblée générale des Nations Unies et des ODM adaptés au contexte de la réponse algérienne a été initiée en 2005.

VI. L'ALGERIE ET LES TROIS PRINCIPES

Pour ce qui concerne le cadre de planification stratégique unique, l'Algérie dispose depuis 2002 d'un Plan National Stratégique Multisectoriel pour lutter contre les IST/VIH/SIDA. Il avait été validé par tous les acteurs de la lutte et les différents partenaires particulièrement les bilatéraux dans le contexte de l'Algérie. Bien qu'il arrive à son terme au 31 décembre 2006, il y intègre des objectifs généraux, des stratégies et de plans opérationnels d'actions pour les secteurs ministériels et les associations. Il a été évalué en avril 2006 et l'élaboration du prochain Plan quinquennal en cours se conforme aux nouvelles recommandations internationales pour l'orientation des priorités nationales autour de l'objectif de mise à l'échelle des interventions nationales pour une

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

universalité de l'accès pour tous à la prévention, la prise en charge et l'appui psychosocial aux personnes vivant avec le VIH d'ici à 2010, de manière à évaluer les capacités à mi-parcours des pays d'atteindre l'ODM n°6. Vis-à-vis de ce premier principe, l'Algérie est en conformité, même la pertinence au regard des objectifs du plan pourrait être améliorée à l'occasion de la prochaine planification.

Quant au deuxième principe, l'Algérie dispose d'un Comité national de lutte contre le SIDA depuis 1989. Cependant, sur le plan réglementaire, ce comité ne répond plus aux exigences et au contexte actuel de la réponse aussi bien en Algérie qu'au niveau mondial. Bien qu'il soit multisectoriel, il n'a cependant pas de pouvoir exécutif et agit en tant qu'organe consultatif. Comme mentionné plus haut, l'Algérie a entamé un processus de réforme de ce comité pour qu'il puisse répondre aux besoins de la réponse nationale au VIH actuelle. De ce fait, un projet de texte est en voie d'adoption. Il s'agit d'un décret plaçant cette structure exécutive auprès de la chefferie du Gouvernement.

Pour ce qui concerne le troisième principe, l'Algérie ne dispose pas actuellement d'un Système national unique de suivi et évaluation. Cet état de fait est expliqué par deux raisons potentielles évoquées par les auteurs suite à une analyse des carences de l'organisation de la réponse nationale au VIH/SIDA en Algérie. La première raison serait culturelle et générale au niveau du système de santé algérien, à savoir l'inexistence d'une tradition en termes de suivi et évaluation. C'est d'ailleurs une notion contemporaine pour les programmes de santé publique sur le plan international, qui commence à peine à s'imposer en Algérie. La deuxième est une raison conjoncturelle : elle explique le retard enregistré par l'Algérie dans la mise en place de systèmes qui existent pourtant depuis plusieurs années déjà dans d'autres pays, dans le cadre de cette pandémie et ce du fait de la crise sécuritaire que l'Algérie a connu pendant plus de dix ans.

Cependant, de l'avis de tous les acteurs, la mise en place de ce système est un défi majeur à relever en Algérie très prochainement. Il n'en demeure pas moins qu'un tel système est très difficile à mettre en place en raison entre autres de la faiblesse du système de surveillance de l'épidémie en Algérie qui repose à ce jour presque exclusivement sur la notification des cas de SIDA et à un degré moindre de VIH.

Ces différents éléments mettent en évidence l'importance, la pertinence et la logique de la mise en œuvre des Trois principes en Algérie. Ils lui permettraient de contribuer à l'objectif mondial inscrit dans les ODM (objectif 6), dont la finalité collective est l'arrêt définitif de la propagation du virus le plus meurtrier de tous les temps.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

VII. MODALITE DE MISE EN OEUVRE DES TROIS PRINCIPES EN ALGERIE

Dans toutes les réponses nationales au VIH, les acteurs sont multiples et leurs actions d'inégale importance.

A. Rôle du gouvernement

C'est essentiellement le Ministère de la santé qui joue le rôle principal, notamment par la coordination de la mise en œuvre du Plan National Stratégique. C'est également le Ministre de la santé qui préside le comité et qui délègue une personnalité pour assumer la fonction. Dans ce contexte, les autres Ministères ont un rôle important à jouer même si on note une implication plus importante de certains d'entre eux, tels que ceux chargés de la jeunesse, de la justice, des affaires religieuses, de l'enseignement supérieur, des services de police, etc.

B. Rôle de la société civile

La société civile intervient habituellement dans les actions de proximité en complément à la réponse institutionnelle, dans l'appui et l'accompagnement des groupes vulnérables. En Algérie, le rôle du mouvement associatif est encore modeste ; il souffre d'un manque d'organisation et de professionnalisme dans la gestion des actions dont il a la responsabilité. Cependant, des progrès notables sont observés. L'Association des personnes vivant avec le VIH est un acteur clé et incontournable. C'est la seule en Algérie et elle a longtemps été la première et unique dans le monde arabe jusqu'à ces dernières années.

C. Rôle des partenaires internationaux

Ce sont essentiellement ONUSIDA, le Fonds Mondial, mais aussi des grands pays comme le Canada, la France, la Belgique dont le rôle est essentiellement en termes d'appui financier pour les bilatéraux et l'appui technique et l'expertise pour les multilatéraux. Ces différents acteurs nationaux et internationaux sont fortement impliqués dans le plaidoyer et la mobilisation des fonds pour mettre à l'échelle la réponse nationale au VIH/SIDA.

D. Quelques obstacles

- Un Programme National de Lutte contre le SIDA qui ne constitue pas une priorité pour la Direction en charge au Ministère de la santé ;
- un cadre réglementaire du Comité national inadapté ;
- les dix années de la situation sécuritaire qu'a connue l'Algérie ont déstabilisé beaucoup d'acteurs ;
- le système national de suivi/évaluation est pratiquement inexistant.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

E. Quelques opportunités

- Engagement et volonté politique au plus haut niveau ;
- un cadre réglementaire adéquat en cours de mise en place ;
- des compétences humaines ;
- une société civile dynamique ;
- de nombreux secteurs s'engagent et se sentent de plus en plus concernés et responsables.

Ces potentialités nous permettent d'espérer pouvoir contribuer à accélérer la mise en place de ces Trois principes.

F. Les défis à relever en 2007

- Élaborer un plan stratégique national budgétisé avec des objectifs réalistes ;
- installer le conseil national de lutte contre le VIH/SIDA avec mandat exécutif ;
- initier la mise en place d'un système de suivi/évaluation.

Enfin, 2 défis permanents:

- optimiser et rationaliser l'utilisation des ressources disponibles (financières et techniques) ;
- renforcer le plaidoyer et intensifier la mobilisation de ressources additionnelles.

Dans le cadre du processus de mise en place des Trois principes, il paraît indispensable à travers cette succincte analyse de situation pour l'Algérie de renforcer les mécanismes d'appui, en particulier en termes de coordination pour une meilleure gouvernance de la réponse, mais aussi d'améliorer les performances par une planification plus pertinente et basée sur des données factuelles et des besoins prioritaires et enfin de disposer à très court terme d'indicateurs harmonisés de suivi et évaluation et d'un système unique pour tous les acteurs.

Indications bibliographiques

- *Rapport de l'épidémie mondiale 2006*, ONUSIDA, 2006
- *Les trois principes en action*, ONUSIDA 2004
- *Rapport de l'Algérie sur le suivi de la Déclaration d'engagement de la Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA (UNGASS), Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, décembre 2005*
- *Rapport de la Consultation Nationale pour l'Accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui psychosocial pour tous, d'ici à 2010*, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, avril 2006
- *Rapport de l'évaluation du Plan National Stratégique de la lutte contre les IST/VIH/SIDA 2002-2005*, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, septembre 2006

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

CHAPITRE 3

L'AIDE AU DEVELOPPEMENT ET LES ENJEUX SANITAIRES

Entretien avec Rony Brauman[123],

Président honoraire de Médecins sans frontières

A.-S. T. : ***Les enjeux sanitaires revêtent-ils une acuité nouvelle ?***

R. B. : Certaines questions se posent aujourd'hui avec une acuité nouvelle. Jusqu'à la fin des années 70, la question des maladies infectieuses dans le monde était perçue comme une question pratiquement résiduelle, c'est-à-dire non pas comme un problème auquel il faut se confronter, mais comme les restes d'une question qui allait bientôt être renvoyée à l'histoire.

Cette brève considération historique permet de mettre en relief les problèmes tels qu'ils se posent aujourd'hui. À l'époque, on pensait qu'avec les progrès de l'hygiène en général, l'hygiène de l'habitat, de la nourriture, de l'eau, d'une part, et les changements de mode vie d'autre part, avec les progrès de la vaccination et enfin de l'antibiothérapie, les deux aspects de la prévention – prévention non médicale et prévention médicale – et l'aspect principal de la thérapeutique, le traitement des causes des infections, c'est-à-dire des germes, on avait l'ensemble des moyens qui allaient bientôt renvoyer les problèmes infectieux à ce qu'avaient été la lèpre ou le choléra en Europe, ou un certain nombre de maladies qui avaient disparu grâce à ces progrès d'hygiène pour les uns, grâce à l'antibiothérapie ou les modes de vie pour les autres.

Pour ma génération et la génération suivante de médecins, nous apprenions cela à l'université : il était clair que les maladies infectieuses étaient reléguées dans l'histoire, où tout au moins qu'elles n'allaient pas tarder à l'être. La déclaration de l'éradication de la variole en 1978, due au progrès et à la diffusion d'une vaccination très efficace, en était le premier signe véritablement annonciateur. Mais deux après que cette

[123] Cet entretien a été réalisé en janvier 2007 par Anne-Sophie Tabau, allocataire de recherche (ADEME), doctorante au CERIC, et Marion Desplats, étudiante à l'IEJ (Université Paris I-Panthéon-Sorbonne).

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

déclaration, une nouvelle maladie a été diagnostiquée, qui a deux ans plus tard pris le nom de SIDA. Une nouvelle actualité des maladies infectieuses est apparue. Puis sont apparues d'autres affections, en particulier virales. Au moment où nous parlons par exemple, c'est la période de l'année où l'on voit (ré)apparaître la préoccupation de la grippe aviaire. Le SRAS peut très bien se manifester à nouveau, de même que le chikungunya ou encore – pour l'instant, ce n'est pas très apparent, mais on le sent poindre – la fièvre jaune sur le continent américain, une fièvre jaune autochtone, en particulier en Amérique du Nord, l'encéphalite japonaise et toutes sortes d'autres virus, sans parler des particules infectantes – le prion de la vache folle et d'éventuelles autres entités infectantes du même type, ni virus, ni bactéries.

Ainsi, loin de reculer, la question du péril infectieux, ou tout au moins du problème infectieux, parce que ce n'est pas non plus nécessairement un énorme péril, se renouvelle. Les formes anciennes ont certes été largement battues, mais de nouvelles formes apparaissent. De fait, le combat anti-infectieux est une histoire éternelle d'épées et de boucliers : c'est à chaque fois le renouvellement de l'épée et du bouclier qui entraîne par effet de miroir un renouvellement de l'affrontement. Il s'agit d'une des données importantes.

Les épidémies virales et d'autres formes épidémiques sont maintenant inscrites à l'agenda des préoccupations internationales. Elles figurent à l'ordre du jour du Conseil de sécurité, et plus fréquemment du G8. Elles mobilisent les pouvoirs politiques dans un souci de sécurité sanitaire. D'ailleurs, il n'est pas inintéressant de relever que ce souci de sécurité sanitaire est à l'origine de la première organisation internationale digne de ce nom, l'Organisation internationale d'hygiène, dont les principes ont été plantés au milieu du XIXème et qui n'a vu le jour réellement qu'au début du XXème. En effet, il y avait à l'époque des querelles sur ce qu'étaient réellement l'hygiène et la lutte contre les épidémies. C'était encore l'époque pré-pasteurienne, puis le moment où le pasteurisme ne faisait que commencer à s'imposer comme une représentation des maladies infectieuses. Il n'y avait pas encore eu d'accord entre les tenants de la théorie infectieuse et les tenants de la théorie contagieuse qui étaient les deux principales visions des infections à l'époque. Sans entrer dans le détail, il est intéressant de relever que le péril infectieux est à l'origine du premier dispositif international moderne tel qu'on se le représente aujourd'hui. Il est finalement à l'origine de l'OMS dans sa première version (SDN), puis sa version actuelle (ONU).

Autre dimension de ce problème, conséquence du fait que les problèmes infectieux ne disparaissent pas mais se renouvellent : il n'y a pas seulement apparition de nouvelles particules infectantes, nouveaux

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

virus, mais aussi apparition de résistances des germes. Par germe, j'entends virus, bactéries, parasites, tout ce qui contient un potentiel pathogène. Le paludisme, par exemple, qui a été combattu pendant longtemps avec des armes efficaces, ou la maladie du sommeil, ou la tuberculose, et bien d'autres encore, toujours dans cette même dialectique de l'épée et du bouclier, voient disparaître les souches qui étaient effectivement sensibles à l'arsenal thérapeutique mais voient également apparaître de nouvelles souches, qui elles sont résistantes. Par exemple, en Afrique, c'est le cas pour près de 80% des souches de paludisme, qui résistent aux thérapies traditionnelles, d'où la nécessité d'un renouvellement de la pharmacopée.

Cet ensemble constitue le cadre général du problème. Pour y répondre, deux enjeux principaux se présentent : d'une part le renforcement et le renouvellement des moyens thérapeutiques (c'est un des instruments aux mains des soignants pour répondre à la demande de soins, au sens des instruments médicaux) et d'autre part l'offre de soins en général (c'est-à-dire les dispositifs sanitaires permettant de donner la dimension souhaitée aux gestes accomplis par les soignants). L'un renvoie à ce qu'on appelle la R&D, recherche/développement. Cette dernière a pour objectif de renouveler les moyens thérapeutiques à la disposition des soignants. Il s'agit là d'une responsabilité partagée à l'échelle internationale entre les gouvernements, leurs structures publiques de recherche, et les laboratoires qui, tout en étant des institutions privées, bénéficient d'un encadrement et de financements publics. Cette caractéristique leur confère certaines obligations par rapport à l'intérêt général, à la différence d'un fabricant de chaussures ou d'électronique ménagère qui n'a d'autre objectif que d'engranger des profits comme une entreprise classique. Les laboratoires pharmaceutiques, du fait que la santé, au sens de l'ensemble des pratiques sanitaires, est un domaine très étroitement encadré par les pouvoirs publics, sont donc une situation différente de celle de l'industrie en général, à mi-chemin entre le purement privé et le totalement public. Il y a donc un enjeu R&D qui associe les gouvernements et leurs prolongements (fondations, etc.), laboratoires et organisations internationales, pour le financement, la définition des priorités et l'arbitrage entre les projets de recherche. Il y a tout un ensemble qui doit être traité dans cette nébuleuse, dans ce cadre relativement flou.

Il y a une autre dimension, tout aussi importante, qui relève de tous les gouvernements, mais plus spécifiquement de ceux qui, dans le tiers monde, sont dans une situation de notoire insuffisance sur le plan des politiques et des dispositifs de santé. Ils doivent, pour être à la hauteur des enjeux, prendre des mesures de promotion et de financement des

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

systèmes de santé dans leur pays. Ceux-ci sont généralement les parents pauvres des politiques publiques dans les pays du Sud.

Il y a donc deux enjeux différents qui, je crois, doivent être pensés ensemble. Pas seulement parce qu'ils sont les deux faces d'une même pièce, mais aussi parce que les penser ensemble permet de répondre à une critique qui a été assez largement formulée à l'encontre de ceux qui défendaient, par exemple, la généralisation des médicaments génériques pour les maladies mettant en jeu le pronostic vital ou des maladies à fort risque de handicap, comme la polio.

Pour les tenants du « tout privé », la bonne santé de l'industrie pharmaceutique et donc les profits qu'elle engrange seraient les garants de la recherche future, d'où l'idée que le générique, qui grève les profits, serait en fait une atteinte au potentiel d'innovation de l'industrie pharmaceutique. Cet argument a été prolongé par un autre, selon lequel en l'absence de structure sanitaire en Afrique, région où ce problème est le plus criant, rendre des médicaments disponibles sous forme générique, serait au mieux inutile, au pire dangereux. Au mieux inutile, car de toute façon, en l'absence de ces structures sanitaires, les médicaments ne pourraient pas être prescrits à bon titre, ils resteraient donc dans leurs boîtes; au pire cela serait dangereux, parce qu'un usage inconsidéré de ces médicaments aurait pour effet de répandre rapidement des résistances et de rendre ces médicaments très rapidement obsolètes.

Cet argument ne peut pas être balayé d'un revers de main. Objectivement, il faut des professionnels pour faire un diagnostic correct, une prescription correcte, assurer le suivi de la thérapeutique. La question des résistances est en effet essentielle. Le diagnostic abusif de paludisme porté sur toute fièvre dans une région où le paludisme est endémique, a inévitablement et indiscutablement entraîné une progression très rapide des résistances. Si on avait été plus prudent, il y aurait moins de résistances aujourd'hui. On ne l'a pas été, c'est comme ça, mais il faut en tirer les leçons. Mais accueillir l'argument qui consiste à dire « *le générique, c'est une fausse bonne solution parce que de toutes façons, il n'y a pas les structures ; mettez des structures d'abord, et ensuite on pourra en discuter* » implique de reporter le problème d'une dizaine d'années. C'est ce que disent les laboratoires pharmaceutiques et leur lobby, afin de contrer la pression des ONG et des pays du Sud faite en faveur du développement de médicaments génériques

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

A.-S. T.: ***Face à la puissance de l'industrie pharmaceutique, quel est finalement le rôle des gouvernements, et plus largement des politiques publiques en la matière ?***

R. B. : Un dispensaire de brousse ou un hôpital régional ne peuvent avoir un fonctionnement correct que s'ils ont à leur disposition des moyens diagnostiques et thérapeutiques. Sinon, ils restent une coquille vide, qui ne bénéficie d'aucune confiance ni d'aucun intérêt de la part de la population.

À partir du moment où des médicaments utilisables par une population à très faibles revenus sont là, et sachant que, par rapport à il y a une trentaine d'années, dans la plupart des pays africains, à l'exception de régions très troublées, très misérables et/ou très violentes, on trouve des médecins et des soignants, on possède un socle sur lequel prendre appui pour relancer une politique de santé. Encore faut-il que ces soignants ne soient pas obligés de renvoyer leurs patients au marché pour acheter les médicaments, les perfusions, les pansements, etc. Cela veut dire que, pour avoir les équipements et les médicaments les plus importants, mais aussi le dispositif de soins en général, les deux bouts de cette chaîne doivent être tenus, donc aussi celui des gouvernements qui doivent dépenser plus en matière de santé. L'aide internationale doit aussi jouer un rôle, mais à elle seule elle ne peut rien. S'il n'y pas des décisions, des stratégies politiques claires dans ce domaine, l'aide internationale sera dilapidée, comme elle l'a souvent été, en pure perte.

Il y a donc quelque chose de l'ordre du pari : personne n'est capable de dire « *cela va se passer comme cela* ». C'est l'ensemble des gouvernements, une partie significative en tout cas, qui doit prendre les décisions. Cela ne se fera pas du jour au lendemain... La question des génériques doit être prise sérieusement en compte, aussi bien du point de vue de l'intérêt humain, du souci d'humanité et de justice, que du point de vue de la sécurité sanitaire, qui est sans doute dans les réunions intergouvernementales un problème plus sérieux que l'intérêt humain. Il s'agit de débloquer les génériques, de respecter l'esprit dans lequel les accords de Doha et les accords relatifs à la propriété intellectuelle commerciale sont appliqués face à une situation d'urgence sanitaire, qui s'applique aussi bien à la tuberculose, au paludisme et au SIDA, pour parler des trois pathologies considérées comme prioritaires par la communauté internationale. Il faut que, pour ces pathologies, des médicaments génériques efficaces soient rendus disponibles. Cela demande à la fois une décision politique, des dispositions juridiques claires et la coopération des différents acteurs. Cela ne concerne que les pays du Nord, ceux qui ont un potentiel de recherche important, mais cela

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

relève d'un intérêt général. La relance de la recherche/développement pour les pathologies prioritaires doit être assurée.

Aujourd'hui, la recherche/développement concerne beaucoup plus les médicaments de style de vie, (sexualité, cosmétique) que la tuberculose, le paludisme ou le SIDA. Pour ce dernier, les progrès – trithérapies – sont entamés par l'apparition de résistances, comme dans toute pathologie infectieuse. Recherche et développement, prise en compte de l'intérêt général et de l'aspiration à la santé avec mise en place de génériques et efforts politiques sanitaires par les gouvernements des Etats les plus concernés voilà me semble-t-il le cadre de réponse à ces problèmes.

En Afrique, les gens dépensent beaucoup d'argent pour leur santé, achetant par exemple des comprimés à l'étal d'un marché, pour dix jours de traitement anti-rétroviral, pensant que c'est mieux que rien... On est frappé par l'omniprésence des pharmacies sauvages, des ventes non contrôlées de médicaments sur lesquels il n'y a aucune garantie de qualité : cela peut être des copies ou n'importe quel poison, ou poudre de perlimpinpin mise sous la forme de médicaments. On sait en faire partout sous forme de flacons, de sirops, comprimés, etc. Les faussaires sont très talentueux.... On pense au *Troisième Homme*, le film avec Orson Welles, sur le trafic en 1945 pour le traitement de la méningite. Les laboratoires mettent en avant ces faussaires pour insister sur leur rôle en matière de qualité : quand ils mettent un médicament sur le marché, la sécurité est là ! En l'occurrence, ils n'ont pas tort. Mais l'encadrement et le contrôle de la production et de la vente de médicaments ne peut relever que de l'autorité d'Etat.

A.-S. T. : ***Vous nous avez présenté les différentes composantes d'une lutte efficace contre les crises sanitaires, mais quels sont les éléments de blocage ? En R&D, vous parliez du fait que les industries pharmaceutiques développent plus les médicaments de confort, et du rôle de la société internationale pour impulser autre chose. Qu'en est il ?***

R. B. : On peut dire que dans les trois niveaux que j'ai distingués (la R&D, la commercialisation de génériques et les dispositifs sanitaires), il y a des carences majeures. Il faut avancer dans un ensemble cohérent, et non pas pousser l'un en négligeant l'autre. Constater que les trois niveaux sont insuffisamment traités, voire pas traités du tout, c'est dire qu'il faut agir simultanément sur les trois. Le financement de la R&D, ce sont des politiques publiques : incitations fiscales, allocations de budgets pour la recherche publique, sachant que celle-ci représente moins du point de vue de l'apparition sur le marché de médicaments nouveaux que la recherche privée, mais qu'un grand nombre des molécules innovantes,

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

transformées en médicaments par la recherche privée, provient de la recherche publique. Loin de s'opposer, elles s'articulent, et il est de plus en plus difficile de distinguer la limite entre les deux. Mais là où on pourrait la voir, c'est dans la fixation de priorités par les pouvoirs publics dont c'est le rôle légitime d'arbitrer entre différents enjeux d'importance variée.

Quelques chiffres pour illustrer le problème : depuis trente ans, environ 1 500 molécules nouvelles ont été mises sur le marché. Sur ces 1 500 molécules, seule une douzaine concernait des molécules actives sur des maladies tropicales, soit moins de 1%. Sur ces 12 ou 13, la moitié provenait de la recherche vétérinaire – je pense en particulier à la leishmaniose. La leishmaniose humaine n'a jamais bénéficié d'aucun crédit de recherche, contrairement à la leishmaniose canine (dans le pourtour méditerranéen), avec des crédits privés payants, puisqu'il y a eu autorisation de mise sur le marché mais pour les animaux, et avec des posologies adaptées aux animaux. Il y a donc un désintérêt total depuis la fin de l'ère coloniale, la guerre du Vietnam, pour la recherche relative aux maladies tropicales, les pathologies tropicales.

A.-S. T. : ***Vous dîtes que, dans les instances internationales, on parle davantage de sécurité sanitaire que d'enjeux humains. Les interdépendances économiques, touristiques et humaines actuelles, peuvent-elles provoquer l'implication des pays du Nord envers des maladies traditionnellement répandues dans le Sud ?***

R. B. : On peut mettre cela sous la rubrique plus globale de la mobilité humaine, plus grande qu'elle ne l'a jamais été dans l'histoire : plus de gens, de moyens de transport, de communications en général, donc plus de contacts infectants…

D'un souci philanthropique, positivement connoté, on peut passer à un souci plus froid, mais qui est une prérogative, une responsabilité majeure des gouvernements modernes : la sécurité de leur population, dont la sécurité sanitaire est une dimension importante. Mais la sécurité sanitaire, comme les enjeux environnementaux, ne peut se concevoir exclusivement à l'échelle nationale. Elle doit être pensée à l'échelle globale.

De ce point vue, le cycle de Doha a été significatif de la progression d'un souci qui peut se considérer sous l'angle sécuritaire ou social. En l'occurrence, il y a une jonction entre les deux, et si cela peut bénéficier au besoin de santé tant mieux. La peur des épidémies est sans doute un moteur de changement plus puissant que l'altruisme.

Ce constat est certes peu glorieux. Je dis cela non pas euphémiser ce constat, mais pour en nuancer la négativité. Certes, il n'est pas glorieux, mais il ne l'est pas parce qu'à la fin des années 90, on a eu l'impression

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

que tout progressait plus vite, qu'il y avait une accélération des améliorations notamment avec la prise de conscience de l'importance des génériques, des politiques de santé publique. Et puis avec les années 2000, cet élan semble, sinon brisé, du moins considérablement ralenti. On n'est toutefois pas dans un total retour en arrière. Il y a des acquis. On traite aujourd'hui des centaines de milliers de patients atteints du SIDA. Ce n'est pas suffisant, il faudrait multiplier par dix le nombre de malades sous traitement mais on montre ainsi que c'est faisable. Il y a dix ans, ce n'était pas envisageable.

Ce qui est préoccupant, c'est la contre offensive des laboratoires contre les génériques. Ils veulent au contraire prolonger et étendre leurs brevets. Investir dans le financement de la R&D c'est l'intérêt de tous. Eternelle dialectique de l'intérêt général et de l'intérêt particulier, qu'on doit pouvoir dépasser... Pour l'heure, on a avancé, reculé, et le procès intenté par Novartis au gouvernement indien est l'indicateur – ou pourrait l'être – de cette contre offensive. Je ne sais pas jusqu'à quel point Novartis est soutenu par les autres laboratoires. Après la désastreuse affaire de Pretoria en 1999, beaucoup de laboratoires ont considéré cela comme une grossière erreur, de communication du moins...

A.-S. T.: ***Quel est l'enjeu de cette contre-offensive ?***

R. B.: C'est la question des médicaments génériques. Depuis trente ans, il y a peu d'innovations réelles en matière de médicaments pour les pathologies les plus importantes. La plupart des nouveaux produits sont des dérivés de molécules existantes auxquelles on rajoute quelque chose pour faire varier l'un des effets et obtenir une amélioration à la marge. Puisqu'il y a peu d'innovation, il faut faire durer les profits des médicaments déjà sur le marché, d'où la crispation des labos sur la question de la propriété intellectuelle. (Je reprends ici l'analyse développée par Philippe Pïgnarre dans son livre « Le grand secret de l'industrie pharmaceutique », La Découverte, 2003). C'est sans doute la raison du recul de l'OMC dans le domaine des génériques. Il est devenu très difficile de mettre en œuvre la clause de licence obligatoire qui permet à un pays de produire ou d'acheter des copies génériques de médicaments sous brevet encas d'urgence sanitaire. Rappelons-nous que les Etats-Unis avaient forcé le laboratoire Bayer à lui céder la Ciprofloxacine à un tarif générique lors de la menace de l'épidémie d'anthrax après le 11 septembre. C'est ce type de mesure que l'on refuse aux pays pauvres, qui n'ont pas le pouvoir de négociation des USA.

Les nouvelles clauses OMC, prévues de longue date et entrées en vigueur en 2005 permettent ainsi à Novartis de poursuivre l'Inde pour avoir continué la production de génériques à destination de l'exportation.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Si SIPLA (le grand « génériqueur » indien) s'arrête, c'est l'ensemble de la fourniture des antirétroviraux pour les pays africains qui s'arrête : nous sommes face à un vrai problème.

M. D. : ***Bien que la majeure partie du budget des laboratoires soit allouée à la communication, pour eux sans brevets, pas d'argent, pas de recherche et ... pas de développement ?***

R. B. : Oui, c'est leur argument. Le processus de fusion-acquisition, le gigantisme des laboratoires et la financiarisation de cette industrie ont entraîné par des effets conjoints l'installation d'une logique d'actionnaires pure, avec des taux de profit de 15% minimum (exigence d'actionnaires), ce qui place cette industrie au-dessus de toute autre du point de vue de la rentabilité financière. Il ne s'agit pas de la stériliser, mais de comprendre que les questions de santé ne sont pas solubles dans le marché. Ce n'est pas être un féroce anticapitaliste, que d'admettre qu'un certain nombre de questions ne peuvent pas être abandonnées au marché.

La fabrication des génériques, en termes de valeur unitaire, c'est peu de choses. Quand cela est distribué à des gens qui ne l'achèteront pas sous la forme du produit de marque de toute manière, le produit de marque lui-même ne perd rien, puisqu'il y a pas de transfert de la marque vers le générique. Ces personnes bénéficient d'un traitement auquel elles n'auraient pas accès sans le générique. Ainsi, sur le plan du commerce, cela se défend. Certes, il y a le problème des importations parallèles. Mais ici les laboratoires font d'un problème marginal un problème central. Certes avec le commerce moderne, l'Internet, ceci est possible. Mais dans les principaux pays, l'Europe, le Japon, le médicament est un produit très encadré. Les prescriptions sont strictes et le mode de distribution est lié au remboursement. L'intérêt économique n'est pas énorme, puisque ces médicaments sont remboursables.

M. D. : ***Quel est le point de vue des ONG sur Doha et l'accord de 2003 ? Est-ce contesté, car très compliqué, obscur ?***

R. B.: Oui, c'est très contesté. Derrière une apparente ouverture, confirmation de ce qui fut négocié, le dispositif était tel qu'il fut de fait inapplicable. Il y a deux façons de tuer le principe des licences obligatoires : le chantage d'un gouvernement qui défend ses laboratoires, comme le gouvernement américain qui exerce des représailles économiques –ou menace de le faire- à l'encontre d'un pays qui décide de prendre une licence obligatoire. L'autre façon, c'est d'exiger une série de mesures bureaucratiques rigidifiant le système au point qu'il devient

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

inapplicable (prévoir le nombre de cas, le diagnostic...). De ce point de vue là, il y a eu une régression.

A.-S. T.: ***Pour conclure, l'important c'est une coordination entre les différents niveaux de prévention et la gestion des crises sanitaires, donc la gouvernance, le dialogue ?***

R. B.: Il faut s'adresser aux différents secteurs concernés et ne pas s'en tenir au plus facile, comme, la critique des labos. La tentation est forte de s'en tenir là, car on va alors à la rencontre du sentiment dominant dans le public. Ceci est certes nécessaire, on l'a vu avec Pretoria C'est bien sous la pression de l'opinion publique que les labos ont retiré leur plainte et c'est peut-être ce qui se passera avec la plainte de Novartis. Mais si l'on parle de l'Afrique du Sud il faut aussi critiquer son gouvernement, qui a sa part de responsabilité dans les carences de traitements pour les malades du Sida. Je veux dire que tout discours qui ne prend pour cible que l'un des éléments tape à côté. C'est sur les trois niveaux de responsabilité – labos, gouvernements du Nord et gouvernements du Sud, que doit porter la concertation. Les ONG, l'ONU et les agences internationales ont leur rôle à jouer, tant du point de vue de la description des problèmes que de l'action à mettre en œuvre. Elles le joueront d'autant mieux qu'elles éviteront de tomber dans les caricatures, d'un côté comme de l'autre, qui ne satisfont que les idéologues.

A.-S. T.: ***Vous gardez une part d'optimisme ?***

R. B.: Il n'y a pas lieu d'être pessimiste. En l'espace de quinze ans, avec le SIDA, on est passé d'une maladie inédite et inconnue à une maladie connue, chronique, avec laquelle on vit. On peut être atteint de cette maladie et avoir une vie acceptable, décente. Le financement de la recherche, dans le cadre d'un dispositif de santé publique performant, cela produit des résultats. De plus, l'histoire nous montre que quand il y a perception d'un problème de sécurité sérieux, des mesures sont prises. Les questions de santé sont perçues aujourd'hui sous cet angle-là. L'optimisme n'est pas le mot, mais il n'y a pas de raison de désespérer. Au contraire, les ingrédients sont présents pour que, dans ce domaine au moins, l'avenir soit mieux que le présent.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

CHAPITRE 4

LA PAIX ET LA SECURITE INTERNATIONALES A L'EPREUVE DES PANDEMIES, LE CAS DU BIOTERRORISME

Jean-Christophe Martin,

Docteur en droit public, Post-doctorant
(CERIC CNRS-UMR 6201 – Université Paul Cézanne, Aix-Marseille III) (*)

Si les pandémies peuvent par définition, au regard de leur ampleur, menacer la paix et la sécurité internationales selon la conception extensive du Conseil de sécurité de l'ONU, l'action organisée contre certaines épidémies – celles provoquées délibérément – s'inscrit plus directement dans le cadre du maintien de la paix et de la sécurité internationales. La lutte internationale contre le « bioterrorisme » en constitue la meilleure illustration, d'autant que l'envoi de courriers contenant du bacille de charbon aux États-Unis le 18 septembre 2001[124] a effectivement « ouvert l'ère du terrorisme biologique »[125]. Le « terrorisme biologique » ou « bioterrorisme » peut être défini – en évitant sciemment de définir ici la notion de terrorisme[126] – comme l'ensemble des activités terroristes reposant sur l'utilisation d'agents infectieux (bactéries, virus, toxines) en vue de leur diffusion délibérée[127].

(*) *Nota Bene* : Les adresses Internet citées étaient toutes encore valides au 15 février 2006.

[124] Cinq personnes sont mortes et dix-huit ont été blessées ; l'attaque a aussi causé un mouvement de panique parmi la population américaine et a eu un impact économique considérable. Dans les années 1990 déjà, la célèbre secte japonaise Aum Shinrikyo possédait un arsenal de milieux de culture, de toxine botulinique et de cultures de bacille du charbon, ainsi que de drones équipés de pulvérisateurs. Plus récemment, en janvier 2003, un attentat biologique d'envergure a été déjoué au Royaume-Uni, les autorités britanniques ayant arrêté sept individus et saisi des produits contenant de la ricine, substance hautement toxique. Sur les précédents en matière de bioterrorisme, voir O. Lepick et J.-F. Daguzan, *Le terrorisme non conventionnel*, PUF, Paris, 2003, pp. 92 ss. et 131 ss.

[125] H. H. Mollaret, *L'arme biologique. Bactéries, virus et terrorisme*, Plon, Paris, 2002, p. 9.

[126] Sur cette question, voir notre ouvrage *Les règles internationales relatives à la lutte contre le terrorisme*, Bruylant, Bruxelles, 2006, pp. 33-98 et les références y mentionnées.

[127] Cette définition est élaborée à partir de celles proposées par H. H. Mollaret, *op. cit.*, p. 15 et du thesaurus de référence dans le domaine biomédical *Medical Subject Headings* (MeSH). Interpol propose la définition suivante : « *Bioterrorism refers to the international release of biologic agents or toxins for the purpose of harming and killing civilians, animals or plants with the intent to intimidate or coerce a government or civilian population to further political or social objectives* » : *Bioterrorism Incident Pre-Planning and Response Guide*, 2006, p. 7.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Si tous les actes terroristes sont qualifiés de manière générique par le Conseil de sécurité comme constituant une menace à la paix et à la sécurité internationales[128], le terrorisme biologique est, selon les spécialistes, la menace terroriste présentant la plus grande acuité[129]. Le Secrétaire général de l'ONU K. Annan avait d'ailleurs rappelé en 2006 qu'« *En matière de terrorisme, la menace la plus importante qui n'est pas suffisamment prise en compte et exige une réflexion nouvelle de la part de la communauté internationale est celle liée à l'usage d'armes biologiques par les terroristes* »[130]. On sait en effet que les agents biologiques pathogènes sont d'un grand intérêt pour ces derniers : outre leur potentiel meurtrier, de destruction et perturbation massives, ils présentent certains « avantages comparatifs » en ce qui concerne, d'une part, leur acquisition, leur transport et leur mode de diffusion et, d'autre part, leur faculté éventuelle de dissémination par contagion du fait de leur nature d'organismes vivants capables de se reproduire. Le ricin, la variole, le charbon (anthrax), la peste, la tularémie et le botulisme figurent ainsi en tête du palmarès des agents infectieux les plus attractifs[131]. Il faut même s'attendre à voir apparaître, à terme, des agents infectieux génétiquement modifiés, ce qui permettrait notamment de les rendre résistants aux médicaments actuels. Il semble toutefois que l'élaboration et l'utilisation efficace d'armes biologiques[132] sont loin d'être simples, beaucoup d'obstacles devant être surmontés pour perpétrer avec succès un attentat bioterroriste « significatif ». Le risque d'une attaque de grande ampleur, entraînant des destructions massives, est néanmoins bien réel, et un attentat biologique réussi pourrait ainsi entraîner, faute d'une réaction suffisante, une épidémie sinon une véritable pandémie[133], le risque majeur étant à ce jour constitué par la variole.

Le sujet de notre contribution aux présentes *Rencontres Internationales* se singularise donc en cela qu'il approche la question de la prévention des pandémies sous l'angle de *l'origine de la dissémination* des agents

---

[128] Cf. par ex. la rés. 1373 (2001).

[129] Par ex. O. Lepick et J.-F. Daguzan, *op. cit.*, p. 87.

[130] Rapport *S'unir contre le terrorisme*, A/60/825, 2006, §52.

[131] Pour un recensement et une classification des agents infectieux susceptibles d'être utilisés à des fins malveillantes, voir Center for Disease Control and Prevention, <http://www.bt.cdc.gov/agent/agentlist.asp>, et l'ouvrage médical collectif de J.-P. Thomas (dir.), *Bioterrorisme : une réalité au-delà du mythe. La guerre des microbes*, Ellébore, Paris, 2005, 205 p.

[132] Une arme biologique peut être définie comme l'« *association de tout agent infectieux avec un vecteur quel qu'il soit (obus d'artillerie, bombes, missiles, aérosols...) dans le but de nuire à d'autres personnes* » (M. Mates, cité par H. H. Mollaret, *op. cit.*, p. 96).

[133] En outre, selon l'OMS, « *quelle que soit l'ampleur de ces attaques, il ne fait aucun doute qu'elles déclencheraient une panique et une peur généralisées ; le système de santé publique serait submergé et l'impact économique serait considérable* » : *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 19 mars 2004, 79e année, n°12, 2004, p. 113.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

pathogènes. Il s'agit par définition d'une action malveillante délibérée, ce qui amène à deux remarques.

Première remarque : la menace de pandémie étant liée à une action humaine intentionnelle, planifiée et organisée, des mesures adaptées de portée préventive peuvent être mises en œuvre à plusieurs niveaux ; elles visent à contrarier les plans bioterroristes et organiser leur répression.

Seconde remarque : la pandémie résultant par hypothèse d'une action malveillante cherchant les effets les plus dévastateurs, les plus meurtriers possibles, des mesures de protection sanitaire renforcées, à la mesure de l'ampleur potentielle de la contamination, doivent être envisagées pour contenir les effets d'un attentat bioterroriste à grande échelle.

Nous articulerons notre étude de la lutte contre le bioterrorisme autour de ces deux axes ; le premier pan sera ainsi centré sur les aspects criminels des actes bioterroristes, le second portera sur la gestion de leurs conséquences.

I. L'ACTION INTERNATIONALE VISANT A CONTRARIER ET REPRIMER LES PLANS BIOTERRORISTES

Cette action repose largement sur le régime international de non-prolifération des armes biologiques et se traduit par des mesures normatives d'interdiction (A) et des mesures opérationnelles de prévention (B) définies sur le plan international.

A. Les mesures normatives d'interdiction

Parmi les mesures d'interdiction pour lutter contre le bioterrorisme, on peut distinguer les obligations pour les États de ne pas faire en matière de prolifération des armes biologiques et de soutien au terrorisme et leurs obligations de faire, en l'occurrence d'interdire et réprimer certains comportements dans leur droit interne.

1. Les interdictions pesant sur les États

On peut affirmer que le droit international interdit strictement aux États de soutenir – activement ou passivement – les plans bioterroristes. Cela résulte non seulement de l'interdiction générale et bien établie de tout soutien étatique au terrorisme[134], mais aussi du régime de non-prolifération des armes biologiques. Il ne fait pas de doute en effet que la lutte contre le terrorisme tire profit du régime de non-prolifération visant à limiter les stocks étatiques d'armes de destruction massives ainsi que le savoir faire y relatif. Cela est vrai pour les armes biologiques comme

[134] Voir notre ouvrage précité, pp. 451-464.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

pour les armes nucléaires et chimiques. Il faut dire en revanche que le régime international de non-prolifération des armes biologiques est jusqu'à présent le moins abouti et celui à l'efficacité la plus douteuse. Il repose sur la Convention de 1972 sur les armes biologiques et à toxines[135] et la résolution 1540 adoptée en 2004 par le Conseil de sécurité, renforcées par des « initiatives » internationales[136].

La **Convention de 1972 relative aux armes biologiques et à toxines**[137] (ci-après CABT) compte actuellement 155 États parties (16 États l'ayant aussi signée mais pas encore ratifiée). Elle concerne « *principalement les activités interdites d'État à État* »[138], ne vise pas expressément les acteurs non étatiques et ne contient aucune référence au terrorisme. Il s'agit néanmoins d'un instrument jouant un rôle dans l'action préventive internationale contre le bioterrorisme[139]. La Convention interdit principalement aux États parties la mise au point, la fabrication, l'acquisition et le stockage des armes biologiques ou à toxines (art. I) ; exige la destruction des stocks existants ou leur conversion à des fins pacifiques (art. II) ; interdit en outre aux États parties de « *transférer à qui que ce soit, directement ou indirectement, l'un quelconque des agents pathogènes visés* » (art. III). Michèle Poulain remarque à juste titre que cette disposition « *quand bien même faisant allusion à une obligation de non-transfert 'à qui que ce soit', ne vise formellement que les États, groupes d'États ou organisations internationales et en aucune façon les groupes terroristes* »[140].

Ce régime de non-prolifération des armes biologiques, complété par l'article IV que nous étudions plus loin puisqu'il impose aux États parties d'interdire certains comportements dans leur droit interne, apparaît assez complet du point de vue normatif. Il est cependant considérablement

---

[135] Rappelons que le Protocole de Genève de 1925 prohibant l'emploi d'armes chimiques et biologiques se contente d'interdire l'emploi d'armes biologiques à la guerre. Il ne couvre pas leur utilisation dans d'autres types d'actions hostiles et n'interdit pas la mise au point, la fabrication et le stockage de ces armes.

[136] Nous ne pouvons étudier ici ces programmes multinationaux, parmi lesquels il faut citer la *Proliferation Security Initiative*, l'Initiative sur la sécurité des conteneurs, le Partenariat mondial du G8 contre la prolifération des armes de destruction massive et des matières connexes et l'Initiative de sécurité contre la prolifération.

[137] Convention sur l'interdiction de la mise au point, de la fabrication et du stockage des armes bactériologiques (biologiques) ou à toxines et sur leur destruction, signée à Londres, Moscou et Washington le 10 avril 1972. Le texte est publié en annexe à la rés. 2826 (XXVI) de 1971 de l'Assemblée générale des Nations Unies (ci-après AGNU). Ce traité est entré en vigueur le 26 mars 1975.

[138] Rapport du Comité institué par la rés. 1540, S/2006/257, p. 12, §38.

[139] Th. Christakis y voit une « *réglementation indirecte mais utile* » : « Unilatéralisme et multilatéralisme dans la lutte contre la terreur : L'exemple du terrorisme biologique et chimique », *in* K. Banelier, Th. Christakis, O. Corten et B. Delcourt (dir.), *Le droit international face au terrorisme.* Pedone, Paris, 2002, pp. 161-162.

[140] M. Poulain, « La protection de la santé publique face à la menace terroriste », *AFDI*, 2001, p. 163.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

affaibli par le défaut de mécanisme de vérification[141]. L'établissement d'un régime contraignant de vérification du respect de la CABT est discuté depuis les années 1990. Un projet de Protocole additionnel relatif à la vérification[142] a été élaboré et examiné lors de la Vème Conférence d'examen de la Convention, qui s'est tenue fin 2001 sans que les États parviennent à surmonter leurs divergences de vues. L'opposition des États-Unis, pour protéger les industries biotechnologiques et pharmaceutiques américaines[143], a largement contribué à l'échec de la Conférence. Les négociations se sont poursuivies *nolens volens* en vue de parvenir à un accord pour la Conférence suivante et un processus intermédiaire, reposant sur l'échange d'informations entre États Parties sur la mise en œuvre de mesures d'application convenues, a été pragmatiquement mis en place depuis 2002 pour améliorer le fonctionnement de la Convention. Celui-ci s'est révélé étonnamment fructueux[144] et la VIème Conférence d'examen, qui s'est tenue du 20 novembre au 8 décembre 2006[145], a laissé de côté la question d'un régime contraignant de vérification au profit de ces modes alternatifs de renforcement de la CABT.

Par ailleurs, le Conseil de sécurité a interdit aux États dans ses **résolutions à portée législative 1373 et 1540**, de soutenir le terrorisme, notamment en leur fournissant des armes. En vertu de la résolution 1540 (2004)[146], les États doivent s'abstenir d'aider les acteurs non-étatiques – donc les terroristes – à acquérir des armes de destruction massive, y compris biologiques (§1). Cette résolution vient en cela appuyer et compléter heureusement la CABT[147] : d'une part, les États qui ne sont pas

---

[141] Voir les dossiers consacrés dans les n°2000-4 et 2006-3 de la revue *Forum du désarmement* : <http://www.unidir.org/html/fr/forum_du_desarmement.php>. Précisons que l'art. VI de la CABT, jamais utilisé, prévoit que chaque État partie qui constate qu'une autre partie agit en violation de ses obligations peut déposer une plainte, fournissant toutes les preuves de son bien-fondé, auprès du Conseil de sécurité.

[142] Le projet de protocole mettait en place un mécanisme reposant sur des déclarations des installations pertinentes, des visites sur place pour vérifier ces déclarations, des procédures de clarification, des enquêtes suite à des allégations de violation, des critères d'application nationale, des mesures de coopération scientifique et technique, et l'institution d'une organisation internationale.

[143] Voir R. Lennane, « Des sueurs froides pour la Convention sur les armes biologiques depuis 2001 », *Forum du désarmement*, 2006-3, p. 8, Th. Christakis, *op. cit.*, pp. 163-164 et 167-169 et H. Garrigue, « Les États-Unis et la négociation biologique. Chronique d'un divorce annoncé », *AFRI*, 2002, pp. 561-576.

[144] Voir R. Lennane, *op. cit.*, p. 13 et le discours de K. Annan à la 6ème Conférence d'examen, le 20 novembre 2006, doc. SG/SM/10748 et DC/3052.

[145] Les documents de la conférence, y compris le document final, peuvent être consultés sur <http://www.opbw.org>.

[146] Voir S. Sur, « La résolution 1540 du Conseil de sécurité (28 avril 2004) : entre la prolifération des armes de destruction massive, le terrorisme et les acteurs non étatiques », *RGDIP*, 2004/4, pp. 855-882.

[147] Il est à noter que la rés. 1540 (§5) précise que les obligations qu'elle énonce ne peuvent être interprétés d'une manière qui la mette en contradiction avec, parmi d'autres, les droits et obligations des États parties à la CABT.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

parties à la CABT n'échappent pas à l'interdiction puisqu'ils sont liés par les obligations contraignantes de la résolution 1540 (paragraphes utilisant le verbe « *décide* ») ; d'autre part, la résolution 1540 institue un comité chargé de suivre l'application par les États des obligations qui y sont énoncées (ci-après « Comité 1540 »)[148].

Bien que nécessaire, le régime d'interdiction que nous venons de présenter n'est pas suffisant en soi pour lutter contre le terrorisme biologique. Il est aussi indispensable que chaque État interdise dans son droit interne et réprime les activités bioterroristes[149].

2. Les obligations d'interdire en droit interne les activités bioterroristes

À cet égard, le cadre juridique international apparaît assez lacunaire. Il n'existe pas de convention internationale *ad hoc* pour la répression des actes de terrorisme biologique, comme c'est le cas pour les actes de terrorisme nucléaire[150]. Néanmoins, trois instruments internationaux obligent actuellement les États à interdire dans leur droit interne certains comportements relatifs aux agents biologiques[151]. La **Convention des Nations Unies de 1997 pour la répression des actes terroristes à l'explosif** oblige les États parties à incriminer les attentats à l'explosif, y compris ceux réalisés au moyen « *d'agents biologiques, toxines ou substances analogues* » (art. 1§3(b)). Cette convention, en vigueur depuis mai 2001, fait ainsi de l'utilisation terroriste d'une arme biologique une infraction internationale relevant de la compétence universelle des États et soumise à la règle *Aut dedere, Aut judicare*. L'**article IV de la CABT** oblige en outre les États parties à interdire et empêcher la mise au point, la fabrication, le stockage, l'acquisition ou la conservation des agents biologiques. Il semble au vu de la formulation retenue, sans autre précision, que cette disposition peut être interprétée comme obligeant chaque État partie à interdire les activités énumérées par qui que ce soit, y compris les acteurs non étatiques impliqués dans des plans terroristes[152].

---

[148] Ce comité a pour tâche principale de suivre l'application de la résolution, c'est-à-dire non seulement l'adaptation par les États de leur législation mais aussi la mise en œuvre concrète des mesures, au travers des rapports que ceux-ci sont tenus de remettre à échéance régulière.

[149] B. Kellman, « *An International Criminal Approach to Bioterrorism* », *Harvard Journal of Law and Public Policy*, Spring 2002, pp. 729-730.

[150] Une convention assez réussie et prometteuse a été adoptée le 13 avril 2005 par l'AGNU, faisant ressortir par contraste les faiblesses en matière de terrorisme biologique.

[151] Il faut ajouter à titre prospectif que les actes de terrorisme biologique pourraient être couverts par le projet de convention globale contre le terrorisme en cours de négociation au sein du comité de codification établi par la rés. 51/210 de l'AGNU. L'heure n'est cependant pas à l'optimisme, alors que les négociations butent toujours sur la question de la délimitation de la notion de terrorisme, de l'exclusion des luttes de libération nationale.

[152] *Contra*, S. Sur, *op. cit.*, p. 869.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Quand bien même cette interprétation ne serait pas retenue, le Conseil de sécurité a décidé dans la résolution 1540[153] que tous les États doivent, conformément à leurs procédures internes, adopter et appliquer une législation appropriée et efficace interdisant à tout acteur non étatique de « *fabriquer, se procurer, mettre au point, posséder, transporter, transférer ou d'utiliser* » des armes nucléaires, chimiques ou biologiques ou leurs vecteurs, en particulier à des fins terroristes. Les États doivent réprimer toutes les tentatives, ainsi que le fait de participer en tant que complice, de fournir assistance ou de financer ces activités[154]. Cette interdiction est très étendue, bien plus que celle de la CABT qui ne prohibe pas l'utilisation, la complicité ni le financement. Il s'agit donc d'un progrès important. En revanche, et c'est en cela que le cadre juridique international reste assez lacunaire, l'obligation d'interdire en droit interne n'est assortie ni de l'obligation d'étendre la compétence juridictionnelle des États (notamment à la compétence dite « universelle ») ni de l'obligation d'appliquer la règle *Aut Dedere, aut Judicare*, ni de l'obligation de coopérer en matière judicaire.

À cela s'ajoute que ces obligations internationales souffrent d'une mise en œuvre pour l'heure insuffisante. L'incrimination dans les législations internes de l'ensemble des infractions liées au bioterrorisme est décisive, indispensable, non seulement sur le plan de la répression, mais aussi sur le plan de la prévention en ce qu'elle offre un cadre juridique aux autorités de police pour enquêter, et conditionne toute coopération judiciaire internationale. Ce constat avait d'ailleurs conduit le « *Harvard Sussex Program on Chemical and Biological Warfare Armament and Arms Limitation* » à rédiger à la fin des années 1990 un projet de convention de lutte contre le bioterrorisme[155]. Ce projet propose d'incriminer l'ensemble des activités liées à l'acquisition, à la production, au stockage et au transfert d'agents biologiques par qui et où que ce soit et de les soumettre à la règle *Aut dedere, aut judicare*. Si ce projet est resté lettre morte, nous avons vu que la résolution 1540 impose

---

[153] L'AGNU a adopté plusieurs résolutions intitulées « Mesures visant à empêcher les terroristes d'acquérir des armes de destruction massive » : 57/83 (2002), 58/48 (2003), 59/80 (2004), 60/78 (2005), 61/86 (2006). Elle y demande aux États de prendre des mesures nationales visant à empêcher les terroristes d'obtenir de telles armes (ou des matériaux liés à leur fabrication) ou de renforcer celles qui ont été déjà prises.

[154] Au §3(d) de la rés. 1540, le Conseil oblige aussi les États à « *instituer et appliquer des sanctions pénales ou civiles appropriées aux infractions à ces législations et réglementations de contrôle des exportations* ».

[155] « *Convention on the Prevention and Punishment of the Crime of Developing, Producing, Acquiring, Stockpiling, Retaining, Transferring or Using Biological or Chemical Weapons* ». Site du Programme : <http://www.sussex.ac.uk/Units/spru/hsp/>. Voir aussi D. P. Fidler, « *Bioterrorism, Public Health, and International Law* », *Chicago JIL*, Spring 2002, pp. 14-15 et Th. Christakis, *op. cit.*, pp. 165-166.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

aujourd'hui d'interdire les activités liées aux armes biologiques. Les États reconnaissent ainsi généralement que des lois spécifiques sont nécessaires pour combattre la menace du bioterrorisme, mais le bilan n'est actuellement pas satisfaisant. Le Comité 1540 rapporte en effet que : « *En ce qui concerne les armes biologiques et leurs vecteurs, 56 États ont inclus certaines interdictions [liées au bioterrorisme] dans leur législation-cadre nationale, tandis que 75 États sanctionnent la violation des interdictions dans leur Code pénal* »[156].

Face à ce constat de relatif vide juridique, l'OIPC-Interpol a lancé en septembre 2006 un projet consistant à centraliser les données relatives aux lois nationales et autres informations concernant la pénalisation des activités liées aux armes biologiques. Interpol propose ainsi une importante assistance technique aux États pour la rédaction de législations appropriées à la lutte contre la menace bioterroriste. Quant à l'application des législations sur le bioterrorisme, Interpol a déjà organisé deux conférences mondiales, permettant à un grand nombre de policiers et experts de partager leurs connaissances[157].

L'assistance technique d'État à État, notamment en matière de rédaction de législation, est aussi orchestrée par le Comité 1540, qui sert de plateforme de centralisation de l'offre et de la demande d'assistance (précisant sur son site Internet les types d'assistance proposés et la manière d'instaurer des contacts bilatéraux)[158].

B. Les mesures opérationnelles de prévention

La prévention du bioterrorisme sur le plan opérationnel emprunte deux voies : l'échange de renseignements entre autorités étatiques et la mise en œuvre de dispositifs nationaux de protection et contrôle.

1. La coopération internationale en matière d'échange de renseignements

L'acquisition de renseignements criminels est une activité déterminante, de premier plan pour lutter contre le terrorisme. Les plans et réseaux terroristes ayant aujourd'hui une dimension internationale, certains renseignements obtenus par un État peuvent permettre à d'autres

---

[156] Rapport S/2006/257, p. 13, §47.

[157] La 1ère conférence s'est tenue les 1-2 mars 2005 à Lyon ; la seconde s'est tenue à Kiev du 6 au 8 novembre 2006. Trois ateliers régionaux (Amérique, Asie, Afrique) ont aussi été organisés en 2005 et 2006, voir <http://www.interpol.int/Public/BioTerrorism/Workshops/Default.asp>. Ajoutons qu'Interpol a aussi publié un « Guide de préparation et de réponse à un attentat bioterroriste » très complet (en anglais sur <http://www.interpol.int/Public/BioTerrorism /BioterrorismGuide.pdf>), ainsi qu'un répertoire de ressources sur la prévention du bioterrorisme, donnant accès à du matériel pédagogique, des documents scientifiques, des principes généraux en matière de planification et de gestion de crise ainsi qu'à d'autres informations essentielles : <http://www.interpol.int/Public/BioTerrorism/links.

[158] En 2006, 46 États offraient leur assistance et 32 États en demandaient : rapport S/2006/257, p. 26, §114.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

États d'agir et d'anticiper un attentat. Il importe donc que l'échange de renseignements entre autorités nationales soit renforcé, les États ayant encore quelque mal à partager leurs informations. Si le Conseil de sécurité a ainsi demandé aux États d'intensifier et d'accélérer l'échange d'informations opérationnelles, en particulier en matière de terrorisme reposant sur l'utilisation d'armes de destruction massive[159], il n'existe pas d'obligation internationale d'échange d'informations en matière de bioterrorisme. En pratique, la coopération internationale en matière de renseignement passe par l'OIPC-Interpol[160], qui s'est investie de manière très active dans la lutte contre le terrorisme biologique, en créant en 2004 une « *Unité de prévention du bioterrorisme* » chargée de centraliser et diffuser les renseignements en la matière[161].

Le partage des données du renseignement se fait aussi dans le cadre de l'OTAN qui a mis sur pied après les attentats de septembre 2001 une « Unité du renseignement sur la menace terroriste », qui a depuis le Sommet d'Istanbul (28-29 juin 2004) un statut permanent. L'ONU et Interpol envisagent aussi actuellement d'établir de nouvelles bases de données sur les incidents biologiques et la biocriminalité[162].

2. Les mesures de protection et contrôle

Bien qu'un certain retard ait été pris en matière biologique, le droit international traduit aujourd'hui la préoccupation justifiée des États de voir des terroristes acquérir légalement des agents infectieux en les commandant auprès de fournisseurs autorisés, voler des souches dans des sites de culture ou de stockage autorisés (civils ou militaires)[163], acheminer ou disséminer sans grande difficulté des agents infectieux qui sont très difficiles à détecter. On relève deux avancées principales en la matière[164].

---

[159] Rés. 1373, §3(a) et 1540, §10.

[160] Précisons que l'OIPC a mis sur pied en 2002 un nouveau système de communication mondiale, particulièrement efficace et accessible en permanence (« I-24/7 ») : voir <http://www.interpol.int/Public/ICPO/FactSheets/GI03fr.pdf>. En outre, Interpol a créé au début de 2004 une nouvelle notice (« orange ») en rapport avec la menace terroriste relative aux menaces biologiques, chimiques et radiologiques. Sur les notices d'Interpol et leur diffusion, voir <http://www.interpol.int/Public/ICPO/FactSheets/GI02FR.pdf>.

[161] Lors de l'atelier de Kiev sur la prévention du bioterrorisme (novembre 2006), il a en outre été demandé à chaque État de nommer un individu en charge des contacts avec l'Unité de prévention du bioterrorisme du Secrétariat général d'Interpol à Lyon.

[162] Ainsi, le Plan d'action de la Stratégie antiterroriste mondiale de l'ONU (Rés. 60/288 de l'AGNU, 8 septembre 2006) « *[invite] le système des Nations Unies à élaborer, avec les États Membres, une base de données complète et unique sur les incidents biologiques, en veillant à ce qu'elle soit complémentaire à la base de données sur la biocriminalité que l'[OIPC] envisage de constituer* » (§11).

[163] O. Lepick et J.-F. Daguzan, *op. cit.*, pp. 84-85.

[164] On note aussi la multiplication des lignes directrices et formations relatives à la sécurité des sites et produits. L'OMS a réédité en 2005 son « Manuel de sécurité biologique en laboratoire », développé pour tenir compte des nouvelles menaces, y compris celles liées à la libération délibérée

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Primo, les États parties à la CABT s'attachent depuis 2002 à la renforcer, dans l'attente de progrès sur la question de la vérification, en s'accordant à appliquer un programme de suivi « *innovant* »[165] consistant dans l'examen annuel de mesures devant être mises en œuvre par les États. Parmi ces mesures figure *le renforcement des mesures nationales de sécurité concernant les agents pathogènes dangereux*, domaine dans lequel des progrès importants ont été faits ces dernières années[166].

Secundo, le Conseil de sécurité a obligé les États dans la résolution 1540 (§3) à appliquer des dispositifs intérieurs de contrôle afin de prévenir la prolifération d'armes de destruction massive, y compris biologiques. On distingue deux domaines d'action :

- D'une part, **la maîtrise des produits sensibles** (§3(a) et (b)). Les États doivent localiser les produits biologiques dangereux et assurer leur sécurité et protection physique lors de la production, de l'utilisation, du stockage et du transport d'agents (par des mesures qui ne sont pas définies par le Conseil...). En pratique, selon le Comité 1540, « *[t]out État doit [mettre] en place une procédure d'autorisation ou d'enregistrement pour pouvoir contrôler les différentes matières se trouvant sur son territoire, et connaître leur emplacement et leur finalité* »[167]. L'obligation vaut même pour les États sur le territoire desquels il n'existe pas d'armes de destruction massive ni de vecteurs[168].

- D'autre part, **le contrôle des mouvements d'agents biologiques** (§3(c)(d)). Les États doivent instituer des activités « *appropriées et efficaces* » de contrôle des frontières ainsi que des dispositifs tout aussi « *appropriés et efficaces* » de contrôle de l'exportation et du transbordement des produits biologiques (§3(c)(d))[169]. Précisons que le contrôle des exportations a pour finalité l'interdiction par les États des transferts de produits s'il apparaît qu'ils sont destinés à des programmes d'armement, au terrorisme ou qu'il existe un risque de détournement. Les États doivent ainsi mettre en place un régime d'autorisation des exportations et transbordements, établir des listes des articles contrôlés et opérer des contrôles des utilisateurs finals[170], ce que plusieurs États font

---

d'agents biologiques (3ème éd., 2005, 219 p.). La sécurité des laboratoires est aussi au cœur du programme mis en place par l'Unité Bioterrorisme d'Interpol. En outre, l'Union postale universelle a, depuis l'attaque au bacille de charbon d'octobre 2001 aux États-Unis, fait des recommandations et formations sur le contrôle des colis suspects et les moyens d'empêcher la transmission par courrier postal de matières dangereuses.

[165] Discours précité de K. Annan à la 6ème Conférence d'examen de la CABT.

[166] *Ibid.*

[167] Rapport S/2006/257, p. 15, §58. Pour un compte-rendu des mesures d'application nationale, voir l'annexe VI.

[168] *Id.*, p. 16, §61.

[169] Pour un compte-rendu de l'application nationale, voir l'annexe IX du rapport S/2006/257.

[170] Voir le rapport S/2006/257, pp. 20-24.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

déjà depuis longtemps au sein d'un arrangement informel appelé « Groupe de l'Australie », en garantissant par un système de licences à l'exportation d'agents biologiques et chimiques que leur exportation ne contribuera pas à la propagation des armes chimiques et biologiques[171].

Si le bilan est donc plutôt inquiétant s'agissant des obligations en matière pénale, il n'en va semble-t-il pas de même en ce qui concerne les obligations de protection et de contrôle des produits et sites sensibles. Consciente toutefois des limites de ces mesures, la communauté internationale s'attache à améliorer la gestion des conséquences sanitaires que pourrait entraîner un attentat bioterroriste consommé, menaçant gravement de la sorte la paix et la sécurité internationales.

II. L'ACTION INTERNATIONALE VISANT A CONTENIR LES EFFETS DES ATTENTATS BIOTERRORISTES

Il apparaît évident que le bioterrorisme, en ce qu'il consiste dans la dissémination délibérée de maladies, présente un défi particulier en matière de sécurité sanitaire[172], appelant un renforcement des dispositifs de protection sanitaire mis en place pour faire face aux épidémies d'origine naturelle. L'action de santé publique internationale pour contenir les effets des attentats de nature biologique repose sur l'utilisation cruciale et le renforcement des réseaux mondiaux, régionaux, nationaux de surveillance épidémiologique et alerte rapide mis en place pour faire face aux épidémies d'origine naturelle (A)[173]. Par ailleurs, un effort important est fait pour préparer, adapter les systèmes de santé publique nationaux et internationaux au risque bioterroriste, en coordonnant les procédures de réaction et en établissant des plans d'intervention d'urgence (B).

A. L'enjeu de la surveillance épidémiologique et de l'alerte rapide

La détection rapide d'une dissémination et la transmission immédiate de messages d'alerte et autres renseignements pertinents aux entités chargées d'organiser la réaction appropriée revêtent une importance

[171] Ce groupe de 33 États s'occupe des armes biologiques depuis 1990 et a publié des listes communes des agents et matériels biologiques réglementés à l'exportation, ainsi que des Lignes directrices concernant les transferts de produits chimiques et biologiques dangereux (juin 2004) : <http://www.australiagroup.net>.

[172] Voir D. P. Fidler, « *Bioterrorism, Public Health, and International Law* », *Chicago JIL*, Spring 2002, p. 10.

[173] Notons que, parmi les mesures de confiance mises en œuvre par les États parties pour renforcer la CABT figure l'échange d'informations sur toute apparition de maladie contagieuse ou autre accident causé par des toxines (Mesure B). Voir I. Hunger et N. Isla, « Une analyse des mesures de confiance de la Convention sur les armes biologiques : la transparence est indispensable », *Forum du désarmement*, 2006-3, p. 30.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

primordiale dans la lutte contre le bioterrorisme. Il est en effet à craindre que les terroristes choisissent des agents infectieux non seulement très virulents mais aussi particulièrement contagieux. A cela s'ajoute le temps d'incubation avant l'apparition des symptômes et la difficulté probable à diagnostiquer les maladies rares ou éradiquées liées aux agents infectieux susceptibles d'être choisis par les terroristes.

La lutte contre le bioterrorisme s'appuie sur les réseaux généraux de surveillance et alerte, qui sont opérationnels indépendamment de la question de l'origine, naturelle, accidentelle ou criminelle d'une épidémie. Que la dissémination soit délibérée ou pas, les techniques de base épidémiologiques et de laboratoire sont identiques[174]. L'OMS considère ainsi que « *l'un des moyens les plus efficaces de se préparer face au risque de maladie provoquée délibérément est de renforcer les activités de santé publique en matière de surveillance et d'intervention en cas de maladie survenant naturellement ou accidentellement* »[175].

Dans la résolution WHA55.16 de mai 2002 relative aux risques sanitaires liés aux matières biologiques, chimiques et radionucléaires (« *Présence naturelle, dissémination accidentelle ou usage délibéré de matériel chimique, biologique ou radionucléaire affectant la santé : l'action de santé publique internationale* »), l'Assemblée mondiale de la santé a notamment prié le Directeur général de l'OMS de « *continuer (...) à renforcer la surveillance mondiale des maladies infectieuses, de la qualité de l'eau et de la salubrité des aliments* » et de « *poursuivre (...) le développement de la stratégie de l'OMS en matière de salubrité des aliments* » (§2). Trois réseaux mondiaux peuvent être utilisés pour « *fourni[r] en temps utile à la communauté de santé publique internationale des informations vérifiées sur les urgences de santé publique ayant des répercussions internationales* »[176] :

- L'instrument principal est le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie de l'OMS (« GOARN », selon l'acronyme anglais pour *Global Outbreak Alert and Response Network*)[177] qui fait « *un travail absolument remarquable* »[178]. Établi en avril 2000, il offre des liens à de nombreux réseaux d'experts et de laboratoires existants dans le monde (72), dont un grand nombre sont équipés pour diagnostiquer des agents

[174] Rapport EB116/9 du Secrétariat de l'OMS, mai 2005, §2.

[175] Rés. WHA55.16. Voir aussi le Rapport OMS « *Deliberate use of biological and chemical agents to cause harm* », A55/20, 2002, §5.

[176] « Préparation aux épidémies provoquées. Programme de travail pour la période biennale 2004-2005 », *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 19 mars 2004, 79e année, n°12, 2004, p. 114.

[177] Voir <http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/goarnfrench.pdf>.

[178] Rapport ONU « Dans une liberté plus grande : développement, sécurité et respect des droits de l'homme pour tous », A/59/2005, p. 32, §93. Le GOARN a en effet répondu à plus de 50 évènements depuis 2000, envoyant plus de 400 experts dans près de 40 pays.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

inhabituels et traiter les pathogènes extrêmement dangereux (anthrax, peste et variole notamment). Son efficacité dans la lutte contre les conséquences d'un attentat bioterroriste ne fait donc pas de doute. Signalons simplement que l'OMS peut dans ce cadre et avec le consentement de l'État concerné, apporter une assistance directe aux États par l'envoi d'équipes de vérification et d'évaluation du risque d'épidémie. Ainsi, l'OMS a constitué un réseau de quelques 250 centres collaborateurs pouvant apporter leur assistance au transport et à l'analyse d'échantillons.

- L'action pour contenir les effets d'un attentat bioterroriste peut aussi tirer profit de la Stratégie mondiale de salubrité des aliments de l'OMS et du réseau INFOSAN, dans l'hypothèse de la diffusion malveillante d'agents infectieux dans des denrées alimentaires[179]. Dans le cadre de cette Stratégie, a été mis en place en 2000 un système de surveillance des maladies d'origine alimentaire reposant sur un réseau mondial de laboratoires (« Global Salm-Sur »). INFOSAN est le Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments créé par l'OMS en 2004 en collaboration avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). Il s'agit d'un réseau de diffusion d'informations importantes sur les questions de sécurité sanitaire des aliments au niveau mondial. Ainsi, « *[l]e but d'INFOSAN est de renforcer la capacité du réseau GOARN à lutter contre la propagation internationale des maladies d'origine alimentaire par des moyens rapides d'identification, de vérification et de communication* »[180]. Les deux réseaux sont ainsi étroitement liés et INFOSAN offre un cadre de réaction à la menace bioterroriste sur les produits alimentaires puisque y est incorporé un réseau appelé « Infosan Urgence », dédié aux urgences sanitaires et visant à empêcher la propagation des maladies causées par des aliments contaminés, délibérément ou non.

- Plus récemment encore, l'OMS a mis sur pied avec la FAO et l'Organisation mondiale de la santé animale (ou Office International des Epizooties (OIE)) un réseau conjoint sur les maladies des animaux transmissibles à l'homme (zoonoses). Ce réseau, qui repose sur la coordination des mécanismes de détection, vérification et alerte des trois organisations, est effectif depuis juillet 2006[181]. Il pourrait contribuer à la lutte contre le bioterrorisme dans la mesure où les terroristes pourraient choisir d'infecter des animaux pour les utiliser comme vecteurs de maladies transmissibles à l'homme.

---

[179] Voir le §6 du doc. du Secrétariat FAO/OMS « Epidémiosurveillance des maladies d'origine alimentaire et système d'alerte rapide en matière de sécurité sanitaire des aliments », octobre 2004 : <http://www.fao.org/docrep/meeting/008/j3200f.htm>, et le rapport OMS « *Terrorist Threats to Food : Guidance for establishing nas Strenghtening Prevention and Response Systems* », 2003, 46 p.
[180] Doc. précité du Secrétariat FAO/OMS, §4.
[181] Voir <http://www.fao.org/newsroom/en/news/2006/1000369/index.html>.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Il faut ajouter à cela que deux réseaux, l'un concernant la surveillance, l'autre concernant l'alerte, sont aussi opérationnels dans le cadre de l'Union européenne[182]. Un réseau de surveillance épidémiologique et de contrôle des maladies transmissibles a été institué par la Décision 2119/98/CE du Parlement européen et du Conseil du 24 septembre 1998. Il permet la surveillance épidémiologique des maladies transmissibles, l'alerte précoce et la réaction. Il assure la coordination des systèmes nationaux de surveillance au niveau communautaire. Un système d'alerte rapide, désigné sous le nom de code RAS-BICHAT, fonctionne aussi depuis juin 2002 : il est dédié aux notifications d'incidents comportant la dissémination délibérée d'agents biologiques et chimiques dans l'intention de nuire. Il s'agit d'une composante du programme « BICHAT » de l'Union européenne sur la coopération, la préparation et la réaction aux attaques par des agents biologiques et chimiques (cf. *infra*).

Si nous distinguons dans cette seconde partie deux volets de l'action de santé publique internationale (la détection des maladies et la préparation de la riposte consécutive), ceux-ci sont en réalité imbriqués en cela notamment que la surveillance et la détection des maladies pouvant résulter des agents potentiels du bioterrorisme supposent que les systèmes de santé publique nationaux et locaux aient les capacités nécessaires à la détection, ce qui relève de l'adaptation de leur préparation au risque bioterroriste.

B. Une préparation adaptée des systèmes de protection sanitaire au risque bioterroriste

Face au risque bioterroriste, la préparation est nécessaire à deux niveaux : il faut, d'une part, renforcer les capacités des systèmes nationaux de protection de la santé publique et, d'autre part, renforcer les dispositifs internationaux d'intervention d'urgence et de coordination.

1. La préparation des systèmes nationaux

La préparation des systèmes nationaux est d'une importance critique[183], ainsi que l'a souligné l'Assemblée mondiale de la santé dans la résolution WHA55.16 de juin 2002 sur la menace liée aux armes de destruction massive, priant le Directeur général de l'OMS « *de fournir des instruments et un appui aux États Membres, en particulier ceux d'entre*

[182] Lors du sommet de Prague, les États membres de l'OTAN ont aussi décidé, parmi d'autres initiatives de défense contre les armes nucléaires, biologiques et chimiques, la création d'un prototype de laboratoire d'analyse déployable et un système de surveillance épidémiologique : Déclaration du 21 novembre 2002, §4(e), <http://www.otan.nato.int/ docu/pr/2002/p02-127f.htm>.

[183] L'acquisition par tous les États membres de l'OMS de capacités pour la surveillance et l'action constitue d'ailleurs un pilier du Règlement sanitaire international (art. 5, art. 13§1, et Annexe I). L'assistance aux États dans la préparation pour faire face à des attentats biologiques, chimiques et radionucléaires est ainsi au cœur du mandat de l'OMS en vertu des articles 5§3 et 44§2 du RSI révisé (2005).

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

eux qui sont des pays en développement, pour qu'ils puissent renforcer leur système de santé national » (§2). En effet, « (...) *en l'absence d'une organisation internationale chargée de surveiller et de mettre en œuvre la Convention sur l'interdiction des armes biologiques et à toxines, la communauté internationale se tourne tout naturellement vers l'OMS pour rechercher une aide et des conseils sur ce que les services de santé publique doivent faire pour se préparer et riposter en cas d'usage délibéré d'agents biologiques affectant en particulier la santé* »[184]. À cette fin, l'OMS fournit donc, via son Programme de préparation aux épidémies provoquées délibérément, des conseils et une assistance technique aux États pour évaluer et perfectionner leur système de santé publique face aux épidémies provoquées délibérément. Afin de faire mieux face à la demande croissante d'évaluation et d'assistance technique[185], l'OMS met ainsi au point un module d'évaluation de la préparation des dispositifs nationaux de santé publique face aux armes biologiques et chimiques[186].

L'OMS publie aussi des « guides internationaux et des informations techniques sur les mesures préconisées en santé publique face à l'usage délibéré d'agents chimiques et biologiques dans l'intention de nuire » (rés. WHA55.16, §2-3). L'OMS a en particulier édité deux guides importants : un document d'orientation relatif à la prévention et la réponse aux menaces terroristes en matière alimentaire, qui passe en revue les possibilités d'établir des moyens de prévention, de surveillance et de riposte de base[187], et une nouvelle version élaborée avec l'aide de nombreux experts de son guide sur « La réponse de santé publique aux armes biologiques et chimiques »[188].

Enfin, l'OMS participe à l'entraînement en matière d'épidémiologie et diffuse des informations techniques et scientifiques sur les maladies associées aux agents potentiels du bioterrorisme : charbon, botulisme, peste, variole, tularémie[189]. Ce domaine d'activité est particulièrement

---

[184] « Préparation aux épidémies provoquées. Programme de travail pour la période biennale 2004-2005 », *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 19 mars 2004, 79e année, n°12, 2004, p. 114.

[185] L'OMS dit avoir été « submergée » de demandes : *Ibid.*

[186] Sur ces « Lignes directrices relatives à l'évaluation des programmes nationaux de préparation et de riposte en cas d'utilisation délibérée d'agents biologiques et chimiques », voir le doc. « *Strengthening National Health Preparedness and Response for Chemical and Biological Weapons Threats* », <http://www.who.int/csr/ delibepidemics/en/Preparednessproject.pdf>, le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* des 23 août 2002 (77e année, n°34, 2002, pp. 284-285) et 19 mars 2004 (79e année, n°12, 2004, p. 116), ainsi que le rapport sur la « Mise en œuvre de la résolution WHA55.16... », EB116/9, 4 mai 2005, §7.

[187] « *Terrorist threats to food: guidance for establishing and strengthening prevention and response systems* », janvier 2003.

[188] *Public health response to biological and chemical weapons: WHO guidance*, 2004, en anglais sur <http://www.who.int/csr/delibepidemics/biochemguide/en/>.

[189] Voir <http://www.who.int/csr/delibepidemics/disease/en/>.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

important en ce qu'il concerne le diagnostic de ces maladies, méconnues car rares ou éradiquées, et les dispositions à prendre.

2. La préparation au niveau international

L'OMS assure une riposte internationale en faveur du ou des États sollicitant une assistance ou l'acceptant. Elle coordonne l'envoi d'une assistance médicale rapide : une équipe d'experts ainsi que des fournitures logistiques (vaccins, médicaments et matériel de protection personnelle). A cette fin, l'OMS fait l'inventaire mondial des ressources disponibles et recense les stocks de médicaments, de vaccins liés au risque bioterroriste, par exemple de vaccins antivarioliques[190]. Elle examine aussi leur disponibilité et les capacités de production, de stockage et de distribution existantes et contribue à la mise en place de réseaux d'experts et de laboratoires spécifiques à certains agents pathogènes extrêmement dangereux (charbon, peste et variole notamment).

Afin de renforcer ce dispositif en matière biologique et chimique, l'OMS a mis sur pied un groupe d'experts des différents domaines relatifs à la santé publique en rapport avec les armes biologiques et chimiques (« *Scientific Advisory Group* »). Ce groupe, qui s'est réuni pour la première fois en 2003, apporte des conseils techniques et scientifiques au Secrétariat de l'OMS sur la préparation et la réponse à l'utilisation d'une arme chimique ou biologique.

D'autres structures internationales assurent une coopération internationale pour faire face au terrorisme biologique et chimique voire radionucléaire. Ainsi, une coopération pour l'approvisionnement en vaccins et antibiotiques et d'autres mesures concertées pour renforcer l'intervention en matière de santé publique sont mises en place, dans le cadre du G8[191] et de l'Initiative d'Ottawa pour la sécurité sanitaire mondiale[192], ainsi qu'au sein de l'Union européenne[193] et de l'OTAN. L'Union européenne a mis en place en 2002 le programme « BICHAT » sur la coopération, la préparation et la réaction aux attaques par des agents biologiques et chimiques. Outre l'alerte et la détection, ce programme porte sur la création d'une base de données relative aux stocks de médicaments et aux services de santé, ainsi qu'un système de secours permettant de disposer de médicaments et de personnel de soin

[190] Signalons que, parmi les mesures de confiance visant à renforcer la CABT, figure la communication annuelle par les États parties de renseignements sur leur production de vaccins.
[191] M. Poulain, *op. cit.*, p. 166.
[192] Voir les objectifs définis lors de son lancement en novembre 2001.
[193] Voir le Programme de coopération pour les réponses aux attaques par agents biologiques et chimiques, G/FS D(2001) GG, 17 décembre 2001 ; et la Communication de la Commission « Lutte contre le terrorisme : préparation et gestion des conséquences », COM(2004) 701 final, 20 octobre 2004.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

spécialisé en cas d'attaques, et la définition des règles et diffusion des conseils sur les moyens sanitaires de faire face à des attaques[194]. De même, l'OTAN a décidé lors du sommet de Prague (novembre 2002) de mettre en œuvre plusieurs initiatives de défense contre les armes nucléaires, biologiques et chimiques (« NBC ») parmi lesquelles la mise en place d'une équipe prototype de réaction aux incidents NBC et la constitution d'un stock de moyens de défense biologique et chimique. Par ailleurs, l'OTAN a constitué un « *Bataillon multinational de défense contre les armes chimiques, biologiques, radiologiques et nucléaires* », compétent pour gérer les conséquences d'une utilisation de telles armes et qui peut être mis à la disposition de tout État membre qui demanderait une aide dans ces domaines. Opérationnel depuis décembre 2003, il a pour mission « *de réagir à l'utilisation d'armes de destruction massive et de gérer les conséquences d'une telle utilisation et de la dissémination d'agents CBRN, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la zone de responsabilité de l'OTAN* »[195].

Plusieurs organisations et structures se sont donc préparées à réagir à un attentat bioterroriste pour en contenir les effets, et d'autres peuvent aussi avoir un rôle à jouer dans la gestion de la situation d'urgence y compris, selon l'ampleur de la crise, le Bureau de la coordination des affaires humanitaires de l'ONU et le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés[196]. Cela soulève l'enjeu de la coordination de leur action pour en assurer l'efficacité et la rapidité en évitant la duplication des efforts[197]. Outre la coopération étroite avec la FAO et l'OIE[198], l'OMS joue son rôle de coordination[199] en s'efforçant de renforcer la collaboration avec « divers partenaires non traditionnels » impliqués dans la réaction à l'usage délibéré d'agents biologiques, chimiques ou de matériel radionucléaire. L'OMS a ainsi entamé des échanges informels avec le G7 et le Groupe d'action de Mexico sur la sécurité sanitaire mondiale, le Comité de Sécurité sanitaire de la Commission européenne,

---

[194] Communication de la Commission relative à la coopération dans l'Union européenne concernant la préparation et la réaction aux attaques par des agents biologiques et chimiques (sécurité sanitaire), COM(2003) 320 final, 2 juin 2003.

[195] <http://www.nato.int/docu/interoperability/html_fr/interoperability07.html>.

[196] P. D. Millett, « La Convention sur les armes biologiques ou à toxines : d'un monolithe à une clé de voûte », *Forum du désarmement*, 2006-3, p. 53.

[197] Soulignons qu'un exercice international de simulation appelé « Global Mercury » a été organisé conjointement par l'Initiative d'Ottawa pour la sécurité sanitaire mondiale, l'Union européenne et l'OMS en septembre 2003. Selon le scénario, des terroristes s'étaient inoculés le virus de la variole avant de fréquenter plusieurs lieux publics. Cela a permis de faire le point sur l'efficacité des modes de coopération et les moyens de les améliorer.

[198] Voir la rés. 60/35 de l'AGNU (« Intensification du renforcement des capacités dans le secteur de la santé publique à travers le monde »).

[199] L'art. 14 du RSI révisé (2005) donne pour mandat à l'OMS de coopérer avec les organisations intergouvernementales et organismes internationaux et de coordonner ses activités avec les leurs.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

l'OTAN, Interpol, l'Institut interrégional de Recherche des Nations Unies sur la Criminalité et la Justice et le Secrétariat de la CABT[200]. L'OMS travaille même actuellement avec le Programme de formation à la gestion des opérations en cas de catastrophe de l'ONU[201] pour développer un module d'entraînement sur la gestion coordonnée des programmes de préparation et réponse aux incidents biologiques, chimiques ou radionucléaires.

En introduction, nous avons cité un rapport de l'ONU précisant que la menace liée au terrorisme biologique « *n'est actuellement pas suffisamment prise en compte* » ; mais cette affirmation apparaît, à l'analyse, bien discutable. La menace bioterroriste fait l'objet au plan international d'une attention croissante et d'efforts importants, bien que plus ou moins aboutis, dans trois domaines : la maîtrise des produits biologiques et la non-prolifération des armes biologiques et matières connexes ; le droit pénal ; la protection de la santé publique. Ces trois dimensions sont complémentaires et peuvent même se chevaucher, s'imbriquer. Dans le discours qu'il a prononcé le 20 novembre 2006, à l'ouverture de la sixième Conférence d'examen de la CABT, Kofi Annan a ainsi souligné la nécessité actuelle d'une réponse compréhensive pour faire face à la menace liée aux armes biologiques : « (...) *nous ne pouvons plus considérer la Convention [de 1972] de manière isolée, simplement comme un traité interdisant aux États d'acquérir des armes biologiques. Au contraire, nous devons la voir comme une partie d'un ensemble d'instruments reliés entre eux, conçus pour traiter une série de problèmes reliés entre eux. Nous devons bien sûr traiter des questions de désarmement et de non-prolifération comme nous l'avons toujours fait. Mais nous devons aussi faire face aux actes de terrorisme et aux crimes commis par des agents non étatiques ou des individus, en prenant des mesures de santé publique, en prévoyant des secours en cas de catastrophe et en veillant à ce que les sciences et techniques biologiques soient utilisées de façon pacifique et à bon escient. Il nous faudra pour cela rassembler tous ces éléments dans une stratégie cohérente* »[202].

Une telle stratégie, cohérente, transversale et permettant une interaction et une coordination efficaces des divers acteurs et secteurs impliqués dans la lutte contre le bioterrorisme apparaît en effet des plus souhaitable, en

[200] Rapport sur la « Mise en œuvre de la résolution WHA55.16... », EB116/9, 4 mai 2005, §6. Il est à noter aussi que les États Parties à la CABT considèrent, à propos de l'art. VII, que les Nations Unies pourraient jouer un rôle de coordination (OMS, OIE, FAO) dans l'assistance face à une situation de danger résultant d'une violation de la CABT (Doc. final de la 6ème Conférence d'examen de la CABT, 8 décembre 2006, §34).

[201] Le DMTP est géré conjointement par le Département des affaires humanitaires et le PNUD.

[202] *Op. cit.*

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

l'absence d'une organisation internationale spécialisée dans le domaine des armes biologiques qui pourrait jouer un rôle moteur et centralisateur, à l'instar de celui joué par l'AIEA dans le domaine nucléaire[203]. Il reste ainsi à définir le cadre institutionnel dans lequel pourra être définie et mise en œuvre cette stratégie cohérente. Compléter la CABT par une institution internationale spécialisée dans le domaine biologique reste sans doute la meilleure solution. Cette solution « *suprême* »[204] ne peut toutefois être envisagée que dans le long terme, comme l'a confirmé la sixième Conférence d'examen de la CABT le jour même de la tenue de ce colloque.

[203] B. Kellman, « *An International Criminal Approach to Bioterrorism* », *Harvard Journal of Law and Public Policy*, Spring 2002, p. 738.
[204] N. A. Sims, « Des structures pour renforcer la Convention sur les armes biologiques : des options pour combler le déficit institutionnel », *Forum du désarmement*, 2006-3, p. 17.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

DEUXIEME PARTIE

L'URGENCE SANITAIRE INTERNATIONALE

©Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

CHAPITRE 1

REVISION DU REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL, RESEAU « ALERTE ET ACTION » : L'EFFICACITE DES OUTILS DE REACTION DE L'OMS A L'EPREUVE DU SRAS ET DE LA GRIPPE AVIAIRE

Michèle Poulain,

Ingénieur d'études au CNRS

Depuis les années 1980, on constate l'augmentation de la prévalence de maladies infectieuses anciennes qui étaient devenues si rares qu'elles ne constituaient plus un problème de santé publique[205], en même temps que l'émergence de nouvelles maladies[206]. Cette tendance semble renfermer deux constantes. Un changement d'ampleur et une perte des repères traditionnels, tout d'abord : de plus en plus de flambées épidémiques se transmettent de plus en plus rapidement à de plus en plus de populations, tant et si bien que l'on est confronté à une mondialisation potentielle des crises sanitaires et que les répercussions de celles-ci touchent de multiples secteurs de la vie sociale[207]. Un haut niveau d'incertitude ensuite, que l'on retrouve dans le cas du SRAS, virus apparu fin 2002, et que l'on retrouve également dans la forme humaine de la grippe aviaire, l'une et l'autre de ces pathologies présentant encore de nombreuses inconnues.

Ces caractéristiques emportent des conséquences en termes de gestion de crise :

1. Il y a une interdépendance entre les États, dont aucun ne peut plus se considérer comme à l'abri ni n'est plus en mesure de répondre seul à une crise sanitaire. Face à la mondialisation des menaces, une démarche isolée est devenue impossible.

---

[205] Ainsi le choléra, réapparu sur le continent américain en 1991, après un siècle d'absence (OMS, *Aide-mémoire*, n° 200, juin 1998).

[206] Ces maladies résultent du développement de nouveaux organismes pathogènes, mais l'augmentation des risques technologiques et l'utilisation délibérée d'agents infectieux pourraient également être en cause.

[207] Les questions purement sanitaires sont liées à d'autres questions, dont elles ne peuvent être dissociées : économiques, commerciales, touristiques, environnementales, infections animales (plus de 70 % des maladies nouvelles proviennent d'animaux, OMS, centre des médias, *La menace de pandémies nouvelles et émergentes,* communiqué publié à l'occasion de la réunion du G8 en 2006), etc.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

2. Il y a une interdépendance entre les domaines atteints. À l'intérieur même des pays, une réponse fragmentée, limitée à tel ou tel secteur, est tout autant devenue impossible.

3. On disposait, jusqu'ici, de temps et d'espace pour construire une réponse ; ce n'est plus le cas[208].

La communauté internationale s'est ainsi trouvée confrontée à la nécessité de compenser l'inadaptation des procédures existantes à ces nouvelles donnes. Il fallait renouveler, inventer, trouver des solutions adaptables à toutes les situations, même celles qui sont du domaine de l'imprévisible[209].

À partir de 1995, après avoir fait, pour ce qui la concerne, le constat de cette inadaptation (I), l'OMS s'est donc engagée dans une double construction : celle d'un cadre stratégique qui produise une nouvelle dynamique (II) ; celle d'un cadre juridique qui en potentialise les effets en même temps qu'il les pérennise (III).

I. UN SYSTEME A REVOIR

L'OMS a disposé, dès 1951, d'un instrument destiné à encadrer la surveillance et la lutte contre les maladies infectieuses, le Règlement sanitaire international[210] (ci-après, RSI). Adopté dans sa forme actuelle en 1969, il concernait quatre maladies dites « quarantenaires », le choléra, la fièvre jaune, la peste et la variole. Deux modifications sont intervenues : en 1973, on a ajouté des clauses techniques concernant la lutte contre le choléra et, en 1981, on a exclu la variole après constatation de son éradication l'année précédente[211].

Ayant pour objet d'assurer le maximum de sécurité contre la propagation des maladies moyennant le minimum d'entraves au commerce et aux voyages, le RSI présente, dans sa version 1969, un certain nombre de défauts et de carences (A) qui ont eu pour conséquence des résultats concrets décevants (B).

---

[208] Abolissant l'espace (le nuage de Tchernobyl s'est déplacé au gré des courants atmosphériques, dispersant les particules radioactives) et abolissant le temps (il déploie ses conséquences sur plusieurs centaines voire plusieurs milliers d'années), le risque nucléaire constitue à cet égard un extrême.

[209] « *Il y a deux erreurs à ne pas commettre : se dire qu'on ne peut rien faire, 'puisque c'est impossible' ; à l'inverse, vouloir construire des réponses pour tous les scénarios. Le problème n'est pas de prévoir l'imprévisible, mais de s'entraîner à y faire face* » (P. Lagadec, *Le Monde,* 11 décembre 2001).

[210] Le RSI a pour base juridique l'article 21 de la constitution de l'OMS, qui donne compétence à l'Assemblée mondiale de la santé pour adopter des règlements dans le domaine sanitaire. Expression du pouvoir normatif de l'Organisation, il est présumé accepté par ses membres : le règlement une fois adopté, ceux-ci n'ont pas à manifester individuellement leur acceptation, mais seulement leur refus ou une réserve à l'une ou plusieurs de ses dispositions [articles 87-88 RSI (1969) ; articles 61-62 RSI (2005)].

[211] Résolution WHA33.3, 8 mai 1980.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

A. Défauts et carences du RSI (1969)

1. Modalités de fonctionnement

Le RSI impose une obligation de déclaration pour les maladies qu'il vise, dont les cas doivent être notifiés à l'OMS par l'état atteint dans les 24 h où il en a lui-même connaissance (article 3). De manière plus générale, il énumère des mesures prophylactiques à prendre dans les ports et les aéroports pour y maintenir l'hygiène et des services sanitaires effectifs et compétents (articles 14 à 22). En cas de flambée, les États doivent eux-mêmes vérifier la réalité et l'étendue de l'événement qu'ils déclarent et assurer un suivi régulier de l'information (article 3). Ils doivent également prendre des mesures adéquates – désinfection, désinsectisation, dératisation, mise sous surveillance de personnes – qui constituent le maximum de ce qui peut être exigé (article 23) ; ces mesures doivent éviter toute gêne inutile, ne causer aucun préjudice à la santé ou dommage à la structure des navires ou aéronefs (articles 24 à 49).

L'OMS, quant à elle, a l'obligation de faire connaître immédiatement l'annonce de la flambée (article 11.1), ce qui se traduit concrètement par sa publication dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* (ci-après REH)[212] ; elle peut aider les gouvernements à prendre les mesures de protection nécessaires en envoyant une équipe sur place, après avoir mené une enquête, mais seulement à une double condition : qu'une menace grave pèse sur les pays voisins ou la santé dans le monde et que le gouvernement intéressé ait donné son consentement (article 11.3).

2. Ce système présente les inconvénients suivants :

- La notification est entièrement liée à la bonne volonté du pays touché par la maladie. En conséquence, l'OMS ne peut rien entreprendre de sa propre initiative et si la notification n'est pas faite, il n'existe aucun mécanisme de sanction.
- Il est impossible d'étendre l'application du RSI à d'autres maladies que celles qui y sont limitativement énumérées.
- La vérification et le suivi des événements déclarés sont à la charge des États, ce qui est hors de portée d'un certain nombre, qui n'ont pas les infrastructures nécessaires ou les capacités techniques et financières.
- Aucun mécanisme de collaboration entre l'OMS et les pays atteints n'est prévu, sinon l'envoi d'une équipe sur place. Une assistance de l'OMS n'est pas autrement précisée.

[212] Voir <http://www.who.int/wer/en>.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

- Les autres États sont alors libres de prendre des mesures destinées à se protéger. Mais c'est à leur entière appréciation[213]. D'où de possibles dérives vers la discrimination, voire l'arbitraire[214].

Dans ces conditions, l'automatisme de la publication dans le REH ne peut qu'être redouté. Et l'ensemble du système – qui, en tout état de cause, ne concerne que trois maladies – ressenti de manière négative comme obligations et contraintes, sans véritable contrepartie.

Dès lors, l'application du RSI a logiquement conduit à des résultats décevants.

B. Un bilan concret décevant

1. Les maladies à *déclaration*, celles dont le RSI était censé enrayer la propagation, continuent de sévir de manière endémique, et ceci pour des valeurs non négligeables. Ainsi, il n'y a pratiquement pas de semaine sans déclaration de choléra en Afrique[215] ; chaque année, la peste se manifeste par de nombreux cas sporadiques et plusieurs flambées[216] ; enfin, pour l'année 2005, la fièvre jaune représente 8% des événements signalés en Afrique et 2% dans les Amériques[217]. Les risques que présentent ces maladies, notamment celui de leur propagation internationale, sont en conséquence toujours présents.

2. Quant aux autres, les maladies *non soumises à déclaration*, de même que les maladies *émergentes*, il y a tout simplement un vide juridique total. Cela ne signifie pas absence de surveillance – celle-ci est assurée par le réseau alerte et action et le REH fait le point en permanence sur les maladies hors RSI (SRAS, cas humains de grippe aviaire, tuberculose, méningite, etc) – mais la surveillance n'a aucune portée juridique. Sur la

---

[213] Après la notification par l'Inde d'une flambée de peste en 1994, l'accès à certains aéroports a été interdit aux avions qui en provenaient, des ressortissants indiens ont été expulsés de leur pays de résidence alors même qu'ils ne s'étaient pas rendus dans leur pays d'origine depuis plusieurs années, les importations en provenance d'Inde se sont effondrées et, dans le pays lui-même, des populations se sont déplacées massivement... au risque de propager l'épidémie. Ces différentes perturbations ont au total coûté à l'Inde deux milliards de dollars (OMS, *Rapport sur les maladies infectieuses*, 1999, point 4.2).

[214] On citera la loi cubaine de 1987 : « *tout ressortissant étranger présentant une séropositivité au virus HIV doit être renvoyé à son lieu de provenance* », ou la loi chinoise de 1989 qui interdit l'accès du territoire chinois à tout étranger atteint de sida, MST, lèpre, troubles psychiatriques et tuberculose (M. Bettati, « Droit international et pathologies transfrontières », *Etudes et Documents du Conseil d'Etat*, 1998, n° 49, pp. 403-419).

[215] Angola, 28 septembre au 24 octobre 2006 : 1942 cas dont 89 décès (*REH*, vol 81, n° 44, 3 novembre 2006) ; 25 octobre au 5 novembre 2006 : 1506 cas, dont 68 décès (*REH*, vol 81, n° 46, 17 novembre 2006). Soudan : 25 septembre au 7 novembre 2006 : 1536 cas, dont 21 décès (*ibid*). Ont été également impliqués, le Liberia, le Burundi, la Tanzanie, le Malawi et l'Inde (*ibid*).

[216] Madagascar et la RDC sont les deux pays au monde où l'endémie est la plus forte (*REH*, vol 81, n° 28, 14 juillet 2006).

[217] Une flambée importante a eu lieu en novembre-décembre au Mali, au Soudan et en Côte d'ivoire, entraînant une campagne de vaccination massive (*REH*, vol 81, n° 38, 22 septembre 2006).

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

base des informations reçues, ce sont des solutions empiriques qui sont construites au cas par cas.

Le RSI (1969) ne permet donc pas de faire face aux nouveaux défis de santé publique. D'où la nécessité, relevée par les résolutions WHA48.7 et WHA48.13 de l'Assemblée mondiale de la santé 1995 d'en initier une révision en même temps que l'on élabore des plans et stratégies permettant des actions nationales et internationales rapides. C'est ce deuxième volet, souvent défini comme le bras opérationnel du RSI, qui a fonctionné le premier et est à l'origine d'une nouvelle dynamique mise à l'épreuve à travers la gestion de la crise du SRAS ainsi que dans la préparation à une pandémie grippale.

II. La construction d'une dynamique

Ce bras opérationnel est constitué du réseau « alerte et action » (A), prolongé par la mise en œuvre d'une pédagogie de crise (B).

A. Le réseau « alerte et action »

1. Historique

Pour donner effet aux résolutions de 1995, l'OMS a créé le département « maladies émergentes et autres maladies transmissibles (CDS) : surveillance et lutte (CSR) », récemment devenu « alerte et action en cas d'épidémie et de pandémie (EPR) » « *afin de davantage mettre l'accent sur les activités qu'il déploie en faveur de la sécurité sanitaire dans le monde d'aujourd'hui* »[218].

À partir de 1997, elle a ensuite imaginé et mis en oeuvre un système d'information qui repose sur les activités de plusieurs partenaires, publics et privés. D'abord mécanisme au coup par coup, les liens établis ont été officialisés par la création du réseau « Alerte et action », connu également sous son acronyme anglais GOARN (*Global Outbreak Alert & Response Network),* issu d'une conférence tenue à Genève du 26 au 28 avril 2000[219]. Cette conférence regroupait des représentants d'institutions qui travaillaient déjà conjointement dans la surveillance des épidémies : instituts nationaux de santé, OIE, CICR, Institut Pasteur et ONG. Etant parvenue à la conclusion que la lutte défensive fondée sur la sécurisation des frontières, qui était jusque là employée contre la propagation des maladies infectieuses, n'était plus guère utilisable, la conférence a constaté qu'il fallait recourir à des solutions beaucoup plus complexes,

[218] Page d'accueil du Département <http://www.who.int/csr/fr/index.html>.

[219] *Report of a WHO Meeting*, WHO/CDS/CSR/2000.3, 44 p. Voir également *A Framework for Global Outbreak Alert & Response*, WHO/CDS/CSR/2000.2, 16 p. Les développements qui suivent sont principalement tirés de ces deux documents.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

combinant plusieurs éléments : la mise au point de systèmes de surveillance précoce, l'élaboration de plans de préparation, la constitution de stocks de matériel essentiel (médicaments, vaccins), la mise en œuvre de communications rapides, le partage de l'information. À cette fin, elle a recommandé la constitution d'un réseau global au sein de l'OMS. Ce qui fut fait dans l'année même.

2. Présentation

La mission du réseau est centrée autour des objectifs suivants : combattre les menaces infectieuses par l'identification rapide, la vérification et la communication de manière à pouvoir apporter une réponse coordonnée ; apporter rapidement aux États demandeurs une assistance technique appropriée ; apporter un soutien à une préparation à plus long terme aux épidémies par la mise en place de mécanismes durables ; évaluer les actions en permanence.

Le réseau est financé sur les fonds de l'OMS avec des possibilités extrabudgétaires et la participation des réseaux partenaires. Sur le plan structurel, on utilise des infrastructures existantes, que l'on optimise en rassemblant. On a ainsi une alliance de cent douze équipes, déjà engagées dans la lutte contre la propagation des maladies infectieuses ; un comité de coordination qui planifie et contrôle les actions ; une équipe stratégique qui pilote celles-ci.

Parmi les réseaux préexistants apportant leur coopération, on peut citer le réseau de surveillance des résistances aux antibiotiques WHONET ; le réseau de surveillance mondiale de la grippe FLUNET, composé des centres nationaux de surveillance de la grippe ; le réseau de formation en épidémiologie et aux interventions en santé publique TEPHINET ; les réseaux militaires nationaux de surveillance des maladies infectieuses et diverses institutions privées ou publiques comme l'Institut Pasteur ou le CICR.

Le cœur du système est constitué par le Réseau mondial d'intelligence en santé publique (RMISP) ou *Global Public Health Intelligence network* (GPHIN), logiciel développé par le Canada et utilisé par l'OMS depuis 1997[220]. Ce réseau dispose de puissants moteurs de recherche qui balayent le web en permanence à la recherche systématique de mots-clés dans près de mille sources d'information, principalement organes de presse et groupes de discussion électroniques. Les textes repérés sont ensuite lus par des chercheurs qui combinent les résultats pour opérer une synthèse, ce qui représente le traitement quotidien de plus de dix huit

[220] *SRAS, Statut de la flambée, Leçons pour l'avenir*, OMS, 20 mai 2003, p. 5.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

mille éléments, dont environ deux cents donnent lieu à une analyse plus poussée[221].

3. Procédure

L'information doit en premier lieu être vérifiée et traitée : après enquête sur l'événement rapporté, celui-ci est déclaré vérifié quand il s'est avéré exact et répond aux critères d'évaluation en totalité ou en partie ; écarté quand il ne répond à aucun des critères d'évaluation et non vérifié quand aucune certitude sur sa survenue n'a pu être établie malgré les enquêtes sur le terrain. Les critères pris en compte pour la vérification sont au nombre de quatre : l'événement aura-t-il des répercussions graves sur la santé publique ? Est-il inhabituel ou inattendu ? Présente-t-il un risque de propagation internationale ? Se traduira-t-il par un risque de restriction aux voyages et aux échanges commerciaux ?

Pour gérer et mettre en relation toutes les informations reçues, on a recours à un système d'information géographique, le *HealthMapper*[222]. Cette technique permet de construire des cartes qui localisent les infrastructures sanitaires et mettent en évidence la répartition géographique des maladies, ainsi que leurs variables dans l'espace et dans le temps. L'ensemble permet d'assurer un suivi régulier des épidémies grâce à une analyse de leur dynamique.

L'information est ensuite diffusée : les flambées susceptibles d'avoir un impact international sont communiquées chaque semaine aux professionnels, par mail ; elles sont également portées à la connaissance du public par le REH.

Enfin, la riposte est organisée : en possession des éléments nécessaires, l'OMS peut assurer une coordination en apportant l'assistance appropriée en moyens techniques et en expertise. Pour ce faire, elle a elle-même fixé des normes à son action, sous la forme de principes directeurs et de protocoles opérationnels[223]. Les premiers sont destinés à encadrer celle-ci : l'OMS doit faire en sorte que la vérification de l'événement et la riposte soient rapides ; elle doit appuyer les efforts nationaux et utiliser les infrastructures existantes ; elle doit respecter les standards éthiques et culturels locaux ; elle doit soutenir la mise en place de mécanismes pérennes de nature à pouvoir servir pour d'autres crises. Les seconds viennent organiser l'appui logistique et les communications ainsi que le déploiement rapide d'équipes sur le terrain dans des conditions de sécurité optimales.

---

[221] OMS, *Rapport sur la santé dans le monde,* 2003, p. 80.
[222] V. *Public Health Mapping and Geographic Information System* sur le site <http://www.who.int>.
[223] V. *Réseau mondial d'alerte et d'action,* <http://www.who.int/csr/ outbreaknetwork.fr>.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

4. Évaluation

Actif de manière permanente[224], le réseau peut être évalué à travers la gestion de la crise du SRAS[225]. De novembre 2002 à février 2003, l'OMS a connu l'existence d'une pathologie nouvelle en Chine grâce aux informations collectées par le réseau. Mais la Chine considérait que la question était du domaine de ses affaires intérieures et, dans un premier temps, rien n'a donc pu être entrepris. Quand des informations ont commencé à filtrer, notamment par l'intermédiaire de medias non chinois, Pékin s'est décidée à faire une communication à l'OMS, le 11 février 2003, sur les premiers cas d'une pneumonie atypique qui étaient en effet apparus dans la province de Guangdong en novembre 2002.

Le 12 mars 2003, après la notification de plus de trois cents cas en un mois, l'OMS a lancé une alerte mondiale qui a tenu à la coexistence de cinq facteurs : le fait que l'origine, et donc la capacité épidémique, de l'agent causal aient été inconnues ; les grands risques apparemment courus par le personnel soignant et, plus généralement, par toute personne en contact rapproché : sur quatre cent trente-huit cas probables ou suspects au Canada, cent touchaient le personnel de santé ; l'absence d'effet des tentatives d'utilisation empirique de plusieurs antibiotiques et antiviraux ; le nombre important de malades se trouvant rapidement en état de détresse respiratoire et nécessitant des soins intensifs : vingt-cinq sur vingt-six des membres du personnel de l'hôpital français de Hanoï et vingt-quatre sur trente-neuf des membres du personnel de l'hôpital de Hong Kong ; le déplacement rapide de la maladie, en quelques semaines, de son milieu d'origine, l'Asie, vers l'Europe et l'Amérique du Nord.

Le 17 mars, trois équipes du réseau ont été activées pour se consacrer exclusivement à la flambée : cliniciens qui étudient les signes de la pneumonie atypique et les traitements appliqués ; laboratoires qui cernent l'étiologie de la maladie ; épidémiologistes qui en analysent la propagation. Ces équipes ont partagé quotidiennement leurs résultats par des téléconférences, l'accès à un site web protégé et le recours au

---

[224] Selon le rapport établi pour 2005 (*REH*, vol 81, n° 38, 22 septembre 2006), 310 événements ont été soumis à vérification. Il s'est agi, dans l'ordre d'importance, des maladies suivantes : choléra, grippe, méningite, diarrhées aiguës, rougeole, salmonellose et fièvre jaune. Sur ces 310 événements, 225 ont été vérifiés, 45 écartés et 40 non vérifiés. Les sources d'information utilisées ont été les médias pour 43 % des signalements (133), dont 61 % (81) ont été vérifiés ; les sources officielles pour 40 % des signalements (123), dont 91 % (112) ont été vérifiés ; les autres sources, telles que ONG ou forums de discussion, pour 17 % des signalements (54), dont 59 % (32) ont été vérifiés.

[225] Pour de plus amples informations, v. *SRAS : Statut de la flambée, op. cit.*, ainsi que le document de consensus publié le 17 octobre 2003, WHO/CDS/CSR/GAR/2003.11, 47 p. Sur la grippe aviaire, qui reste à ce jour, en l'absence de transmission interhumaine dite « efficace », principalement une zoonose, le réseau est beaucoup moins sollicité. Les cas individuels sont recensés – v. le suivi assuré par le Département « alerte et action » <http://www.who.int/csr/fr/index.html> – mais l'action de l'OMS est concentrée sur la préparation à une éventuelle pandémie (voir *infra*).

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Healthmapper. Grâce à cette structure et à cette coopération, l'identification d'un coronavirus – virus entouré d'un halo, comme une couronne – de type nouveau a pu être faite le 17 avril, soit un mois seulement après l'alerte initiale.

En ce qui concerne la réponse apportée, l'absence de traitement a imposé l'utilisation de méthodes traditionnelles, isolement et néo-quarantaine : relevé et archivage des adresses où les personnes concernées pouvaient être jointes pendant quinze jours. Ces mesures ont permis la déclaration d'interruption des chaînes de transmission le 5 juillet 2003[226]. Mais l'OMS ne s'est pas contentée d'en rester là et a cherché à préparer l'avenir en organisant de nombreux retours d'expérience :

- élaboration de six rapports d'évaluation provisoires sur les mesures adoptées et l'évolution de la crise, de mai 2003 à avril 2004 ;
- diffusion de conclusions critiques sur les leçons à tirer. Selon un rapport préparé par le secrétariat de l'Organisation (A/56/48), la crise montre la nécessité d'une évaluation des capacités mondiales de réponse, d'une amélioration des systèmes nationaux de surveillance, d'une déclaration rapide des cas, d'une collaboration non concurrentielle de la communauté scientifique, d'un engagement politique au plus haut niveau et enfin d'une collaboration internationale avec une « direction » au niveau mondial ;
- sur cette base, l'Assemblée de la santé tenue en mai 2003 a invité les États à se servir de leur expérience du SRAS pour préparer des plans de riposte à de nouvelles crises ;
- enfin, les conclusions émises par la conférence réunie les 17-18 juin 2003 à Kuala Lumpur (Malaisie) ont donné lieu à un rapport de synthèse[227] faisant un bilan sur les connaissances acquises et les points à améliorer : des incertitudes subsistent quant à savoir si le SRAS peut être éradiqué – ce sera plus difficile s'il s'avère qu'il y a un réservoir animal et si le virus est stable dans l'environnement ; les mesures de lutte employées ont été efficaces mais une nette amélioration des infrastructures est indispensable et il faudrait des normes de sécurité minimales au niveau mondial ; les systèmes actuels d'alerte et d'action sont solides, mais ils ont été poussés à leurs limites sur un temps relativement court. Il faudrait donc prévoir des plans d'urgence à plus long terme, améliorer la coordination et augmenter les capacités d'accélération à tous les niveaux mondial, régional, national.

---

[226] Au total, la flambée se sera répandue dans 29 pays, touchant 8 096 personnes et occasionnant 774 décès, chiffres OMS au 31 décembre 2003. On en trouve de plus élevés à une date antérieure du fait de la comptabilisation de cas suspects, par la suite non confirmés. Depuis lors, quelques cas ont été recensés, tous provenant d'une contamination accidentelle en laboratoire : Singapour et Taïwan en 2003; Chine en 2004.

[227] *Quelles sont les prochaines étapes ?* <http://www.who.int/csr/sars/conference/ june_2003/en>.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Au total, la gestion de la crise du SRAS, « concrétisation de la stratégie de détection des flambées épidémiques et d'intervention mise au point par l'OMS et ses partenaires »[228] a pu néanmoins être considérée comme un modèle prometteur, du fait de la reconnaissance précoce de la maladie, de la mise en œuvre rapide de mesures mondiales et nationales coordonnées par l'Organisation et des efforts de communication transparente à laquelle ont participé de nombreux partenaires et le grand public.

Utilisant l'internet, le réseau alerte et action permet ainsi un gain de temps considérable par rapport au système traditionnel qui fait remonter l'alerte en paliers du niveau local au niveau national puis international ; il passe en dehors des canaux officiels et élargit considérablement la possibilité d'informations ; il permet l'évaluation en continu des risques présentés pour la santé publique, la détermination des interventions à faire par l'état concerné et la mise en route d'une assistance de l'OMS si l'état le demande. Mais s'il a été réglementé de l'intérieur par l'OMS, il reste subordonné à la bonne volonté des états concernés. Concrètement, le manque de coopération de ceux-ci demeure un obstacle important du fait des susceptibilités politiques. L'installation d'une pédagogie de crise est alors un maillon indispensable à la réussite du système.

B. La mise en place d'une pédagogie de crise

Cette action vise à optimiser les capacités de réponse des États. Elle passe par deux voies complémentaires, l'amélioration de la qualité des laboratoires de santé publique ainsi que de la formation des intervenants de la santé (1) ; l'orientation des réponses des États dans le sens d'une plus grande efficacité (2).

1. Amélioration de la qualité des laboratoires nationaux de santé publique et de la formation des professionnels de la santé

À cette fin, l'OMS a créé à Lyon le 16 mai 2000 par une convention réunissant l'Organisation, le gouvernement français, la Ville de Lyon et le laboratoire Mérieux, le « Bureau OMS de Lyon pour la préparation et la réponse des pays aux épidémies »[229]. Ce Bureau fait partie intégrante du Département OMS alerte et action en cas d'épidémie et de pandémie ; il a commencé à fonctionner en avril 2001. Sa mission initiale est de renforcer les compétences des personnels de santé des pays en développement par l'organisation de stages de formation d'une durée de deux années. Ces stages sont suivis par des activités encadrées de détection de maladies et d'intervention, dans les pays.

---

[228] OMS, *Rapport sur la santé dans le monde*, 2003, p. 80.
[229] Voir les dossiers présentés à l'adresse <http://www.who.int/crslabepidemiology>.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Connaissant un réel succès, le Bureau de Lyon rassemble aujourd'hui davantage de partenaires : treize États autres que la France y participent, ainsi que plusieurs fondations privées ; sa mission s'est élargie du renforcement des compétences à celui des capacités des systèmes de surveillance et des laboratoires nationaux ; de nombreux pays y font appel. Une évaluation faite en 2005 par l'Institut de Recherche pour le Développement a noté que cette expansion répondait aux besoins et que les activités du Bureau avaient un impact positif « *considérable* »[230].

2. Orientation des réponses des États dans le sens d'une plus grande efficacité

Elle se fait par la diffusion de recommandations sous la forme de plans de lutte et de bonnes pratiques. Simple incitation à adopter un comportement, celles-ci n'en ont pas moins valeur d'exemple[231].

Avant même la crise du SRAS, l'OMS avait édicté un ensemble de directives[232] concernant la lutte contre les maladies infectieuses. Diverses informations y sont données pour chaque maladie recensée ainsi que la liste des interventions recommandées et les contacts OMS. L'heureux épilogue de la crise du SRAS a amené la publication en août 2003 de conseils pour l'après-flambée[233], fondés sur un non-relâchement de la vigilance car si l'épidémie a été jugulée, la maladie ne peut être considérée comme éradiquée. En conséquence, des paliers de surveillance sont définis selon un classement par zones : zones sources de la flambée, considérées comme de résurgence potentielle ; zones de transmission locale soutenue ou zones ayant accueilli de nombreuses personnes en provenance des zones sources, considérées comme « nodales » ; zones à faible risque. Enfin, dans l'optique d'une préparation à une pandémie de grippe, deux documents ont été édités : un plan mondial OMS, qui définit le rôle de l'Organisation et énonce des recommandations relatives aux mesures à prendre à l'échelon national avant et pendant une pandémie[234] ; des mesures spécifiques à la grippe aviaire, document adressé à tous les États membres de l'OMS le 2 septembre 2005[235]. L'ensemble de ces

---

[230] Sur tous ces points, v. le rapport d'activité 2005, doc WHO/CDS/EPR/LYO/2005.27, 36 p.

[231] Le plan français de prévention et de lutte contre une pandémie grippale du 6 janvier 2006 est ainsi attaché aux plans de l'OMS, notamment dans la détermination des différentes phases de lutte et des mesures qui en découlent (J.-P. Door, *Plan pandémie : une stratégie de gestion de crise*, Paris, Assemblée nationale, 2006, rapport n° 2833, tome 3, pp. 17-40).

[232] *Stratégies recommandées par l'OMS contre les maladies transmissibles – prévention et lutte*, OMS, 2002, WHO/CDS/CPE/SMT/2001.13. Ces « directives » sont purement incitatives.

[233] *Alerte au SRAS, vérifications et mesures de santé publique dans l'après flambée*, 14 août 2003, <http://www.who.int/csr/sars/postoutbreakfr/en>.

[234] *Plan mondial de préparation à une pandémie de grippe,* WHO/CDS/CSR/GIP/2005.5, 60 p.

[235] *Comment faire face à la menace d'une pandémie de grippe aviaire, mesures stratégiques recommandées*, WHO/CDS/CSR//GIP/2005.8, 25 p.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

mesures a trois objectifs : éviter une pandémie en contrôlant au plus vite une flambée humaine ; conduire les recherches nécessaires pour surveiller la situation ; améliorer la préparation et la riposte, y compris par le développement immédiat d'un vaccin.

Complémentaires des plans de lutte, les bonnes pratiques sont destinées tout autant au public – dont l'éducation autant que la coopération sont indispensables à la lutte contre la propagation des maladies infectieuses – qu'aux gouvernements. On mentionnera à titre d'exemple :

- la communication de crise : sur la base de l'expérience du SRAS et des difficultés connues avec la Chine, qui ont supprimé toute possibilité d'endiguer l'épidémie à son point de départ, l'OMS a engagé une réflexion sur la communication, estimant « *que les compétences en matière de communication sont devenues aussi indispensables pour lutter contre les flambées que la formation en épidémiologie et les analyses de laboratoire* »[236]. L'objectif est de maîtriser les flambées en perturbant le moins possible la société mais en évitant les discours se voulant à tout prix rassurant. À cet égard, les caractéristiques indispensables à la réussite de la communication sont répertoriées : instaurer, entretenir ou restaurer la confiance ; faire des annonces précoces ; assurer la transparence ; comprendre les croyances du public et donner les informations en conséquence ; planifier la communication.

- les campagnes de sensibilisation organisées à destination du public : à la suite de la confirmation de l'infection d'oiseaux sauvages par le virus H5N1, l'Azerbaïdjan a demandé l'assistance de l'OMS pour une surveillance épidémiologique et sanitaire. En avril 2006, une campagne a été lancée sur le terrain dans le but de réduire les comportements à risque des populations[237]. Cette campagne a été coordonnée par l'UNICEF[238].

L'OMS a ainsi développé des moyens efficaces de lutter contre la propagation des maladies infectieuses[239]. On a donc d'un côté une base juridique, le RSI (1969), peu utile, qui ne permet pas de faire face aux crises sanitaires ; de l'autre un réseau opérationnel dont la pratique montre qu'il fonctionne bien et qu'il a instauré une nouvelle dynamique. Le RSI (2005) vient opportunément donner aux solutions imaginées de manière pragmatique le soubassement juridique qui leur manquait. Pour ce faire, il instaure une nouvelle vision du travail en santé publique.

---

[236] *Lignes directrices sur la communication lors des flambées de maladies*, WHO/CDS/2005.28.

[237] *REH*, vol 81, n° 18, 5 mai 2006.

[238] La collaboration de l'OMS avec d'autres institutions est prévue par l'article 69 de sa constitution, en ce qui concerne les organisations onusiennes, l'article 70, pour les autres organisations et l'article 71, pour les ONG.

[239] Cette action a reçu le soutien de l'Assemblée générale des Nations Unies: la résolution A/RES/58/3 du 17 novembre 2003 souligne l'importance du renforcement des capacités dans les États, celle d'une éducation aux bonnes pratiques et celle d'une coopération internationale active.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

III. UNE NOUVELLE VISION DU TRAVAIL EN SANTE PUBLIQUE

Démarrée en 1995, sur la base de la résolution WHA48.7 de l'Assemblée mondiale de la santé, la révision du RSI a pris dix années[240]. Le nouveau texte a été adopté par la résolution WHA58.3 du 23 mai 2005, à laquelle il est joint, et doit entrer en vigueur le 15 juin 2007, soit vingt-quatre mois après notification de son adoption aux États parties par le Directeur général (article 59.2 du RSI). La nouvelle réglementation passe par la conceptualisation des méthodes d'alerte et d'action qu'a imaginées l'OMS (A) et l'instauration d'un équilibre entre les souverainetés étatiques et le mandat de l'Organisation (B).

A. Une conceptualisation des méthodes d'alerte et d'action de l'OMS

1. L'urgence de santé publique de portée internationale

Faire face à l'urgence a toujours sous-tendu la mission de l'OMS. C'est même dans une large mesure la raison d'être de son existence : « *fournir l'assistance technique appropriée et, dans les cas d'urgence, l'aide nécessaire à la requête des gouvernements ou sur leur acceptation* »[241]. De la simple constatation de l'urgence naissent alors des conséquences en termes d'assistance, sans qu'il soit besoin de définir l'urgence ou de vérifier la présence de certains critères.

Le RSI (2005) introduit le concept d'*« urgence de santé publique de portée internationale »*, clé de voûte du nouveau système. L'urgence y est définie moins par ses composantes intrinsèques – on sait cependant qu'elle correspond à un événement extraordinaire – que par ses implications : « *événement extraordinaire dont il est déterminé (...) i) qu'il constitue un risque pour la santé publique dans d'autres États en raison du risque de propagation internationale de maladies ; et ii) qu'il peut requérir une action internationale coordonnée* » (article 1er). Cette approche permet d'éviter une longue énumération de maladies, nécessairement limitée à celles que l'on connaît, et d'inclure toute pathologie, y compris d'apparition future. Quant à la notion même de maladie, elle a été élargie au maximum pour finir par englober toute « *pathologie humaine ou affection, quelle qu'en soit l'origine ou la source, ayant ou susceptible d'avoir des effets nocifs importants pour l'être humain* » (*ibid*)[242].

---

[240] Sur son historique complet, v. les documents préparés par le secrétariat de l'OMS, notamment A52/9 (1er avril 1999) et A56/25 (24 mars 2003).

[241] Constitution de l'OMS, article 2 d).

[242] Après être passée par des stades intermédiaires : « *pathologie d'origine biologique, chimique ou radionucléaire pouvant causer des dommages importants aux êtres humains* » (avant-projet 2004) ;

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

2. Mise en œuvre

Un instrument ou arbre de décision permet sa mise en œuvre. Ses caractéristiques sont les suivantes. Il est contenu en annexe du RSI, ce qui ne signifie pas qu'il ait une valeur juridique différente, en l'occurrence moindre, que celle du règlement puisque celui-ci renvoie aux documents qui y sont annexés : « *Toute référence au présent règlement renvoie également aux annexes y relatives* » (article 1er, § 2).

Une typologie des événements détectés[243] est établie : 1. maladie connue endémique susceptible d'avoir des répercussions importantes sur la santé publique (choléra, peste, fièvre jaune, fièvre hémorragique virale, virus West Nile, maladies à ampleur nationale ou régionale particulière ; 2. maladie connue non endémique car éradiquée (variole), enrayée (SRAS), nouvelle dans des pays jusque là préservés (poliovirus de type sauvage), ou combinaison nouvelle d'un virus connu (sous-virus grippal) ; 3. maladie inconnue.

La procédure à suivre pour déterminer si un événement est susceptible de constituer une urgence de portée internationale et doit, à ce titre, être notifié à l'OMS revêt la forme d'un algorithme, suite de questions auxquelles la réponse apportée permet de déboucher sur une autre question et cela en cascade jusqu'à la réponse finale. Les critères d'évaluation sont ceux qui ont été établis par le réseau alerte et action et sur la base desquels le tri des informations actuellement relevées est effectué : gravité des répercussions sur la santé publique ; caractère inattendu ou inhabituel de l'événement ; risque qu'il se propage sur le plan international ; risques d'entraves aux échanges ou aux voyages. Enfin, des exemples sont fournis à titre indicatif pour aider à prendre en compte les différents paramètres permettant de répondre à chaque question.

De la constatation de l'urgence naissent alors des obligations, très différentes de celles qui étaient établies par le RSI (1969).

B. Un équilibre entre la souveraineté des États membres et le mandat de l'OMS

1. Processus de révision

Le processus de révision a été réalisé, selon une *démarche consensuelle*, en tenant compte de l'expérience et des points de vue des

---

« *pathologie humaine ou animale d'origine biologique, chimique ou radiologique susceptible de causer des dommages importants aux êtres humains* » (projet 2005).

[243] Cette typologie répond à la demande de certains États qui souhaitaient qu'une liste de maladies soit maintenue à titre d'exemple (*Examen et approbation des amendements proposés au règlement sanitaire international, notes explicatives*, A/IHR/IGWG/4, 7 octobre 2004, § 7).

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

différents acteurs qui seront chargés de mettre le RSI en œuvre[244]. Les propositions de révision ont été présentées par un comité d'experts en 1995. Elles ont été discutées par un groupe de travail intergouvernemental, auquel ont participé, outre les États membres, les autres organisations internationales intéressées pour leur propre mission à une application correcte du RSI et les ONG en relations officielles avec l'OMS[245]. Enfin, tout un ensemble de consultations sous-régionales et régionales ont été réalisées par l'intermédiaire des bureaux régionaux de l'OMS.

L'ensemble a permis d'affiner petit à petit le projet en tenant compte des réactions émises[246]. Deux exemples concernant le respect des souverainetés :

- Il était initialement prévu l'envoi par l'OMS d'équipes sur place « *pour s'assurer que les mesures de lutte appliquées sont appropriées* » (articles 8.3 et 10.3 de l'avant-projet). Cette disposition a été jugée par les états ni acceptable ni applicable[247]. Après différents essais, on est passé à la rédaction adoptée dans l'article 10.3 : l'OMS propose de collaborer avec l'état partie en offrant « *de mobiliser une assistance internationale afin d'aider les autorités nationales à conduire et coordonner les évaluations sur place* ». Dans la version finale, l'évaluation sur place est donc conduite par l'état concerné qui, dans la première rédaction, semblait au contraire sous la surveillance et l'autorité de l'OMS.

- Dans l'avant-projet également, plusieurs dispositions interdisaient de mettre en place des mesures allant au-delà de celles préconisées par l'OMS, « *empiètement intolérable sur les prérogatives de souveraineté des états membres* »[248]. D'où l'adoption de l'article 43 : les États demeurent libres d'appliquer des mesures sanitaires supplémentaires, ce qui était d'ailleurs impossible dans la version précédente (article 23 ancien). L'état doit alors fournir à l'OMS les raisons de santé publique et les informations scientifiques qui les justifient (article 43.3).

2. Obligations

Les *obligations* qui naissent de la constatation de l'urgence marquent une évolution certaine par rapport à celles qui étaient contenues dans le RSI (1969).

a. L'OMS n'est plus liée par les notifications des États. Elle peut utiliser d'autres sources (article 9), ce qu'elle fait déjà dans son réseau

---

[244] V. *Processus de révision du RSI*, <http://www.who.int/csr/ihr/revision/fr>.

[245] Un forum de discussion électronique accessible en permanence a permis aux différents participants de confronter leurs points de vue en dehors des réunions.

[246] *Examen et approbation des amendements proposés au RSI, op. cit.*

[247] *Ibid.*, § 14.

[248] Commentaire des États-Unis, IGWG/IHR/Working paper/12.2003.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

alerte et action. Dans ce cas l'État doit répondre dans un délai de vingt-quatre heures aux demandes de l'OMS tendant à vérifier l'information (article 10). Par ailleurs, toutes les communications sont centralisées et devront passer, dans les États, par un point focal menant à tout moment à quelqu'un de disponible. De même, à l'OMS, par des points de contact RSI désignés par le Directeur général (article 4).

Sur la base d'une obligation générale de coopération (articles 6, 14 et 44), les États et l'OMS sont respectivement tenus aux obligations suivantes :

Outre les activités d'inspection et de contrôle dans les ports, aéroports et aux poste-frontières (19 à 22) et la prise des mesures sanitaires pertinentes (23 à 34), ce que l'on attendait déjà d'eux dans le précédent RSI, il est demandé aux États de surveiller et évaluer les événements survenant sur leur territoire et de les notifier à l'OMS (articles 6 à 8), et à cette fin – principale innovation fort lourde pour certains, mais dont la non concrétisation compromettrait le fonctionnement de l'ensemble – se doter des moyens nécessaires (article 5). Le délai donné est de cinq ans après l'entrée en vigueur du RSI, soit 2012, un délai supplémentaire de deux fois deux années étant possible (article 13).

Afin d'éviter des conséquences néfastes sur les activités économiques, l'OMS est tenue à la confidentialité tant que l'événement n'est pas vérifié. Le contenu des échanges qu'elle a avec les États ne peut être rendu public que dans l'hypothèse où l'urgence est établie, la propagation internationale avérée ou si la gravité de la situation l'exige (article 11). L'Organisation doit également déterminer elle-même si l'événement signalé constitue bien une urgence de portée internationale (articles 10 à 12), après enquête pour estimer le risque de propagation internationale et avis d'un comité d'urgence (article 48) ; offrir une assistance technique (article 13.4) et conseiller les États sur les mesures à prendre pour augmenter leurs capacités en mettant à leur disposition des guides d'appui et les assister dans la mise en œuvre de ceux-ci (article 5, 13 et 15 à 18).

b. Par le RSI (2005), on a en conséquence porté remède aux défauts qui condamnaient le RSI (1969) à l'inefficacité :

- L'OMS devient elle-même élément moteur dans la détection des flambées épidémiques ; celle-ci est accélérée.
- Toutes les pathologies, connues ou encore inconnues, dès lors qu'elles sont susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale, génèrent l'application du RSI. C'est une stratégie unique qui va s'appliquer à tous les événements.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

- Une collaboration et un dialogue sont institutionnalisés entre l'OMS et ses États membres. Ils vont des échanges préliminaires en vue de déterminer si un événement est susceptible de constituer une urgence de santé publique de portée internationale, jusqu'à la gestion de celle-ci. La souveraineté des États, qui sont sur un pied d'égalité avec l'OMS, est respectée.
- Une assistance, d'ailleurs déjà présente dans les annexes du RSI (indication des capacités nécessaires ; arbre de décision), est prévue. Cette assistance est concrétisée tant sur les plans technique que financier par les activités du Bureau de Lyon. Une aide efficace est ainsi accordée aux États les moins bien pourvus.
- Enfin, l'obligation de confidentialité jusqu'à vérification de l'événement tend à empêcher les réactions intempestives et désordonnées de la communauté des États.

Pour ce faire, on a adopté, en les officialisant, les méthodes de travail du réseau alerte et action, qui avaient été mises au point par l'OMS pour lutter contre la propagation des maladies infectieuses en contournant les carences du RSI (1969). En leur apportant son cadre, le RSI (2005) en potentialise les effets : il les transforme en obligations juridiques devant être remplies de bonne foi.

Les crises sanitaires contemporaines ont conduit l'OMS à se comporter *de facto* comme une autorité de régulation, en se tenant au cœur du système multilatéral de surveillance et de réponse. La révision du RSI va lui permettre de le faire en droit. C'est une nouvelle dimension qui est ainsi conférée à son influence, qui va jusqu'à inverser le schéma propre aux organisations internationales : on sait que les États leur accordent un mandat d'autant plus large qu'ils estiment le domaine en cause de peu d'importance mais que, dans le cas contraire – et c'est le cas de la santé publique – ils aiment à mettre en avant les prérogatives qui s'attachent à leur souveraineté.

Dans la mesure où, justement, le RSI (2005) offre à l'Organisation de nouvelles perspectives pour exécuter sa mission, n'y a-t-il pas un paradoxe à attendre de ses membres qu'ils l'appliquent ? Si une perspective classique conduit à une réponse affirmative, celle-ci doit être nuancée dès lors que l'on se place dans une perspective de gouvernance globale, qui suppose l'adhésion consensuelle de tous les acteurs[249]. En

[249] « *Il ne s'agit pas tant d'un gouvernement mondial que d'orientations convergentes des politiques publiques, animées par les forces de la société civile (experts, ONG) autant que par les autorités officielles* » (S. Sur, *Relations internationales*, Paris, Montchrestien, 3ème éd., 2004, p. 13). Des voix se sont ainsi élevées pour demander l'accroissement du rôle de l'OMS (B. Audifax, *Création d'une commission d'enquête sur le dispositif français et la coopération internationale en matière de veille sanitaire et de lutte contre la pneumonie atypique*, Paris, Assemblée nationale, 2003, rapport n° 1013, p. 14) et même la création d'une instance internationale *sui generis*, qui serait issue de l'association de l'OMS, de la FAO et de l'OIE et qui aurait pour rôle « *d'édicter des normes internationales, de contrôler l'application et le respect de ces normes par les États membres qui les auraient préalablement*

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

atteignant les pays développés tout autant que les pays pauvres, le SRAS a largement contribué à la prise de conscience qu'il est de l'intérêt de chacun de soutenir la lutte contre la propagation des maladies infectieuses. Pour emporter l'adhésion, c'est alors au système à apporter la preuve que sa mise en œuvre est bénéfique pour tous, en réunissant des avantages concrets et notables.

À cet égard, la gestion de la crise du SRAS par le savoir-faire mis au point par l'OMS porte témoignage de l'efficacité de celui-ci. Également importante est la présence des incitations, mises en place avec le soutien financier d'institutions publiques et privées, sous la forme de coopération et d'assistance technique ou pédagogique. Ces mesures, qui ont été conçues pour aider les pays qui en ont besoin à réaliser le modèle proposé par l'OMS, sont déjà effectives, notamment à travers les activités du Bureau de Lyon. Enfin, un indice encourageant sur l'application du nouveau RSI peut être trouvé dans la mise en œuvre anticipée qu'a demandée l'Assemblée mondiale de la santé en 2006 sur proposition du Conseil exécutif. Alors que le règlement n'est applicable qu'au 15 juin 2007, la résolution WHA59.2 « *invite les États Membres à appliquer immédiatement, sur une base volontaire, les dispositions du Règlement sanitaire international (2005) considérées comme pertinentes au regard du risque présenté par la grippe aviaire et la grippe pandémique* »[250].

En conclusion, les moyens stratégiques et juridiques permettant de répondre avec efficacité aux crises sanitaires internationales sont en place. Il incombe maintenant à chaque état d'accepter d'entrer dans le système de manière concrète et de mettre en œuvre les mesures adoptées. Ces mesures, qui se posent sur un éthique de l'urgence, bouleversant priorités et délais[251], supposent le recours à une solidarité internationale poussée; adapté à la lutte contre les maladies infectieuses, le RSI (2005) – et c'est probablement là son point faible – ne peut développer efficacement ses effets qu'entre Etats de niveaux socio-économiques équivalents. Leur réalisation n'ira pas sans difficultés car il s'agirait au minimum de « *placer les considérations sanitaires au-dessus des préoccupations économiques* »[252], ce qui ne va nullement de soi.

---

acceptées dans le cadre de négociations multilatérales » (N. Bricq, *Une approche critique de la mise en œuvre des moyens de lutte contre la grippe aviaire*, Paris, Sénat, 2006, rapport n° 451, p 108).

[250] Cette application anticipée se fait sur la base du volontariat : elle n'emporte aucune conséquence juridique et notamment « *ne saurait préjuger de la position d'aucun Etat membre concernant le RSI (2005) après son entrée en vigueur* » (résolution WHA59.2, §3).

[251] V. « Synthèse des interventions et échanges », premier colloque national Ethique et pandémies grippale, Direction générale de la santé, 15 septembre 2006 'en ligne sur le site <http://www.grippeaviaire.gouv.fr> à la rubrique « documents et outils »).

[252] OMS, *Rapport sur la santé dans le monde,* 2003, p. 80.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

CHAPITRE 2

L'ACTION DES ORGANISATIONS REGIONALES

Vanessa Richard,

Chef de projet à l'Office International de l'Eau,
Chercheur associé au Centre d'Études
et de Recherches Internationales et Communautaires
(Université Paul Cézanne Aix-Marseille III, CNRS UMR 6201)

Ces dix dernières années ont vu une multiplication des situations de crise sanitaire transnationale : VIH/sida, maladie de Creutzfeld-Jacob, syndrome respiratoire aigu sévère, grippe aviaire pour la plus récente. À ces épidémies encore faut-il ajouter celles qui, ailleurs que dans les pays développés de l'hémisphère Nord, n'ont jamais cessé de sévir : paludisme, fièvre de la Vallée du Rift[253], méningites, maladie de Chagas[254], Ebola... et autre peste[255]. Ces situations d'urgence sanitaire sont d'abord du ressort de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Présente partout dans le monde, l'organisation mondiale dispose d'un impressionnant réseau de surveillance et collecte des données provenant tant des autorités publiques que des membres d'organisations professionnelles compétentes, scientifiques et médecins en particulier. Lorsque des épidémies possèdent une dimension internationale, là encore l'OMS est compétente : s'appliquent alors les dispositions du Règlement sanitaire international[256].

Les mécanismes de surveillance et de réaction mis en place par l'organisation mondiale fonctionnant de façon plutôt satisfaisante en matière d'urgence sanitaire internationale, le thème du rôle que jouent les organisations régionales soulève à première vue quelques interrogations.

---

[253] Maladie potentiellement mortelle transmise par les moustiques, qui resurgit périodiquement sur le continent africain. En 2000, des cas ont été confirmés au Yémen et en Arabie Saoudite, ce qui fait craindre une propagation de la maladie aux autres continents.

[254] Variante de la maladie du sommeil (Trypanosomiase) endémique en Amérique centrale et en Amérique du Sud : maladie parasitaire grave transmise par des punaises hématophages, qui mène à une infection aiguë ou chronique du système nerveux central et qui est mortelle si elle n'est pas traitée.

[255] Cette maladie est en réémergence. L'OMS la considère comme endémique dans de nombreux pays d'Afrique, en ex-Union Soviétique, dans les Amériques et en Asie. Depuis 2000, ont été rapportées à l'organisation mondiale des épidémies de peste en Zambie (2001), en Inde et au Malawi (2002), en Algérie (2003) et en 2005 et 2006 en République démocratique du Congo.

[256] Sur l'action de l'OMS et le Règlement sanitaire international, voir la contribution dans cet ouvrage de Mme Michèle Poulain.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

En premier lieu, il est permis de s'interroger sur l'intérêt de la question du rôle des organisations régionales, dans la mesure où elles apparaissent *a priori* comme un niveau de réaction pas forcément pertinent. En effet, les pandémies posent par définition des défis mondiaux et concernent par conséquent le niveau international, celui de l'OMS. De plus, s'agissant d'une détection rapide d'une situation d'urgence internationale, l'échelle la plus appropriée est celle de la cellule compétente au niveau le plus local (services vétérinaires – pour la détection des zoonoses[257] – et de santé publique) et, s'agissant de la prise en main rapide de l'urgence, c'est d'abord l'État qui est concerné. Le Règlement sanitaire international (RSI) comme le Réseau mondial d'alerte et de réaction à l'éruption de maladies d'importance internationale (*Global Outbreak Alert and Response Network* - GOARN) de l'OMS sont d'ailleurs basés sur la transmission rapide des informations de l'État vers l'OMS.

En second lieu, se posent les questions de ce qui constitue une urgence sanitaire et du type d'actions qu'appelle une situation d'urgence sanitaire. En ce qui concerne la définition de l'urgence, les contours de cette notion avaient, en leur temps, fait l'objet de nombreuses interrogations au sein du Conseil sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) de l'Organisation mondiale du commerce[258]. Le nouveau RSI indique qu'on entend par « *'urgence de santé publique de portée internationale'* (...) *un événement extraordinaire dont il est déterminé, comme prévu dans le présent Règlement, i) qu'il constitue un risque pour la santé publique dans d'autres États en raison du risque de propagation internationale de maladies ; et ii) qu'il peut requérir une action internationale coordonnée* » et qu'un « *'événement' s'entend d'une manifestation pathologique ou d'un fait créant un risque de maladie* [259]». Il s'agit d'une définition volontairement vague pour couvrir le plus grand nombre de situations susceptibles de surgir, qui interpelle par conséquent des niveaux décisionnels et des séquences d'intervention différents.

---

[257] Maladies animales transmissibles à l'homme.

[258] L'Accord ADPIC de l'OMC stipule en effet qu'État membre peut prévoir l'utilisation de l'objet d'un brevet (donc d'un médicament) sans l'autorisation du détenteur du droit et sans s'être efforcé d'obtenir l'autorisation du détenteur du droit suivant des conditions et modalités commerciales raisonnables, « *dans des situations d'urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence ou en cas d'utilisation publique à des fins non commerciales* » (art. 31b). L'article 5c de la Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, adoptée le 14 novembre 2001 par la 4ème Conférence ministérielle de l'OMC (Doha), prévoit finalement que « *Chaque Membre a le droit de déterminer ce qui constitue une situation d'urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence, étant entendu que les crises dans le domaine de la santé publique, y compris celles qui sont liées au VIH/SIDA, à la tuberculose, au paludisme et à d'autres épidémies, peuvent représenter une situation d'urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence* ».

[259] OMS, Règlement sanitaire international, 23 mai 2005, Doc. WHA 58.3, art. 1§1.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

La délimitation des fonctions qui doivent être celles d'un organisme de réaction à l'urgence sanitaire internationale n'est pas toujours aisée. Pour une pandémie telle que celle de VIH/sida, malheureusement déjà installée, la réaction à l'urgence sanitaire englobe sans nul doute les actions de prévention. D'une façon générale, on peut avancer que les situations d'urgence sanitaire internationale s'actionnent en deux temps : celui du diagnostic et de la circulation de l'information (systèmes d'alerte rapide) et celui de la mise en place de dispositifs pour lutter contre les pandémies et leur propagation (gestion des situations d'urgence).

À l'heure actuelle, peu nombreuses sont les organisations régionales armées pour détecter et gérer de telles situations (I), accréditant l'idée que l'organisation régionale trouve difficilement sa place dans le système actuel de détection et de réaction rapide à l'émergence de pandémies. Cependant, l'exemple de l'action de l'Union européenne en la matière montre que ce rôle pourrait être très utilement exploité dans les nombreuses facettes de la gestion des situations d'urgence sanitaire internationale (II).

I. PANORAMA DE L'EXISTANT : LA PLACE DES ORGANISATIONS REGIONALES EN MATIERE D'URGENCE SANITAIRE INTERNATIONALE

L'action régionale en matière d'urgence sanitaire internationale est bien réelle, mais elle n'est pas principalement le fait des organisations régionales (A). Force est en effet de constater que les organisations régionales disposant d'attributions en la matière sont à l'heure actuelle très peu nombreuses, même si la crise de la grippe aviaire – ou, plus précisément, la crise de la grippe aviaire survenue juste après celle du SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) – a déclenché une accélération sensible de la prise en compte des risques pandémiques à l'échelon régional (B).

A. Les spécificités du niveau régional de réaction

L'action régionale en matière d'urgence sanitaire internationale est très principalement le fait des bureaux régionaux d'organisations à vocation universelle, principalement l'OMS, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Office international des épizooties (OIE), rebaptisé Organisation mondiale de la santé animale. L'efficacité du système de détection et de réaction rapide repose alors sur les mécanismes adoptés par les organisations internationales de façon globale : le RSI de l'OMS, le Programme de prévention des urgences pour les ravageurs et les maladies transfrontières des animaux et des

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

plantes – dit système EMPRES[260] (*Emergency Prevention System for Transboundary Animal and Plant Pests and Diseases*) – de la FAO ou encore le Programme global pour le contrôle progressif des maladies animales transfrontalières (GF-TADs pour *Global Framework for the Progressive Control of Transboundary Animal Diseases*[261], élaboré en coopération par l'OIE et la FAO[262]).

Ce système se base également sur le fait que l'information circulera beaucoup plus rapidement entre les différentes composantes de l'organisation internationale (des bureaux locaux ou régionaux vers le niveau global) qu'entre des organisations aux champs d'attribution spatiaux et matériels variables.

L'action régionale est également le fait de réseaux de surveillance des maladies plus ou moins formalisés, qui ne constituent pas une organisation régionale. Protéiformes, ces réseaux se fondent sur des prescriptions du droit interne de leurs membres ou encore des lignes de conduite harmonisées entre professionnels et des réunions pas toujours très régulières. Plus malléables qu'une entité intergouvernementale institutionnalisée, les réseaux peuvent adopter des modes de fonctionnement et de développement très innovants sur la forme, à l'instar du système EWIDS (*Early Warning Infectious Disease Program*). Ce système de surveillance des épidémies, mis en place au départ par les États-Unis en 2003 pour surveiller ses zones frontalières, rassemble aujourd'hui les États-Unis, le Canada et le Mexique au niveau fédéral, ainsi que les États fédérés concernés (20 États américains frontaliers sur 21, l'Illinois ayant jusqu'ici refusé d'y participer) par le biais d'accords de coopération à géométrie variable[263].

Enfin, ont été mis en place de nombreux programmes régionaux basés sur des accords bilatéraux entre une organisation internationale (FAO, OMS...) et des États d'une même région ou encore initiés par des financements spécifiques au titre de l'aide publique au développement et de la coopération technique (UE, FAO, agences nationales de coopération pour le développement...). C'est le cas par exemple de la *FAO Regional*

---

[260] Le système EMPRES a été créé en 1994 ; voir le site internet de la FAO, <http://www.fao.org/ag/againfo/programmes/en/empres/home.asp>.

[261] OIE et FAO, Accord de coopération pour la promotion de l'Initiative Conjointe FAO-OIE « Global Framework for the progressive control of Transboundary Animal Diseases » (GF-TADs), 24 mai 2004, <http://www.fao.org/ag/againfo/subjects/ en/health/diseases-cards/cd/documents/GF-TADs24May2004.pdf>.

[262] Sur la collaboration entre l'OIE et la FAO en matière de lutte contre les zoonoses, voir notamment B. Vallat, J. Pinto, A. Schudel, « International Organisations and Their Role in Helping to Protect the Worldwide Community Against Natural and Intentional Biological Disasters », *Rev. sci. tech. Off. int. Epiz.*, 2006, 25 (1), pp. 163-172.

[263] Voir entre autres le site du *US Department of Health and Human Services*, <http://www.bt.cdc.gov/surveillance/ewids/>.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Animal Production and Health Commission for Asia and the Pacific (APHCA), mise sur pied en 1975 et dont le volet santé animale a gagné une réelle importance ces dernières années[264].

L'action régionale est par conséquent une composante importante des stratégies tant de certaines organisations internationales que de nombreux programmes d'aide au développement des pays du Nord comportant un volet sanitaire. Comment expliquer alors que les organisations régionales constituent plutôt rarement le relais de ces actions ?

Une première explication réside dans le fait qu'elles ont généralement été créées avant la prise de conscience de la menace que font peser les pandémies sur le développement, ce qui explique que leurs compétences d'attribution ne sont pas toujours facilement extensibles dans ce sens. Une deuxième facette des problèmes auxquels sont confrontées les organisations régionales en matière d'urgence sanitaire internationale tient au manque de moyens – humains, techniques, matériels… – et de savoir-faire qui peut entraver, souvent gravement, leurs activités. Enfin, la mise en place de mécanismes de gestion et de systèmes d'alerte rapide se basant en premier lieu sur les directives et les moyens des organisations internationales compétentes, il est compréhensible que des organisations sans moyens ou mal organisées laissent la responsabilité de la coopération internationale pour la lutte contre les pandémies au tandem structures nationales / organisations internationales.

B. Les organisations régionales disposant de compétences en matière d'urgence sanitaire internationale

Les compétences des organisations régionales consistent le plus souvent en quelques programmes sectoriels – la surveillance des élevages de volailles par exemple – ou ciblés sur une maladie. En outre, il est rare que celles-ci se dotent d'un organe chargé spécifiquement de gérer les situations d'urgence. Sans être exhaustif, le panorama suivant donne une idée plus précise de ce qui constitue l'existant.

1. Afrique

Il est à noter que si l'Union africaine a mis en place des projets spéciaux pour certaines maladies[265], elle ne dispose d'aucune structure qui lui soit propre, spécialisée dans la détection et/ou la gestion des situations d'urgence sanitaire. Il faut dire que la priorité des politiques

[264] Voir le site de l'APHCA, <http://www.aphca.org/>.

[265] Par exemple la PATTEC (*Pan African Tsetse and Trypanosomiasis Eradication Campaign*), qui vise à coordonner l'action sanitaire des pays africains en matière de lutte contre les infections par trypanosomes (maladie du sommeil), maladie parasitaire grave transmise par les mouches tsé-tsé qui mène à une infection aiguë ou chronique du système nerveux central et qui est mortelle si elle n'est pas traitée.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

africaines de santé publique va à la formation de personnels et à la mise en place d'infrastructures adéquates, qui manquent cruellement[266].

En revanche, certaines organisations sous-régionales ont créé des structures compétentes en matière d'urgence sanitaire internationale.

L'Organisation ouest-africaine de la santé, créée en 1987, rassemble les 15 pays membres de la Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) dont elle est une agence spécialisée. Elle a pour missions la coordination des politiques sanitaires, le renforcement des capacités, la recherche et la gestion de l'information, ainsi que le renforcement et la coordination des activités des institutions, des interventions et des services sanitaires existants dans les États membres. Concernant les situations d'urgence sanitaire, sa Stratégie 2003-2007 prévoit le développement de réseaux d'information afin de maximiser l'efficacité de toutes les interventions liées à la santé[267]. Un plan qui concernerait entre autres la préparation aux situations d'urgence sanitaire dues au virus H5N1 est en préparation[268].

La Communauté des États de l'Afrique de l'Est (*East African Community*, Kenya, Ouganda et Tanzanie) a quant à elle mis en place en 2000 (phase I) et 2003 (phase II) le *African Integrated Disease Surveillance Network* (EAIDSNet). Ce réseau a pour missions spécifiques d'améliorer la coopération interétatique et interinstitutionnelle grâce à une coordination régionale des activités, de promouvoir l'échange et la diffusion de l'information relative à la surveillance intégrée des maladies, d'harmoniser les systèmes de surveillance de la région, de renforcer les capacités en matière de surveillance et de contrôle des maladies et d'assurer un échange permanent d'expertise et de meilleures pratiques dans ce domaine[269].

Enfin, les 14 États membres de la *Southern African Development Community* (SADC) ont prévu, dans le Protocole sur la santé de 1999, de

---

[266] Si l'aide multilatérale au développement (en particulier celle de la Banque mondiale) plaide aujourd'hui pour une intervention forte du secteur public dans le domaine de la santé, elle est aussi pour une grande part responsable de la déréliction des systèmes africains de santé, auxquels des décennies de programmes d'ajustement structurel allant dans le sens d'un désengagement de l'État dans la mise en place et la gestion de systèmes de santé primaire ont fait un tort considérable. Sur les priorités sanitaires de l'Union africaine, voir le Strategic Plan of the Commission of the African Union, Vol.2: 2004-2007; Strategic Framework of the Commission of the African Union, mai 2004, <http://www.africa-union.org/root/AU/AboutAU/Vision/volume2.pdf>, spéc. p. 58 ; également, Stratégie sanitaire du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD), <http://www.nepad.org/2005/fr/documents/54.pdf>.

[267] Plan stratégique quinquennal de l'Organisation ouest-africaine de la santé (OOAS), Exercice budgétaire 2003-2007, <http://www.wahooas.org/francais/doc/WAHOStrategic Plan-Fr.pdf>.

[268] OOAS, « Concertation à l'OOAS pour la mise en place d'un plan sous régional de lutte contre la grippe aviaire en Afrique de l'Ouest », mars 2006, <http://www.wahooas.org/francais/quotidien/document.php?id1=49>.

[269] Pour davantage de renseignements, voir le site internet du EAIDSNet, <http://www.eac.int/eaidsnet/>.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

mettre en place une harmonisation des pratiques, un mécanisme de notification et des mécanismes d'échange d'informations et d'expérience, notamment en ce qui concerne les maladies infectieuses[270]. Les États membres n'ont toutefois pas attendu l'entrée en vigueur du Protocole, en août 2004, pour initier des projets en matière d'urgence sanitaire internationale. Ainsi, dès 2003, la nécessité de mettre en réseau les services vétérinaires et de santé publique tout comme celle de mettre en place un plan de gestion des crises ont été discutées[271]. Les projets sont en cours de développement.

2. Amériques

Les organisations régionales du continent américain ne sont pas beaucoup mieux loties que leurs consœurs africaines du point de vue de la prise en main des situations d'urgence sanitaire internationale.

La plus ancienne des organisations de santé, la *Pan American Health Organization* (PAHO), créée au début du XXème siècle, est également la plus dynamique du continent. En sus de ses propres missions, elle constitue le bureau régional de l'OMS. Forte de 35 États membres, couvrant les Amériques du Nord, centrale et du Sud, elle a pour mission de diriger les efforts de coopération stratégique entre les États membres et avec des partenaires tiers pour promouvoir l'équité sanitaire, combattre les maladies, et améliorer la qualité de vie et allonger la durée de vie des peuples des Amériques[272]. La PAHO est une exception dans le paysage des organisations régionales intervenant en matière d'urgence sanitaire : elle possède un département dédié à la surveillance sanitaire et à la gestion des maladies qui a pour mission notamment de mettre en place des activités de coopération technique et de renforcer les capacités de ses États membres pour prévenir, contrôler et éradiquer les maladies. Au sein de ce département a été créée une Unité des maladies contagieuses qui vise à harmoniser les actions et les réseaux d'information. Des programmes spécifiques à une maladie ont été mis en place (VIH/sida, SRAS, grippe aviaire, paludisme...). Cependant, les retards enregistrés dans la mise en place du Plan stratégique et opérationnel de réponse à une

---

[270] SADC Protocol on Health, 18 août 1999, <http://www.sadc.int/english/documents/legal/protocols/health.php>, spéc. art. 6-7 et 9-12.

[271] Voir notamment Fonds africain de développement, Projet multinational – Renforcement des institutions en vue de la gestion du risque des maladies animales transfrontières (TAD) au sein de la région de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC). Rapport d'évaluation, mai 2006, Doc. ADF/BD/WP/2006/57 ; SADC, « Request for Expression of Interest for the Southern African Development Community Control of Communicable Diseases Project », 23 janvier 2007, <http://www.sadc.int/news/news_details.php?news_id=861>.

[272] PAHO, « Values, Vision and Mission of the Pan American Sanitary Bureau », <http://www.paho.org/english/paho/mission.htm>.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

pandémie de grippe[273] montrent que, au vu du nombre d'États membres et des très grandes disparités des ressources scientifiques et financières dont ils possèdent, la mise en place d'un système d'alerte régional intégré paraît difficile.

D'autres organisations disposent d'une ère de compétence moins étendue. La Communauté andine (Bolivie, Colombie, Equateur, Pérou) a créé en 1998 un *Organismo Andino de Salud*, qui vise entre autres à mettre en place des mécanismes de coopération et des méthodologies et systèmes communs. Du point de vue des maladies et activités couvertes, sa vocation est large : paludisme, VIH/sida, veille épidémiologique, situations d'urgence... L'*Organismo* travaille actuellement au développement d'un Réseau andin de surveillance épidémiologique (*Red Andina de Vigilancia Epidemiológica*-RAVE)[274].

Les États d'Amérique centrale – Mexique, Belize, Guatemala, Panama, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, République dominicaine – ont quant a eux mis en place depuis longtemps[275] un « Organisme international régional de santé agricole » (*Organismo Internacional Regional de Sanidad Agropecuaria*). Celui-ci définit des politiques communes en matière de services de santé animale et peut intervenir dans le domaine de l'urgence sanitaire lorsqu'elle est due à une zoonose.

3. Asie et Pacifique

Le continent asiatique est d'une façon générale celui où les processus de coopération interétatique sont le moins institutionnalisés. Le domaine de la politique régionale en matière d'urgence sanitaire internationale présente en conséquence la même caractéristique.

L'Association des Nations de l'Asie du Sud-est (ASEAN), la plus développée des organisations de coopération de la région, ne dispose pas d'organe spécifiquement compétent en la matière. Elle a adopté une série de mesures en 2003 sur le dépistage du SRAS au sein des voyageurs et, dans la foulée, avait évoqué l'établissement d'un système d'alerte précoce sur les maladies infectieuses émergentes aux niveaux national et régional[276]. Du point de vue de la mise en œuvre de l'*ASEAN+3 Emerging Infectious Diseases Programme*, créé en 2004[277], l'ASEAN est encore loin du compte, malgré les recommandations d'organisations

[273] PAHO, PAHO Strategic and Operational Plan for Responding to Pandemic Influenza, 23 septembre 2005, <http://www.paho.org/English/AD/DPC/CD/vir-flu-PAHO-Plan-9-05.pdf>.
[274] Voir le site internet de l'*Organismo Andino de Salud*, <http://www.orasconhu.org/>.
[275] L'*Organismo* a été créé en 1953 et remanié en 1987.
[276] Joint Declaration of the Special ASEAN Leaders Meeting on Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS), Bangkok, 29 avril 2003.
[277] Voir notamment la Déclaration du 8ème Sommet des Ministres de la santé de l'ASEAN, « ASEAN Unity in Health Emergencies », Rangoon, 21 juin 2006, <http://www.aseansec.org/18494.pdf>.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

internationales comme l'OIE et la FAO allant dans le sens de la création d'un organisme spécialisé sous l'égide de l'organisation régionale[278]. En revanche, s'agissant du VIH/sida, l'ASEAN a créé en 1993 un groupe de travail spécifique (*ASEAN Task Force on AIDS*) qui a développé jusqu'ici trois programmes régionaux sur la prévention et le contrôle de la maladie[279].

Comparé au très grand nombre de programmes régionaux des organisations internationales et de réseaux de surveillance régionaux non gouvernementaux, le rôle des organisations régionales paraît assez mince. Il ne faudrait pas en déduire pour autant que l'organisation régionale ne constitue pas un niveau de réaction pertinent : l'exemple du dispositif mis en place par l'Union européenne montre que les organisations régionales sont un maillon de détection et de gestion des crises dont les potentialités sont loin d'être négligeables.

II. LES POTENTIALITES DES ORGANISATIONS REGIONALES : L'EXEMPLE DE L'UNION EUROPEENNE

En vertu de l'article 152 TCE, l'Union européenne dispose d'une compétence subsidiaire dans le domaine de la santé publique, c'est-à-dire que « [l]*'action de la Communauté, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine. Cette action comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé* » (§1). Elle possède également un rôle de catalyseur de la coordination des politiques de santé des États membres (art. 152 TCE §2). Elle était donc armée pour impulser des mécanismes de coopération lorsque des menaces à la santé publique présentent une dimension européenne ou internationale (A). Néanmoins, son rôle en la matière ne se limite pas à la mise en place de systèmes de réaction et de gestion des crises sanitaires : elle intervient également en amont et en aval des situations d'urgence (B).

[278] FAO et OIE, Report of the Second FAO/OIE Regional Meeting on Avian Influenza control in Asia, 23-25 février 2005, Ho Chi Min Ville, <http://www.fao.org/ ag/againfo/subjects/documents/ai/AI_2nd_RegMtg_HoChiMinhCity_Rep.pdf>.

[279] Voir les documents présentés sur le site de l'ASEAN à l'adresse <http://www.aseansec.org /8561.htm>.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

A. Le rôle moteur de l'Union européenne dans la mise en place de mécanismes régionaux de surveillance, d'alerte et de réaction aux situations d'urgence sanitaire

Les instances européennes ont progressivement mis en place un système centralisé permettant d'aider les États membres en cas d'émergence d'une épidémie à dimension transnationale, selon différentes étapes d'intervention : la surveillance, l'alerte et la réaction.

1. Le Réseau de surveillance épidémiologique

La première pierre du système tel qu'il existe actuellement est le Réseau général de surveillance épidémiologique et de contrôle des maladies transmissibles mis en place dans la Communauté en 1998 par la décision n°2119/98/CE[280]. Il s'agit de mettre en commun les données épidémiologiques et les bonnes pratiques de détection de chacun des États membres. Le cadre communautaire permet de faire remonter les informations vers une interface qui la met à disposition des autorités compétentes des autres États membres. Pour qu'un tel système soit efficace, il faut, d'une part, qu'une liste de critères de sélection des maladies transmissibles concernant le réseau soit dressée et régulièrement actualisée et, d'autre part, que les données soient collectées de manière à ce que l'information fournie par chaque pays soit comparable. À cela encore faut-il ajouter que la sphère régionale fonctionnera mieux avec un organe dédié d'experts à disposition sur ces questions.

La décision 2119/98/CE donnait une première liste de maladies à surveiller : maladies à prévention vaccinale, maladies sexuellement transmissibles, hépatites virales, maladies d'origine alimentaire, maladies d'origine hydrique et environnementale, infections nosocomiales, autres maladies transmissibles par des agents non conventionnels (dont la maladie de Creutzfeldt-Jacob), maladies fixées par le Règlement sanitaire international (fièvre jaune, choléra, peste) et autres maladies (rage, typhus exanthématique, fièvres hémorragiques virales, paludisme et toute autre maladie épidémique grave non encore classifiée...). Depuis, celle-ci s'est étoffée et raffinée[281] et, au sein de ce réseau, des réseaux de surveillance spécifiques à certaines maladies ont été créés (diphtérie, sida...).

---

[280] Décision n°2119/98/CE du Parlement européen et du Conseil, du 24 septembre 1998, instaurant un réseau de surveillance épidémiologique et de contrôle des maladies transmissibles dans la Communauté.

[281] Voir les décisions 2000/96/CE de la Commission, du 22 décembre 1999, concernant les maladies transmissibles que le réseau communautaire doit couvrir sur une base progressive, en application de la décision n° 2119/98/CE du Parlement européen et du Conseil ; 2002/253/CE de la Commission, du 19 mars 2002, établissant des définitions de cas pour la déclaration des maladies transmissibles au réseau communautaire en application de la décision n° 2119/98/CE du Parlement européen et du Conseil ; 2003/534/CE de la Commission, du 17 juillet 2003, modifiant la décision n° 2119/98/CE du

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Afin d'assurer la comparabilité des déclarations transmises par chaque État membre, la décision 2002/253/CE de la Commission du 19 mars 2002[282] indique les principes généraux des définitions de cas ainsi que des descriptions cliniques et des méthodes de diagnostic.

Enfin, l'organisation régionale s'est dotée en 2004 d'un Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (CEPCM)[283], basé à Stockholm, qui a commencé à fonctionner en mai 2005. Celui-ci a non seulement pour mission de centraliser les données scientifiques des États membres et de fournir des avis techniques et scientifiques, mais dispose également d'un fort pouvoir d'initiative puisqu'il a pour objectif de « *déceler, d'évaluer et de communiquer les menaces actuelles et émergentes que des maladies transmissibles représentent pour la santé* » et, « [l]*orsqu'il existe d'autres foyers d'une maladie grave d'origine inconnue, et si celle-ci est susceptible de se propager sur le territoire ou jusqu'au territoire de la Communauté, le Centre agit de sa propre initiative jusqu'à ce que la source de l'épidémie soit connue* » (art. 3 du Règlement 851/2004). À ce titre, il fait partie du système européen d'alerte précoce.

2. Le Système d'alerte précoce et de réaction pour la prévention et le contrôle des maladies transmissibles

Le Système d'alerte précoce, créé en 1999 par la décision 2000/57/CE, fait partie du Réseau de surveillance[284]. Plus restreint dans son champ d'application, il permet de mettre en branle une série d'obligations pour les États membres sur le territoire desquels se déclencherait l'alerte. Il n'a en effet pour vocation de traiter que des évènements à portée communautaire : « *1. Foyers de maladies transmissibles s'étendant à plus d'un État membre de la Communauté ; 2. Concentration dans l'espace ou le temps de cas de maladies d'un type similaire, si des agents pathogènes sont une cause possible du phénomène et s'il existe un risque de propagation entre États membres au sein de la Communauté ; 3. Concentration dans l'espace ou le temps de cas de maladies d'un type similaire en dehors de la Communauté, si des agents pathogènes sont une*

Parlement européen et du Conseil et la décision 2000/96/CE en ce qui concerne les maladies transmissibles énumérées dans ces décisions et modifiant la décision 2002/253/CE en ce qui concerne les définitions de cas pour les maladies transmissibles.

[282] Décision 2002/253/CE de la Commission du 19 mars 2002, établissant des définitions de cas pour la déclaration des maladies transmissibles au réseau communautaire en application de la décision n° 2119/98/CE du Parlement européen et du Conseil.

[283] Règlement (CE) n° 851/2004 du Parlement européen et du Conseil du 21 avril 2004 instituant un Centre européen de prévention et de contrôle des maladies.

[284] Décision 2000/57/CE de la Commission, du 22 décembre 1999, concernant le système d'alerte précoce et de réaction pour la prévention et le contrôle des maladies transmissibles prévu par la décision n° 2119/98/CE du Parlement européen et du Conseil.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

cause possible du phénomène et s'il existe un risque de propagation à la Communauté ; 4. Apparition ou résurgence d'une maladie transmissible ou d'un agent infectieux susceptible de nécessiter une action communautaire coordonnée en temps utile afin de le maîtriser ».

Le déclenchement du Système d'alerte est susceptible de donner lieux à trois niveaux de réaction[285].

Le niveau 1 concerne les cas où des données fournies par un État membre ou « *d'autres sources autorisées donnent à penser qu'un événement est probable* ». Les autorités compétentes de l'État membre concerné par l'évènement potentiel doivent alors s'engager dans une procédure d'échange des informations avec le Réseau, les autres États membres et la Commission, afin de décider des rôles respectifs de chacun en cas de survenance de l'évènement. Lorsqu'un évènement couvert par le Système d'alerte se produit, les États membres ont l'obligation d'en informer les professionnels concernés et le public et de communiquer sur les mesures prises.

Le niveau 2 est activé lorsque l'on estime que l'évènement constitue une menace potentielle. Les autorités sanitaires nationales concernées doivent dans ce cas informer le Réseau, les États membres et la Commission « *de la nature et de la portée de la menace potentielle et des mesures qu'elles entendent prendre elles-mêmes ou en association avec les autres États membres concernés, la Commission ou les autres partenaires* ». Se déclenche alors une procédure de vérification et d'évaluation, s'il le faut en recourant aux moyens et à l'expertise technique et scientifique dont disposent les autres États membres et la Commission. Les États faisant l'objet de la menace potentielle informent les professionnels concernés et le public des mesures adoptées ; les autres États membres et la Commission les informent des mesures adoptées au niveau communautaire. Dans l'hypothèse où la menace est finalement considérée comme nulle ou uniquement locale, le système d'alerte est désactivé. En revanche, si la menace est avérée le dernier niveau de réaction se déclenche.

Le niveau 3 concerne donc les menaces confirmées. Outre l'action du ou des États concernés, les États membres et la Commission coordonnent toute mesure complémentaire nécessaire au niveau communautaire. Le système n'est désactivé qu'après l'accord des États concernés.

L'ensemble du mécanisme de surveillance, d'alerte et de réaction s'est révélé plutôt efficace, même si la veille épidémiologique n'est pas toujours assurée dans de bonnes conditions (fiabilité des données,

[285] Annexe I de la décision 2000/57/CE.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

définitions de cas, méthodes de diagnostic...)[286]. En ce qui concerne plus précisément le Système d'alerte précoce, l'épidémie de SRAS a fournit un premier véritable test de fonctionnement. Le rapport de la Commission à ce sujet note que le dispositif institutionnel a démontré son utilité, mais relève que toutes les fonctionnalités de l'outil n'ont pas été utilisées comme elles auraient pu l'être et qu'il ya eu des retards dans la notification d'évènements par certains États[287].

S'agissant de la réaction et de la gestion de situations d'urgence sanitaire, le rôle de l'organisation régionale ne s'arrête cependant pas aux procédures prévues au niveau 3 du Système d'alerte précoce. La Commission a fortement poussé dans le sens de l'établissement de plans nationaux préparant la réaction aux situations d'urgence sanitaire et elle participe à leur coordination. Elle fournit de ce point de vue des aides à la planification en cas de d'urgence sanitaire dans l'Union européenne[288] et de pandémie de grippe[289].

Par ailleurs – et il s'agit là d'un élément à souligner en ce qui concerne le rôle qui peut être celui des organisations régionales en matière d'urgence sanitaire –, l'Union européenne a eu l'occasion de rappeler que la planification de la gestion des urgences sanitaires ne concerne pas exclusivement le secteur de la santé : la protection civile, les transports, les communications, les services d'urgence, l'investissement dans des laboratoires et les relations internationales sont tout aussi importants.

B. Préparer l'avant, gérer l'après : la place privilégiée de l'organisation régionale

L'Union européenne conduit, au-delà d'actions spécifiques à l'urgence sanitaire, un certain nombre d'activités qui contribuent à renforcer les capacités de ses États membres à prévenir et gérer ce type de crises.

En amont, l'organisation régionale possède un rôle moteur dans l'orientation de la recherche scientifique. On pense évidemment à la recherche pour développer des vaccins ou des kits de détection – à l'usage des services vétérinaires et de santé publique – mais cela concerne tout autant l'amélioration des techniques et réseaux d'épidémio-surveillance, l'impact du changement climatique sur le développement

[286] Rapport de la Commission, du 7 septembre 2000, sur le fonctionnement du réseau de surveillance épidémiologique et de contrôle des maladies transmissibles dans la Communauté, COM(2000) 471 final.
[287] Rapport de la Commission, du 29 mars 2005, sur le fonctionnement du système d'alerte précoce et de réaction du réseau communautaire de surveillance épidémiologique et de contrôle des maladies transmissibles en 2002 et 2003, COM(2005) 104 final.
[288] Communication de la Commission, du 28 novembre 2005, sur le renforcement de la coordination de la planification générale de la préparation aux urgences sanitaires à l'échelon de l'Union européenne, COM(2005) 605 final.
[289] Communication de la Commission, du 28 novembre 2005, sur la planification de la préparation et de l'intervention de la communauté européenne en cas de grippe pandémique, COM(2005) 607 final.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

des épidémies, les biotechnologies, ou encore la recherche en sciences sociales sur l'amélioration des capacités de gestion de crise[290]...

En sus de la recherche, l'adhésion à l'Union européenne entraîne une « mise à niveau » structurelle, ce qui permet à l'organisation régionale d'appuyer conceptuellement et matériellement la création ou l'amélioration de structures que les États isolément ne pourraient pas supporter. Cela est de nature à aider les États membres à mettre en place les infrastructures et à former le personnel nécessaires à la prise en charge rapide de situations d'urgence sanitaire (transports, communications, installations et services médicaux ou vétérinaires etc.).

Dans un autre ordre d'idées, la qualité de marché commun de l'Union européenne lui permet d'adopter des mesures d'urgence pour stopper – ou, de façon plus réaliste, de tenter de stopper – les mouvements de marchandises qui seraient de nature à propager l'épidémie, repoussant potentiellement le danger à la lisière d'un périmètre bien plus vaste que celui du seul territoire d'un État membre. C'est ainsi que durant l'hiver 2005-2006, les importations d'oiseaux en provenance des pays touchés par la grippe aviaire avaient été suspendues. L'embargo sur la viande bovine et produits à base de viande en provenance du Royaume-Uni (1996) puis du Portugal (1998)[291], lors d'épidémies d'ESB, avait également été décrété, même si l'on sait qu'il n'a pas toujours été respecté.

En aval, l'Union européenne peut apporter un appui non négligeable au retour à la normale dans les États qui seraient touchés par une situation d'urgence sanitaire de grande ampleur. Les crises de l'ESB et de la grippe aviaire en particulier ont démontré que les situations d'urgence sanitaire dues aux zoonoses ont des conséquences économiques importantes. De la même façon, une pandémie quelle qu'elle soit entraîne des coûts importants de santé publique, que les particuliers et/ou les services de santé peuvent avoir du mal à supporter. Les problèmes d'accès aux traitements pour freiner le développement du VIH/sida ou les difficultés des services hospitaliers tant du point de vue du manque de personnel que de moyens matériels en attestent[292].

---

[290] Voir par exemple pour le 7ème Programme-Cadre pour la Recherche et le Développement (PCRD) le programme spécifique « Coopération » : Décision 2006/971/CE du Conseil, du 19 décembre 2006, relative au programme spécifique Coopération mettant en œuvre le septième programme-cadre de la Communauté européenne pour des activités de recherche, de développement technologique et de démonstration (2007-2013).

[291] Voir notamment le Rapport consolidé final à la commission temporaire du Parlement européen chargée du suivi des recommandations concernant l'ESB, Communication de la Commission au Parlement européen, au Conseil, au Comité économique et social et au Comité des régions, COM(97)509 final, 18 novembre 1998.

[292] Voir entre autres le numéro spécial « Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe » de la *Revue française des affaires sociales*, n°2-3, avril-septembre 2006.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Les organisations régionales ont ainsi potentiellement un rôle non négligeable à jouer dans la détection et la gestion de situations d'urgence sanitaire internationale. Elles peuvent permettre de rassembler les forces disponibles lorsque leurs États membres n'auraient pas individuellement la capacité de faire face à la crise, de rendre possible la mise en place des structures que les États pris isolément ne pourraient pas supporter. Elles permettent également de faire circuler plus facilement les informations et les savoir-faire. En outre, l'organisation régionale a une position privilégiée pour surveiller l'émergence d'épidémies spécifiques à la région couverte.

Toutefois, l'exemple du rôle que joue l'Union européenne en matière d'urgence sanitaire internationale est loin d'être transposable, même à moyen terme, à la majorité des organisations régionales. Organisation d'intégration économique unique en son genre, composée d'États dont la plus grande part est riche ou relativement riche, partageant sur de nombreux points une culture et une histoire communes, elle est en mesure de tirer son épingle du jeu là où d'autres ne disposent pas d'une stabilité politique suffisante pour instaurer le climat de confiance nécessaire à une véritable coopération.

Le manque dramatique de moyens dans de trop nombreux pays demeure le frein principal à l'instauration de systèmes de surveillance, d'alerte et de gestion des crises sanitaires. Beaucoup n'ont ni le matériel pour conserver des échantillons de façon satisfaisante – la fourniture d'électricité de façon continue tout au long de la journée, tous les jours, est par exemple loin d'être un fait acquis –, ni l'infrastructure pour assurer une liaison rapide avec les services compétents, et très peu de personnel compétent pour faire face à l'éruption d'une pandémie. Dans ces conditions, la crise ne peut être prise en charge que tardivement. La prise de conscience de l'interdépendance sanitaire mondiale due aux épidémies successives de SRAS (au départ une zoonose puis transmissible de l'homme à l'homme) et de grippe aviaire (qui, au jour d'aujourd'hui, demeure fort heureusement une zoonose qui ne se transmet que par contact prolongé de l'animal à l'homme) laisse espérer un développement des initiatives de financement et de partenariats avec les organisations mondiales compétentes.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

CHAPITRE 3

LA GESTION D'UNE CRISE SANITAIRE INTERNATIONALE : LE CAS DU SRAS

Gian Luca Burci (*),

Conseiller juridique, Organisation mondiale de la santé

I. MAIN EVENTS

World politics has been dominated in 2003 by the sudden appearance of the « Severe Acute Respiratory Syndrome » (SARS). The entire world was caught by surprise by an incurable disease with a high fatality rate, which spread internationally through the transboundary movement of persons. However, the outbreak of SARS was brought under control in just a few months, largely due to the decisive role played by the World Health Organization (WHO) and an unprecedented level of international cooperation.

SARS is a severe respiratory infection, caused by a previously unknown coronavirus of animal origin. Even after four years from the outbreak, a vaccine and a specific treatment are not yet known. While direct transmission is through respiratory emissions, it has not been clarified how the virus has also spread through indirect environmental transmission. The epidemic began in the Chinese province of Guandong, probably through close human contact with infected animals. The initial inability of local health authorities to identify and control the new disease allowed the virus to spread through the region, especially among hospital staff assisting sick individuals. The spread of the disease outside China occurred in Hong Kong in February 2003 in as yet unclear circumstances. WHO determined the onset of a new disease through its surveillance networks and posted the first alert on its internet site on 12 March.

The situation developed quickly during the following weeks. On the one hand, the disease spread to a growing number of countries ; on the other hand, WHO took the lead of the international response to the outbreak and started posting on a daily basis on its internet site information on the epidemiological situation, the modalities of

* The views expressed here are solely those of the author.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

transmission, the nature of the virus and, most importantly, diagnostic, clinical and containment techniques. The rapid spread of the virus through South-East Asia and Canada led WHO to identify international air travel as the main vehicle for transmission. This conclusion led WHO, in turn, to recommend the screening of passengers departing from infected areas and, more radically, to post on its web site travel advisories recommending against travelling to affected areas such as Guandong, Hong Kong and Toronto. These travel advisories played a significant role in stopping the progression of the epidemic, although they have been criticized for their devastating economic effects on the tourism and travel industries. Sub-Saharan and Caucasian countries, whose health systems would have probably been overwhelmed by the disease, were spared from the epidemic, largely because of their relative isolation from the major routes of international air travel.

The most complex and delicate situation proved that of China, initially unable to identify and control the outbreak and then reluctant to admit its spread and cooperate with WHO. China's lack of cooperation and the recurrent contradictions in the statements from official Chinese sources led WHO to abandon its normally deferential attitude towards a Member State and to openly criticize its behaviour. The growing international pressure and the inability to continue to conceal the gravity of the situation forced the Chinese Government to abruptly change approach at the end of April 2003, to dismiss a number of senior public health officials, to impose strict control measures and to cooperate openly with WHO.

The effectiveness of the control measures recommended by WHO and of international sanitary cooperation allowed the international community to stop the spread of the virus by July 2003. WHO reported a total of 8422 cases in 34 countries or areas, with 916 fatalities. The disappearance of the virus, however, is not necessarily definitive. Our incomplete knowledge of its epidemiology and modes of transmission, as well as the lack of specific diagnostic tests and of a vaccine make the international community vulnerable to a possible new outbreak.

II. THE FIRST EPIDEMIC OF THE AGE OF GLOBALIZATION

SARS has been defined the first new epidemic disease of the age of globalization, and its impact must be analyzed in that context. The veritable vector of the rapid international spread of the virus has been the unprecedented volume and intensity of international air travel. The almost simultaneous outbreaks in two continents, and the initially incomplete knowledge on the symptoms of SARS, made it conceivable that any large city with an international airport and a significant influx of

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

passengers could become a new focus of the epidemic. It should also be added that SARS was a new and as yet unknown variant of the *coronaviridae* virus, characterized by high interpersonal transmissibility, initially non-specific symptoms and an incubation period of about 10 days. These characteristics would have allowed an infected but not yet symptomatic person to spread the disease internationally and to a potentially large group of persons. SARS has therefore confronted the international public health community with the difficult problem of how to diagnose, treat and prevent such a disease while minimizing the disruption of the international movement of persons and goods.

The characteristics of the epidemic also explain its heavy economic and social impact on the most affected areas and underscore the significance of a new communicable disease for an international community heavily interconnected and interdependent. Besides the direct costs of sanitary and control measures, SARS had overall devastating economic and social effects, leading for example to the closure of factories, hospitals, schools and even national boundaries, as well as to the involuntary confinement of thousands of persons. The fact that other grave infectious diseases, such as Ebola hemorrhagic fever, have not produced similar effects is due to their occurrence in rural areas of more isolated countries such as Congo and Uganda.

Besides facilitating the international spread of SARS, however, « globalization » has also played a positive role in its rapid control by the countries concerned. As explained in more details later, the instantaneous global exchange of information through the internet and the growing sophistication of communication technology have been instrumental for the coordination of the international response to SARS. This has, in turn, increased the importance and legitimacy of technical and relatively informal international networks including governmental agencies as well as international and non-governmental organizations. Also this phenomenon, that confirms the weakening of the exclusive control of sovereign states over international normative functions, can be considered a typical phenomenon of globalization.

III. THE ROLE OF WHO

WHO has been the undisputed protagonist of the international response to SARS ; its image and authority have been much strengthened by its success in this crucial endeavour. WHO, in its capacity as both technical agency and coordinator of public health institutions worldwide, has built a considerable experience in the surveillance, prevention and control of infectious diseases. The strategy used against SARS was not entirely new

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

but rather based on previous experience in responding, for example, to outbreaks of Ebola in Congo, plague in India and cholera in Peru. However, in the case of SARS, WHO quickly assumed a directing, rather than simply coordinating, role at the international level.

The strategy used by WHO in the case of SARS was based on two fundamental approaches that maximized the comparative advantages of WHO and minimized the limits of its resources for the direct provision of assistance to the affected countries. The first approach consisted of the immediate mobilization of the networks of experts, collaborating centres and other institutions that the Organization coordinates in various areas. Most significant in the case of SARS has been the Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN). GOARN is a virtual network of more than a hundred national, international and non-governmental institutions from more than 70 countries. It also includes outside networks such as that of the Centres for Disease Control of the United States, thus reaching out to an even larger number of collaborators. Its main function is to assemble and dispatch teams of experts from participating institutions to assist countries in the control of outbreaks of epidemic diseases. Mobilization of outside centres proved instrumental for providing assistance to Taiwan, given China's initial opposition to the presence of WHO's officials on the island. Even though not a network, another important technical tool for WHO's surveillance and response functions was the so-called GPHIN (Global Public Health Information Network), an electronic search engine developed by Canada's Ministry of Health and put to the disposal of WHO. GPHIN scans the internet daily for words or sentences that may reveal unusual or suspicious outbreaks of diseases. The results of those searches are then evaluated by WHO and may lead to requests to the countries concerned for verification and further assessment. By coincidence, GPHIN detected as early as November 2002 an unusual surge in influenza cases in Guandong province in China that proved to be the beginning of the SARS epidemic.

In the case of SARS, WHO also set up ad hoc virtual networks on the virological, clinical and epidemiological aspects of the disease. This approach allowed WHO to coordinate and encourage technically credible partners in the fight against the disease, to establish a critical mass of research and testing activities, to divide the necessary tasks internationally, and to share discoveries and results openly and transparently so as to avoid commercial competition among participants. The results have been outstanding and have strongly legitimized this strategy: a month after the establishment of a virtual network of 11 laboratories, participating scientists collectively announced the identification of the virus and shortly thereafter of its DNA sequence.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Daily teleconferences of epidemiologists led to a prompt identification of the modes of transmission and the most appropriate control measures in different contests. Participants in the clinical network defined the course of the disease, the reactions to different treatments, and prepared guidelines for the clinical control of the infection.

The second fundamental approach of WHO has been to fully utilize the internet as its main information and normative tool. WHO's web site became the focal point of a communication strategy addressed not only to governments but also to WHO's technical partners and to the public at large. The WHO Secretariat not only posted daily updates on the number and geographical spread of SARS cases, but most importantly provided in real time guidelines and other technical instructions that reflected the constantly evolving state of the knowledge of the virus. This strategy facilitated the adoption by governmental authorities of control measures that were uniform yet adapted to local contexts. It also established WHO as the central source of reliable and authoritative information and technical guidance, as opposed to the contradictory and confusing statements by a number of governments. Moreover, it prevented excessive and unjustified reactions against countries experiencing outbreaks, which would have aggravated the overall economic effects of the epidemic. As a result, WHO's web page on the SARS epidemic regularly received 6 to 10 million « hits » on a daily basis for the whole duration of the outbreak.

From a legal point of view, WHO's actions remained within the limits of its constitutional competences. At the same time, they lacked a specific legal basis or an established process for the governance of its actions. However, WHO's technical credibility, political impartiality and transparency strengthened to an unexpected degree its authority and ability to influence the behaviour of states and other actors. Its recommendations and technical guidance thus gained a significant normative authority, in view of the need of governmental authorities to rely on available guidance and procedural frameworks in the face of a highly mediatic health emergency.

IV. Main lessons and implications from the SARS crisis

Even though many important aspects of SARS and its causative virus remain partially unexplored, a number of lessons can be drawn from the events of 2003 which also offer considerations about the capacity of the international community to respond to similar future outbreaks, first and foremost an outbreak of pandemic influenza. The main points emerging from the international response to SARS are the following:

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

- SARS generated an unprecedented level of attention by media and governments, and has probably changed public perceptions of the risks associated with infectious diseases and of the seriousness of the economic and social impact of international sanitary problems. It also generated a high level of political commitment, both nationally and internationally, which played a significant role in sustaining the international response to the epidemic ;

- The international public health community showed that it has the resources and the tools to address grave and unforeseen health emergencies, and demonstrated its willingness to cooperate in case of need. It was very encouraging that research institutes and scientists, which would have normally competed against each other, genuinely cooperated in the fight against SARS ;

- Even in the absence of a vaccine or a specific prophylaxis, basic epidemiological interventions supported by political commitment at the national level and by international cooperation, can be effective in containing epidemic outbreaks. In the case of SARS, national health authorities had to empirically fall back on techniques characteristic of the first steps of microbiology: isolation and quarantine, clinical control of infections, mass screening and identification of contacts with infected persons ;

- The poor state of national health systems turned out to be one of the main problems both in the containment of the disease and the effective treatment of affected individuals. This also explains the high rate of SARS cases among hospital staff exposed to the disease. SARS imposed the highest burden on the health systems of countries with limited resources, such as Viet Nam, or with the highest rates of infection, primarily China. Even in countries with more developed and better financed public health structures, difficulties in the clinical containment of the disease led to the closure of entire hospitals, worsening the social effects of the epidemic. A positive consequence, at the same time, is that the strengthening of the health systems of developing countries, in particular of surveillance policies, notification of pathological events, hospital procedures and cooperation between central and local health authorities, has finally been recognized as an important international priority ;

- Probably the main lesson from the international response to the SARS epidemic is the need for national health authorities to promptly and transparently notify WHO of occurrences of any disease with potential for international spread. The case of China shows not only the futility of trying to conceal such outbreaks in the age of instant electronic communication, but also the severe political, economic and reputational

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

consequences that such behaviour may produce. The importance of strengthening existing international mechanisms for alert, notification and response to epidemics has been reaffirmed by the World Health Assembly as the most effective defense against a possible reappearance of SARS as well as against any international outbreak of infectious diseases, both natural and caused deliberately ;

- As noted before, the global transmission of information, advice and guidance through electronic means of communication has proved decisive in the fight against SARS and will continue to represent a fundamental tool at the disposal of WHO. The power of this tool, however, depends both on the credibility of the technical processes which generate such information and on WHO's sensitivity to the political acceptability of an instrument that, by its very nature, bypasses national governments as the unavoidable buffer between intergovernmental organizations and non-governmental actors. In the case of the SARS epidemic, WHO reported that the global alerts of 12 and 15 March 2003 represented the temporal demarcation line between areas with significant outbreaks and those with few secondary cases.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

CHAPITRE 4

LA GESTION D'UNE CRISE SANITAIRE INTERNATIONALE : LE CAS DE L'INFLUENZA AVIAIRE

Jean-Luc Angot,

Directeur général adjoint, Organisation mondiale de la santé animale

Les maladies émergentes occupent de plus en plus le devant de la scène. Il s'agit de nouvelles infections résultant de l'évolution ou de la modification d'un agent pathogène existant, d'une infection connue se propageant à une nouvelle zone géographique ou à une nouvelle population, de la présence d'un agent pathogène non identifié précédemment ou encore de la maladie diagnostiquée pour la première fois et ayant des répercussions significatives sur la santé animale ou la santé publique.

Les experts considèrent que 75% des maladies émergentes et ré-émergentes sont des zoonoses (maladies transmissibles de l'animal à l'homme).

Les maladies animales sont en expansion du fait notamment de la mondialisation des échanges, de la modification des écosystèmes et du réchauffement climatique. S'agissant des zoonoses, la modification des habitudes alimentaires, la croissance démographique et l'évolution des populations à risque constituent des facteurs favorisants.

L'augmentation de la circulation des pathogènes accroît les risques de contamination et la probabilité d'apparition de nouveaux agents issus de combinaisons génétiques, autrefois inimaginables.

La lutte contre les maladies animales est un enjeu sanitaire (santé animale et, s'il s'agit de zoonoses, santé publique), un enjeu économique et un enjeu politique. En matière économique, elle a un impact fort sur la réduction de la pauvreté et l'accès au marché international. Le développement des pays pauvres dépend en grande partie des performances de l'élevage, intimement liées à la santé des animaux de rente et à la qualité de leurs productions.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

La surveillance et le contrôle des épidémies animales (épizooties) comme par exemple celle de l'influenza aviaire reposent sur des actions à entreprendre aux niveaux local, national, régional et mondial sur la base de lignes directrices définies au niveau mondial. L'élaboration de ces normes constitue l'un des mandats assignés à l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE), qui travaille en étroite collaboration avec d'autres organisations internationales, parmi lesquelles des agences des Nations unies comme la FAO et l'OMS.

I. L'INFLUENZA AVIAIRE

L'influenza aviaire (appelée aussi, improprement, grippe aviaire), est une maladie des volailles très contagieuse due à un virus appartenant à la vaste famille des Orthomyxoviridae. Les virus de l'influenza aviaire, qui appartiennent tous au type A des virus du genre Influenza, comprennent 144 sous-types (16 hémagglutinines H et 9 neuraminidases N différentes). Il s'agit de virus bien connus depuis des siècles, qui sont sujets à de fortes variations et mutations génétiques. Depuis 1959, 25 épisodes d'influenza aviaire ont été notifiés dans le monde.

Parmi ces virus, il existe des souches faiblement pathogènes et des souches hautement pathogènes. Les sous-types H5 et H7 appartiennent à ces dernières.

La souche asiatique du virus H5N1 qui sévit actuellement est hautement pathogène et est doté d'un patrimoine génétique qui lui confère une virulence particulièrement développée.

La forme hautement pathogène de la maladie (appelée aussi peste aviaire) entraîne un syndrome digestif et septicémique très sévère et une mortalité massive chez les poulets et les dindes qui se contaminent essentiellement par voie digestive mais aussi par voie respiratoire. Les canards d'élevage ainsi que la plupart des oiseaux sauvages sont classiquement considérés comme moins sensibles à l'influenza aviaire. Toutefois, il a été constaté que le caractère particulièrement virulent du virus H5N1 asiatique entraîne également une forte mortalité chez ces oiseaux.

La souche asiatique du virus H5N1 est apparue en 1997 à Hong-Kong, puis a certainement circulé à bas bruit jusqu'à la fin de l'année 2003, où elle s'est révélée brutalement dans plusieurs pays d'Asie du Sud-Est.

La maladie s'est propagée ensuite, vraisemblablement le plus souvent par l'intermédiaire des oiseaux migrateurs, à la Russie, à la Mongolie, au Kazakhstan, aux Balkans, au Caucase et au Moyen-Orient. L'Europe de l'Ouest a été contaminée par des oiseaux sauvages ayant quitté l'Europe de l'Est à cause d'une vague de froid.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Le monde est actuellement confronté à une véritable panzootie (pandémie animale) : depuis la fin de l'année 2003, plus de 4 500 foyers ont été recensés, près de 250 millions de volailles sont mortes ou ont été abattues, 55 pays ont été touchés en Asie, Europe et Afrique (dont 19 avec des cas uniquement chez les oiseaux sauvages).

Le virus résiste longtemps dans les matières fécales et l'eau ; en revanche, il est détruit en milieu acide (sucs gastriques par exemple) et par la chaleur (quelques secondes à 70°C). Un gramme de fientes contient environ dix millions de particules virales.

Le virus de l'influenza aviaire peut infecter des espèces de mammifères comme le porc, l'homme, les félidés et les mustélidés. Il se transmet alors par voie aérienne (inhalation de particules de matières fécales contaminées) à la suite de contacts étroits et prolongés. Il n'existe à ce jour aucune preuve scientifique certaine de contamination de l'homme par voie digestive.

La transmission du virus H5N1 asiatique à l'homme est peu efficace, compte tenu du nombre très important de contacts qui ont eu lieu entre les personnes, les volailles, leurs plumes et leurs déjections, dans des pays où hommes et animaux d'élevage vivent dans une grande promiscuité. Une étroite corrélation entre le degré de contamination d'un pays par le virus H5N1 et le nombre de cas humains (exemples actuels de l'Indonésie et de l'Egypte) est observée. Au 31/12/06 l'OMS relevait 261 cas de contamination humaine dont 157 décès dans dix pays. La transmission interhumaine du virus H5N1 asiatique n'est pas efficace, les mammifères infectés par ce virus constituant des culs-de-sac épidémiologiques.

Ce n'est qu'en cas de recombinaison du virus aviaire avec un virus humain de grippe saisonnière classique, qui aboutirait à l'apparition d'un nouveau virus, ou de mutation du virus en une forme transmissible d'homme à homme, qu'il y aurait risque de pandémie. Or ces transformations génétiques n'ont pas eu lieu.

La panzootie est là, mais pas la pandémie. Le risque existe, mais aucun expert ne peut prédire avec certitude à quel moment cette pandémie apparaîtra ni même si elle se produira. Aucune étude de probabilité n'a démontré l'imminence de l'apparition d'une pandémie. Rien ne permet de conclure non plus qu'elle aura lieu avec le virus H5N1 asiatique. C'est un bon candidat mais peut-être pas le meilleur.

Il convient par ailleurs de noter qu'aucune des trois pandémies de grippe du XXème siècle (1918, 1957, 1968) n'a été précédée immédiatement d'une épizootie ou d'une panzootie.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

II. L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE ANIMALE (OIE)

L'OIE est une organisation intergouvernementale créée par l'arrangement international du 25 janvier 1924 signé par 28 pays. Elle compte actuellement 168 pays membres. Née sous le nom d'Office international des épizooties, elle est devenue en 2003 l'Organisation mondiale de la santé animale, en conservant l'acronyme OIE. Elle est restée depuis sa création en dehors du système de la Société des Nations et des Nations Unies, tout en ayant signé des accords de coopération avec des agences spécialisées des Nations Unies (OMS, FAO) et en participant aux travaux de la Convention sur les armes biologiques ou à toxines (BTWC, approuvée par les Nations Unies).

L'OIE est placée sous l'autorité et le contrôle d'un Comité international composé des Délégués désignés par les gouvernements des pays membres. Son fonctionnement est assuré par un Bureau central situé à Paris, placé sous la responsabilité d'un Directeur général élu par le Comité international. Ce Bureau applique les résolutions du Comité élaborées avec l'appui de Commissions élues :

- la Commission administrative,
- cinq Commissions régionales,
- quatre Commissions techniques spécialisées.

Les ressources financières de l'Office sont essentiellement constituées par les contributions annuelles régulières des pays membres et secondairement par des contributions volontaires. L'OIE a par ailleurs mis en place en 2003 un Fonds mondial de la santé et du bien-être des animaux, abondé à partir de 2006 suite aux conférences internationales sur l'influenza aviaire.

L'OIE est en relation permanente avec une trentaine d'autres organisations internationales. Elle dispose de représentants régionaux et sous-régionaux en poste dans les cinq continents.

Les missions de l'OIE consistent à :

- garantir la transparence de la situation des maladies animales dans le monde :

Chaque Pays membre s'engage à déclarer les maladies animales qu'il détecte sur son territoire. L'OIE diffuse alors l'information à tous les autres pays afin qu'ils puissent se protéger. Cette information concerne également les maladies transmissibles à l'homme. Elle est diffusée en urgence ou de façon différée selon la gravité de la maladie. Ces objectifs de surveillance et de suivi s'appliquent à la fois aux événements sanitaires naturels et intentionnels (bioterrorisme).

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

- collecter, analyser et diffuser l'information scientifique vétérinaire :

L'OIE collecte et analyse toutes les nouvelles informations scientifiques relatives à la lutte contre les maladies animales. Elle les fournit ensuite aux Pays Membres pour qu'ils améliorent leurs méthodes de contrôle de ces maladies. Des lignes directrices sont préparées à cet effet par le réseau des 181 Centres Collaborateurs et Laboratoires de Référence de l'OIE présents dans le monde entier.

L'information scientifique est aussi diffusée grâce à différents ouvrages et périodiques édités par l'OIE, notamment la *Revue scientifique et technique* (3 numéros par an).

- apporter son expertise et stimuler la solidarité internationale pour contrôler les maladies animales :

L'OIE appuie techniquement les Pays Membres qui le souhaitent pour soutenir des opérations de contrôle et d'éradication des maladies animales, y compris celles transmissibles à l'homme. L'OIE propose notamment son expertise aux pays les plus pauvres pour les aider à contrôler les maladies animales qui provoquent des pertes dans leur cheptel, peuvent mettre en danger la santé publique et menacent les autres Pays Membres.

L'OIE maintient un contact permanent, au niveau régional et national, avec les organismes financiers internationaux afin de les convaincre d'investir plus et mieux dans le contrôle des maladies animales et des zoonoses et de renforcer les capacités de leurs services vétérinaires.

- garantir la sécurité du commerce mondial en élaborant des normes sanitaires pour les échanges internationaux des animaux et de leurs produits dans le cadre du mandat confié à l'OIE par l'Accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires (Accord SPS) de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) :

L'OIE élabore les documents normatifs relatifs aux règles utilisables par les Pays Membres pour se protéger de l'introduction de maladies et d'agents pathogènes sans pour autant instaurer des barrières sanitaires injustifiées. Les principaux ouvrages normatifs produits par l'OIE sont : Le *Code sanitaire pour les animaux terrestres*, le *Manuel des tests de diagnostic et des vaccins pour les animaux terrestres*, le *Code sanitaire pour les animaux aquatiques* et le *Manuel des tests de diagnostic pour les animaux aquatiques*.

Les normes de l'OIE sont reconnues par l'OMC en tant que règles sanitaires internationales de référence. Elles sont élaborées par des Commissions spécialisées élues et des Groupes de travail regroupant les meilleurs scientifiques mondiaux dont la plupart sont des experts issus du

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

réseau de Centres collaborateurs et de Laboratoires de référence, qui concourent également aux objectifs scientifiques de l'OIE. Ces normes sont adoptées par le Comité international.

- promouvoir le cadre juridique et les ressources des services vétérinaires :

Les services vétérinaires et les laboratoires des Pays membres doivent être dotés des infrastructures, des ressources et des capacités permettant à leurs pays de mieux protéger la santé animale et la santé publique et de bénéficier davantage de l'accord SPS de l'OMC. Face à l'enjeu que constituent désormais les maladies animales et les zoonoses dans un monde globalisé, il est crucial d'améliorer la gouvernance sanitaire.

La Banque mondiale considère les services vétérinaires comme un bien public international et leur mise en conformité aux normes de qualité adoptées par l'OIE (structure, organisation, ressources, capacités, etc.) comme une priorité en matière d'investissements publics. L'OIE a développé un outil interactif d'évaluation des services vétérinaires et a formé des auditeurs. Plusieurs évaluations ont déjà été effectuées ou sont en cours de réalisation.

- mieux garantir la sécurité sanitaire des aliments :

Les Pays membres de l'OIE ont décidé de mieux garantir la sécurité sanitaire des aliments d'origine animale en renforçant les synergies entre les activités de l'OIE et celles de la Commission du Codex Alimentarius (programme mixte de la FAO et de l'OMS). Les activités normatives de l'OIE dans ce domaine sont focalisées sur la prévention des dangers existants avant l'abattage des animaux ou la première transformation de leurs produits (viandes, lait, œufs etc.), susceptibles de générer ultérieurement des risques pour les consommateurs.

- promouvoir le bien-être animal en utilisant une approche scientifique :

Depuis sa création, l'OIE joue un rôle clé en qualité d'unique organisation de référence internationale dédiée à la santé animale, bénéficiant d'une reconnaissance internationale avérée et d'une collaboration directe avec les services vétérinaires de tous les Pays membres. Du fait de la relation étroite existant entre la santé animale et la protection des animaux, l'OIE est devenue, à la demande des ses Pays Membres, l'organisation internationale phare en matière de protection des animaux.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

III. Les organisations internationales et l'influenza aviaire

En considération de ses missions, l'OIE est l'organisation internationale de référence pour le contrôle de l'influenza aviaire. Elle a présenté aux bailleurs de fonds un document élaboré en collaboration avec la FAO sur l'amélioration de la gouvernance pour mieux prévenir et contrôler les maladies animales émergentes et ré-émergentes. Il s'agit d'un projet de soutien aux services vétérinaires des pays en développement en vue de les aider à appliquer les normes internationales de qualité de l'OIE. L'objectif à court terme est de mettre en œuvre des actions d'urgence pour contrôler la diffusion du virus H5N1 et d'autres maladies animales qui sévissent actuellement ; il est toutefois important de mettre en œuvre également des actions à moyen et long termes.

Les prédictions alarmistes de certains experts de l'OMS en 2004 ont incité les pays riches à investir massivement dans l'achat de masques, de coûteux antiviraux et de vaccins, alors qu'il aurait été plus judicieux d'affecter dès le début de l'épizootie une partie des fonds mobilisés à la lutte contre la maladie animale en Asie du Sud-Est.

L'OIE a depuis le début de l'épizootie déclaré que le meilleur moyen de se prémunir contre le risque pandémique était de diminuer la quantité de virus circulant dans le monde et donc d'endiguer la maladie à sa source : chez l'animal.

Les mesures classiques de lutte contre les maladies contagieuses préconisées par l'OIE sont les meilleurs outils : abattage sanitaire, désinfection, contrôle strict des mouvements d'animaux et de personnes venant des zones infectées avec l'aide des forces de l'ordre. Il est nécessaire toutefois de disposer à la base d'un réseau performant de surveillance (de la faune domestique et sauvage), indispensable à une détection précoce de la maladie et à une réaction rapide : éleveurs formés et organisés, vétérinaires praticiens formant un maillage étroit, services vétérinaires officiels efficaces et dotés des ressources appropriées, laboratoires compétents. Les éleveurs, qui constituent les sentinelles incontournables, doivent en outre être suffisamment indemnisés en cas d'abattage de leurs animaux pour être incités à déclarer les cas suspects. Il convient par ailleurs que le pays dispose d'une législation et d'une réglementation vétérinaires fortes.

Dans les pays où la maladie est malheureusement devenue endémique (Vietnam, Chine, Indonésie, certains pays africains par exemple), il est nécessaire de recourir à la vaccination stratégique ou généralisée, selon les cas, des volailles domestiques. Celle-ci n'est en revanche pas préconisée dans les pays indemnes, comme ceux de l'Union européenne.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Lors des Conférences internationales de Genève (novembre 2005), Pékin (janvier 2006), Vienne (juin 2006) et Bamako (décembre 2006) l'OIE, avec l'appui de la FAO, a convaincu la communauté internationale de la nécessité de lutter contre la maladie animale et de l'éradiquer. La moitié des fonds promis sera consacrée au secteur animal. L'OIE a également sensibilisé les donateurs sur l'importance de mener une politique durable de santé animale.

Les pays doivent en effet renforcer leurs services vétérinaires, dont l'action est reconnue comme un « bien public international » par la Banque mondiale. C'est le meilleur moyen de se prémunir contre les maladies émergentes et réémergentes.

Les services vétérinaires représentent un véritable instrument de santé publique. Le système de surveillance vétérinaire français constitue à cet égard un modèle du genre qu'il convient de préserver : les mesures prises en France ont permis de contenir la maladie (un seul foyer chez les volailles domestiques). Il convient d'aider les pays en développement à se doter de services vétérinaires aussi performants, en utilisant les normes sur la qualité et l'évaluation des services vétérinaires. Les évaluations qui seront effectuées par les experts spécifiquement formés permettront notamment aux bailleurs de fonds internationaux comme la Banque mondiale de cibler les investissements à réaliser.

L'OIE travaille en étroite collaboration avec la FAO et l'OMS dans plusieurs domaines dont celui de l'influenza aviaire, ainsi qu'avec la Banque mondiale et des organisations régionales (Commission européenne, Bureau interafricain des ressources animales de l'Union africaine, OPS[293], OIRSA[294], IICA[295], CVP[296], ASEAN[297], SAARC[298], CPS[299], OADA[300], etc.).

Avec la FAO, l'OIE a élaboré le programme GF-TADs (Cadre global pour la lutte contre les maladies animales transfrontalières) doté de mécanismes de gouvernance commune, notamment au niveau régional (comités de pilotage). Du fait de la crise de l'influenza aviaire, des Centres régionaux de santé animale animant des équipes d'experts ont été créés. Par ailleurs, un réseau scientifique mondial pour le soutien aux services vétérinaires dans le diagnostic et le contrôle de l'influenza

[293]OPS : Organisation panaméricaine de la santé.
[294]OIRSA : Organisation internationale régionale pour la protection des plantes de la santé animale.
[295]IICA : Institution interaméricaine de coopération pour l'agriculture.
[296]CVP: Comité vétérinaire permanent du Cône sud.
[297]ASEAN : Association des nations d'Asie du Sud-est.
[298]SAARC : Secrétariat de l'association d'Asie du Sud pour la coopération régionale.
[299]CPS : Secrétariat de la communauté du Pacifique.
[300]OADA : Organisation arabe pour le développement agricole.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

aviaire (OFFLU) regroupant des experts des laboratoires de référence a été créé par l'OIE et la FAO.

La collaboration avec l'OMS concerne essentiellement les zoonoses. Un système mondial OMS-OIE-FAO d'alerte précoce (GLEWS) a été lancé en 2006. Le Règlement sanitaire international (RSI), récemment adopté par les Pays membres de l'OMS fait explicitement référence aux zoonoses et à la nécessaire coopération avec les organisations en charge de la santé animale, même si l'on peut regretter qu'il n'aille pas plus loin dans la prise en compte des aspects vétérinaires.

Avec l'appui financier de la Banque mondiale, l'OIE a récemment lancé des études destinées à :

- chiffrer le coût de systèmes de prévention fondés sur un maillage territorial assurant la détection rapide des maladies animales et des zoonoses et la réaction rapide en cas d'événement sanitaire, en comparant ce coût à celui des grandes crises sanitaires,
- étudier la faisabilité d'un Fonds mondial destiné à appuyer les pays en difficulté, notamment pour indemniser les éleveurs dont les animaux sont soumis à l'abattage sanitaire,
- étudier la faisabilité d'un système mondial d'assurance et de réassurance pour garantir les grandes crises sanitaires.

Le résultat de ces études devrait permettre de convaincre les décideurs et les différents acteurs concernés de l'importance d'investir dans la surveillance, la prévention et le contrôle des maladies animales et d'adopter une politique durable de santé animale qui ne se limite pas à la seule gestion d'une crise comme c'est le cas actuellement avec l'influenza aviaire.

Les pays du G8 ont reconnu en juillet 2006 à Saint-Pétersbourg le rôle fondamental de l'OIE et des services de santé animale dans la lutte contre les maladies infectieuses.

Un seul pays défaillant en matière vétérinaire constitue un danger permanent pour le reste des pays du monde.

C'est pourquoi, les pays riches et les institutions financières doivent aider les pays en développement à se débarrasser de leurs maladies animales. Il est également nécessaire que les pays dotés d'une bonne organisation en matière vétérinaire appuient les pays déficients.

Le cadre d'action et les lignes directrices en matière de santé et de protection animales sont définies par l'OIE. Leur mise en œuvre, qui nécessite d'être coordonnée, concerne plusieurs organisations et structures, à l'échelle internationale et aux niveaux national et local. S'agissant des zoonoses, une étroite collaboration doit réellement s'établir entre monde vétérinaire et monde médical.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Références bibliographiques

Organisation Mondiale de la Santé Animale (2006), *Code sanitaire pour les animaux terrestres,* OIE, Paris, 704 p.

Organisation Mondiale de la Santé Animale (2005), *IVe Plan stratégique de l'OIE, 2006-2010*, OIE, Paris, 54 p.

Organisation Mondiale de la Santé Animale (2004), *Manual of Standards for Diagnostic Tests and Vaccines*, OIE, Paris, 1178 p.

Organisation mondiale de la santé (2005), *Règlement sanitaire international*

Site web de l'OIE : <http://www.oie.int>

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

TROISIEME PARTIE

TABLE RONDE

LA SANTE, BIEN PUBLIC MONDIAL ?

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

INTRODUCTION

Didier Truchet,

Professeur à l'Université Panthéon-Assas (Paris II),
Président de l'Association française de droit de la santé

En ouvrant cette table ronde, je voudrais d'abord remercier les organisateurs des XIV° rencontres internationales d'Aix-en-Provence pour l'honneur qu'ils me font en m'en confiant l'animation.

Un honneur d'autant plus immérité que je ne suis pas internationaliste !

Cette carence explique sans doute la perplexité que j'éprouve devant la question à laquelle nous devons tenter de répondre : « La santé, bien public international ? ».

Certes chacun voit immédiatement sur quoi nous sommes invités à nous interroger : la protection, et le rétablissement de la santé humaine comme éléments d'une société internationale solidaire.

Cependant, chacun des termes pose un problème intéressant, que je voudrais évoquer brièvement pour engager le débat avec les intervenants et le public.

De la santé, on a déjà tout dit. Il est à peine besoin de rappeler que la constitution de l'OMS en donne une définition très exigeante : *« un état de complet bien être physique, mental et social »*. Cette définition axiomatique et subjective, qui désigne un idéal inaccessible, paraît manquer des éléments élémentaires d'objectivité qui font les bonnes définitions juridiques.

Mais peu importe : on a appris, avec le temps, à s'en accommoder. Le *« droit à la santé »* ne saurait désigner une créance sur… on ne sait trop qui (l'État sans doute) dont l'objet serait cet état de complet bien être : il ne dépend de personne qu'il soit acquis et conservé. Le droit à la santé désigne bien plutôt le droit d'une part de vivre dans des conditions qui ne menacent pas la santé, d'autre part de recevoir des soins adaptés, si besoin est.

Et c'est probablement de cela que nous allons parler.

Mais cette santé peut-elle être un bien ? Elle n'est pas un bien au sens où le code civil parle par exemple des biens meubles ou immeubles ; pas plus que la vie elle-même, elle n'est d'ailleurs susceptible de propriété. La constitution de l'OMS voit juste lorsqu'elle parle d'un état. Un état n'est ni une chose, ni un statut : c'est une situation de fait, volatile, qui n'existe, pour un individu ou une population donnés qu'à un instant de raison. C'est aussi « quelque chose » sur lequel les États et les organisations internationales peuvent agir, pour le protéger ou l'améliorer.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Le sujet de la table ronde nous invite cependant à aller plus loin, car cet improbable bien, cet état plutôt, serait public. Voilà qui pourrait évoquer cette notion chère au droit international de « patrimoine commun ». Ce n'est pourtant pas exactement de cela qu'il s'agit. Le patrimoine commun s'applique en effet à des réalités qui ont une base physique, même s'ils comportent un dimension d'abstraction juridique : l'Arctique et l'Antarctique, l'espace extra-atmosphérique et les corps célestes, les fonds marins. À la santé, il manque cette base physique, matériellement délimitable. On pourrait alors songer à invoquer la notion de « patrimoine mondial », telle qu'elle est utilisée par l'UNESCO pour le patrimoine culturel ou naturel ou par l'ONU pour le génome humain. Mais, ici aussi, on a affaire à des « données » stables et pérennes, non à un état instable.

Aussi bien, le programme des Rencontres n'emploie ni le mot « patrimoine », ni les adjectifs « commun » ou « mondial ». Il parle de « bien public ». Parmi toutes les acceptions de l'adjectif « public », il convient d'en retenir deux et de les croiser. La première renvoie à l'État et aux pouvoirs publics, nationaux et internationaux, qui se doivent d'agir pour la santé. La seconde s'oppose à « privé ». Certes, la santé est pour chacun de nous une affaire privée, et même, l'une des plus privées qui soit. Mais la santé est aussi l'affaire de tous et doit être, dans la mesure où la nature le permet, ressentie par tous. On reviendrait par là au « commun » d'il y a un instant. Faut-il aller plus loin et voir dans « public » une récusation des intérêts privés, commerciaux, dans le champ sanitaire, notamment ceux de l'industrie pharmaceutique ? La table ronde répondra probablement à cette interrogation.

« International » se conçoit plus aisément. Que la préoccupation sanitaire dépasse les frontières, voilà une évidence très ancienne, plus actuelle que jamais. La perspective s'est singulièrement enrichie au fil des siècles. La préoccupation ancestrale n'était pas celle du partage d'un bien, mais d'une défense « égoïste » contre les pandémies, et elle inspire encore, légitimement, les instruments sanitaires internationaux et les réactions des États. Mais avec l'OMS est apparue une vision nouvelle : la solidarité internationale par et pour la santé, comme un élément de la paix dans le monde. Puis les ONG qui ont montré que cette solidarité sanitaire n'est plus seulement interétatique dans ses pratiquants comme dans ses bénéficiaires (mais, alors, reste-t-elle publique dans la première acception du terme ?).

Il est temps de conclure ces jeux de mots. J'ai conscience de leur gratuité. Je souhaitais seulement montrer, outre la richesse du thème qui nous est proposé, la difficulté pour un juriste de nommer, avec le vocabulaire classique du droit, des réalités complexes qui en montrent les limites et invitent donc à la réflexion et à l'imagination. C'est à celles-ci que les participants à la table ronde vont maintenant contribuer.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

1. QUELQUES REFLEXIONS SUR LES DISCOURS DE L'OMS RELATIFS A LA SANTE

Patrice Pinell,

Directeur de recherches à l'INSERM

La santé, bien public international ? Ayant accepté de participer à un débat dans le cadre de ces quatorzième rencontres d'Aix-en- Provence dont je ne connaissais que le thème général, « Les Nations Unies et les grandes pandémies » j'ai ressenti à la lecture de l'intitulé de la table ronde un certain désarroi – dont je suis soulagé de voir qu'il avait été partagé par les précédents intervenants. Confronté à cette « drôle de question », je n'ai pas vu d'autre recours que de me réfugier derrière cette protection qui s'offre au sociologue quand on lui demande son avis sur tel ou tel grand problème : ne pas répondre directement. Avec un argument épistémologiquement imparable, qui veut qu'un sociologue ne soit légitime que lorsqu'il répond à des questions sociologiques. Or, à l'évidence celle-ci ne l'est pas du simple fait que la santé n'est pas une notion (encore moins un concept) sociologique et qu'en outre elle n'est pas une notion très fermement établie puisque sa définition même fait l'objet de débats. Dans ces conditions, la première chose que doit faire un sociologue consiste à prendre ces définitions pour objet, à les rapporter aux positions de ceux qui les produisent et aux contextes dans lesquels elles sont produites. Or ce travail restant à ma connaissance en grande partie à faire, je n'ai guère la possibilité de m'appuyer sur les résultats d'une recherche. Au risque donc de ne dire que des choses bien superficielles, je me contenterai d'ébaucher quelques éléments de réflexion, inspirés par une lecture partielle de la littérature de l'OMS.

Les spécialistes OMS de la santé publique ont tendance à opposer ce qu'ils appellent une vision négative et une vision positive de la santé. La vision négative serait celle d'une fraction encore trop importante de la population qui considère la santé comme l'absence de maladie. Cette définition, les spécialistes la considèrent comme à la fois dépassée et trop restrictive. Dépassée parce qu'elle est enracinée dans une conception de la médecine uniquement centrée sur les maladies et les moyens de les guérir ; restrictive parce qu'elle est le fruit d'une approche purement individuelle de la question. On pourrait la résumer dans cette formule : « *je suis en bonne santé quand je ne suis pas malade et quand je ne suis*

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

pas malade, je n'ai pas besoin de la médecine ». On comprend bien que cette vision négative de la santé soit perçue aussi comme une vision négative des spécialistes de santé publique eux-mêmes, en ce qu'elle ne leur accorde guère de place. D'où le contentement qu'ils manifestent en commentant les enquêtes montrant que cette conception négative recule dans la population au profit de conceptions beaucoup plus positives. Le pluriel ici rend compte de la diversité de ces dernières dont la première et la plus célèbre est celle produite par l'Organisation Mondiale de la Santé au lendemain de la Deuxième Guerre Mondiale, qui fait de la santé *un état de bien être complet, physique, mental et social.* Louée pour son ambition quand ses détracteurs lui reprochaient de n'énoncer qu'un pur vœu pieu, cette définition a fait couler beaucoup d'encre. Aux antipodes de la précédente, elle fait tenir dans une même formulation deux choses à première vue opposées. D'une part, cette définition prend son sens au niveau de l'individu, elle fait de la santé un état de bien être, c'est-à-dire quelque chose d'éminemment subjectif. D'autre part, cette définition ouvre sur un formidable manifeste politique qui, en mettant en avant la légitimité d'intervenir sur le monde social pour le modifier au nom de la santé, fixe un horizon sans limites aux ambitions des toutes jeunes Nations Unies. Et, dans le même temps, elle accorde une importance sociale majeure aux activités de tous ordres des spécialistes de santé publique qui d'ailleurs vont trouver au sein même de l'OMS un ancrage politico professionnel et des possibilités de carrières dont certaines prestigieuses. On notera, en passant, que ce point n'est jamais pris en compte dans les analyses (même les plus) critiques des définitions que les grands organismes internationaux donnent de la santé.

Les critiques raillant la naïveté utopique finiront, dans un contexte de ralentissement de la croissance mondiale, par obtenir gain de cause. L'OMS change sa définition de la santé dans la Charte d'Ottawa de 1986, pour affirmer cette fois que : « *La santé est l'équilibre et l'harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine (biologiques, psychologiques et sociales). Ce qui exige d'une part, la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme qui sont qualitativement les mêmes pour tous les êtres humains, d'autre part, une adaptation sans cesse remise en question de l'homme à un environnement en perpétuelle mutation.* » Quelques années plus tôt était apparue en 1978 à la conférence d'Alma Ata, une autre notion, celle de *Santé pour tous*, fondée sur le concept *d'équité en santé*, notion réactualisée en 1995. L'objectif visé initialement à travers la *Santé pour tous* était de parvenir à ce que toutes les personnes dans le monde atteignent un niveau de santé leur permettant de mener une vie socialement et économiquement productive. Traduit en programme dans l'agenda *Santé au XXIème siècle*,

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

cet objectif se déclinera en termes *d'amélioration des modes de vie, de réduction des décès prématurés, mais aussi de recherche de plus grand bien-être, de meilleure qualité de vie, de pleine utilisation des capacités physiques, mentales, totales ou résiduelles des personnes, afin de retirer tous les avantages d'une vie saine et de faire face à la vie d'une manière saine* (*Glossaire européen en Santé Publique*, Commission Européenne). Il est évidemment impossible d'aborder ici la littérature considérable produite à partir de ces conceptions de la santé et je n'ai d'ailleurs examiné que quelques textes présentés comme importants. Même si cette prose est un peu indigeste à mon goût, elle est une véritable source d'intérêt pour le sociologue historien qui a le courage de s'atteler à sa lecture, en premier lieu parce qu'elle fait coexister et articule une quantité considérable d'idées reçues d'époques historiques relativement éloignées les unes des autres. Ainsi, les textes de l'OMS sacrifient à des vieux schèmes de pensée antérieurs à la naissance de la médecine anatomo-clinique. On retrouve la thèse aristotélicienne de la santé comme équilibre et harmonie à cette différence près que les quatre humeurs ont cédé la place aux trois notions qui nous servent aujourd'hui à traiter des rapports de l'homme au monde, celles de physique, de psychique et de social. On retrouve aussi l'idée encore plus ancienne de la santé dans ses relations à l'environnement. Il n'est peut-être pas sans intérêt de remarquer que l'Europe avait déjà connu au XVIII° siècle un retour en grâce de cette idée avec l'émergence du courant néo-hippocratique, courant qui en France allait promouvoir la « police médicale », la notion de police renvoyant à l'ensemble des moyens humains, institutionnels et matériels favorisant la mise au travail de la population « force productive ». N'est-ce pas précisément ce que proclame la *Santé pour tous*, que l'enjeu dans la bonne santé de tous c'est que chacun ait la capacité de produire ? Une différence fait toutefois que l'approche de l'OMS ne se décalque pas complètement de la médecine sociale des XVIII° et XIX° siècles. Cette dernière pensait la santé dans les termes d'un rapport entre une population localement circonscrite et de multiples conditions d'environnement tandis que l'OMS ne se réfère pas à une population, la population mondiale, mais à des personnes, toutes les personnes du monde. En pensant dans ces termes de personnes environnées d'environnements de toutes sortes, la *Santé pour tous* porte bien la marque de notre époque qui se refuse à traiter le collectif autrement qu'à partir de l'individu, c'est-à-dire comme une collection d'individus, sans propriétés spécifiques autres que celles d'un individu. Certes, le monde social n'est pas absent du discours puisqu'il est appréhendé comme un des environnements de l'individu. Ce faisant, ce monde social environnement tend à être perçu une « chose » étrangère à

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

l'individu, à être ressenti comme plus ou moins menaçant avec aujourd'hui ceci de particulier (la marque de l'époque) qu'il est changeant et que chacun doit s'y adapter en permanence. Notion clef servant à penser la relation de « l'individu » à « la société » l'idée d'adaptation est elle aussi bien de notre temps. Si Alfred Binet s'y référait comme au critère à partir de quoi l'intelligence pouvait être évaluée et mesurée, l'OMS la met en rapport de subordination à la santé. L'homme ne peut pleinement s'adapter à un monde en évolution permanente (un monde qui bouge dit le lieu commun) que si sa santé le lui permet, c'est-à-dire, trivialement, si elle est bonne. Or, sa santé ne sera bonne que s'il mène une « *vie saine* » et « *fait face de manière saine à la vie* ». Toutes choses qui vont nécessiter qu'il acquière ce que l'OMS conceptualise sous les termes « d'aptitudes de vie » (en particulier d'aptitudes personnelles pour la promotion de la santé) et de « compétences en matière de santé ». Et comment l'individu acquière-t-il ces aptitudes et ces compétences ? Essentiellement par l'instruction générale et l'éducation à la santé, cette dernière pouvant faire l'objet d'une formation donnée par des professionnels de la santé et de la communication ou être réalisée à travers des réflexions et des discussions de groupe (dans le cadre de structures de la santé communautaire). C'est avec l'éducation pour la santé en tant qu'elle permet de façonner des aptitudes pour la promotion de la santé et d'acquérir des compétences idoines, que l'OMS passe du niveau de l'individu (comme personne devant s'adapter à son environnement) à celui de « *toutes les personnes du monde* » ou si l'on préfère à celui de chacune des personnes du monde devant s'adapter à son environnement. Mais comment l'éducation pour la santé peut-elle permettre de passer de l'individu singulier à un collectif embrassant l'humanité tout entière ? Des formes d'organisations intermédiaires relayant l'action des professionnels de la santé et de la communication doivent être mises en place pour donner sa pleine mesure à la promotion de la santé, en particulier des associations d'usagers et des structures de santé communautaires. Les états nations ont un rôle important à jouer pour organiser au niveau national cette éducation de façon à ce qu'elle atteigne le maximum de personnes. Enfin bien sûr, l'OMS et les ONG sont indispensables pour coordonner les actions au plan international. Mais tout ce dispositif, dont on nous dit bien évidemment qu'il est encore très insuffisamment et inégalement développé, ne suppose pas seulement d'être amélioré pour être efficace. Il suppose que la vision des relations entre « l'individu » et « le monde social » qui le sous-tend soit une vision rendant compte de la réalité. Il suppose aussi que la façon dont est pensée l'adaptation de l'individu à son environnement soit pertinente, ce qui, *in fine*, pose la question de la conception de l'être humain qui s'exprime

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

dans la prose de l'OMS. Or, sur tous ces aspects fondamentaux, les positions de cet organisme international méritent pour le moins d'être examinées avec un esprit critique. Car si l'éducation pour la santé entend diffuser des normes de comportement fondées sur des connaissances scientifiques, la vision que propose l'OMS des humains - de leurs besoins, de leurs attentes, de leurs compétences – et de leurs sociétés, est, elle, très marquée par l'idéologie. On y trouve un individu se comportant comme un acteur rationnel, prompt à modifier dans le bon sens son comportement dès lors qu'il a été informé correctement. Cette croyance que la rationalité guide l'individu est fondamentale parce que, sans elle, la démarche de l'OMS n'aurait pas de sens. La propension à agir en étant guidé par la raison, et dans le cas de la santé par la raison scientifique, est la condition anthropologique nécessaire pour passer de l'individu à l'ensemble de l'humanité car c'est seulement si elle est un attribut propre à « l'individu », que tous les individus de la planète seront susceptibles de se comporter dans le sens de la promotion de la santé, « comme un seul homme ». Il y aurait encore beaucoup à dire sur la démarche grossièrement positiviste consistant à différencier les différents besoins en les hiérarchisant selon une pyramide (*besoins de maintien de la vie, de protection et de sécurité, d'amour, d'estime de soi et d'accomplissement personnel*). Ou sur cette conception « *qu'il y a qualité de vie lorsque les individus estiment que leurs besoins sont satisfaits et qu'ils ne sont pas privés de la possibilité d'être heureux et comblés*… ». Mais il me faut me tenir aux durées prévues des interventions, et j'arrête là la mienne.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

2. LA NOTION DE BIEN PUBLIC MONDIAL VUE DU DROIT INTERNATIONAL

Jean-Marc Sorel,

Professeur à l'Université Paris I Panthéon-Sorbonne

La notion de *bien public mondial* s'ajoute à une collection (déjà bien remplie) d'expressions utilisées pour signifier un phénomène dont la traduction juridique reste problématique. Comme l'un des reproches courants envers le droit international est d'idéaliser tout discours et de pratiquer un langage soutenu par un devoir être en lieu et place de la réalité, il est nécessaire d'être prudent et de préciser quelques aspects.

Le *bien public mondial*[301] (ou des synonymes proches) a tendance à envahir les programmes, déclarations ou textes proclamatoires divers. L'inflation n'étant pas forcément signe d'une adéquation plus grande envers la réalité, il convient, sans que l'exercice soit exhaustif, et simplement à titre d'illustrations, de collecter quelques *biens publics mondiaux* dans des textes récents, sous des formes assez diversifiées, et dans des domaines divers. Globalement, on retrouve cette appellation pour un phénomène mondial que l'on souhaite promouvoir, pour un système organisationnel que l'on souhaite préserver et développer, pour un bien matériel ou immatériel à protéger, ou pour un bien humain qui touche à l'intégrité de l'individu.

Le *bien public mondial* peut tout d'abord s'analyser comme un phénomène mondial que l'on souhaite promouvoir. Le domaine économique connaît cette appellation puisque, très officiellement, « *la stabilité financière* » a été promue *bien public mondial* (*Global Public Good*) par l'ancien Directeur du FMI, le français Michel Camdessus, lors d'une conférence à Washington[302], constat qui fut relayé par certains auteurs en raison de l'effet domino des crises financières internationales sur les économies nationales[303].

Il s'agit alors d'encadrer certains phénomènes comme *biens publics mondiaux* pour les soustraire à la pure loi du marché, et pour aboutir à

---

[301] I. Kaul, I. Grunberg, M. A. Stern, *Les Biens publics mondiaux : la coopération internationale au XXIème siècle*, Economica, Paris, 2002, 272 p.

[302] « International Financial and Monetary Stability : a Global Public Good ? », Washington le 28 mai 1999, <http://www.imf.org/external/np/speeches/1999/ 052899.htm>.

[303] Voir not. R. Boyer, M. Dehove, D. Plihon, « Les crises financières : analyse et propositions », *in Les crises financières*, Paris, La DF, 2004, p. 139.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

leur régulation contrôlée. Il n'empêche que c'est le plus souvent comme mesure défensive que ce bien est envisagé, à la fois comme défense d'une liberté et protection de celle-ci. Il n'est donc guère surprenant de constater certaines affirmations comme *« la mobilité humaine [en tant] que bien public mondial »*[304], ce qui permet de multiplier à l'infini les « biens » puisque chaque liberté, et chaque protection d'une liberté contre ses excès, par un effet miroir, peut devenir un tel bien.

Récemment, la Convention sur la protection et la promotion de la diversité des expressions culturelles signée au sein de l'UNESCO, rappelle sous une forme similaire : *« Consciente que la diversité culturelle constitue un patrimoine commun de l'humanité et qu'elle devrait être célébrée et préservée au profit de tous »* (préambule), ce que la CNUCED traduira comme un *« bien public mondial »* qui a besoin du soutien de la communauté internationale[305]. Si la confusion des appellations persiste, il faut comprendre que la protection de certains biens dans l'intérêt de l'humanité toute entière permet d'ériger ceux-ci en *« patrimoine commun de l'humanité »*, sous réserve (et elle est importante) d'une acceptation volontaire d'une convention particulière.

Mais ce même « bien » peut aussi correspondre à un système organisationnel que l'on souhaite promouvoir ou développer. La contagion a également atteint le domaine économique. Ainsi, Pascal Lamy, en tant que Directeur de l'OMC, pouvait déclarer à propos de sa perception d'une vision d'ensemble, qu'il s'agissait de : *« L'OMC en tant que système, en tant que bien public mondial »*[306]. C'est donc la préservation d'une sécurité économique et juridique autour du marché commercial qui est ainsi visée, alors que les adversaires de l'OMC pointent au contraire comme « bien public » les secteurs qui doivent être préservés du jeu marchand car considérés comme des « biens de civilisations »[307]. Dans un domaine connexe – même si différent – des voix s'élèvent pour faire d'internet un « Trésor public international » à travers un système de protection du *Domain Name System* (DNS)[308].

Plus classiquement, on retrouve ces « biens » sous une forme matérielle (ou désormais immatérielle). En effet, le *bien public mondial* est le plus souvent associé à un bien au sens matériel qu'il faut protéger en tant que

---

[304] Voir, par ex., les conclusions du Congrès « Mouvements humains et immigration » de l'ONG : IE Med (Institut européen de la Méditerranée), <http://www.mhicongress.org>.

[305] CNUCED, TD/L.379, 11ème session de Sao Paulo, 16 juin 2004.

[306] Entretien au quotidien *Libération* le 28 juillet 2006.

[307] Voir par exemple : F-X. Verschave (dir), *La Santé mondiale entre racket et bien public*, Charles Léopold Mayer Éditions, 2004, 345 p, qui considère que le système des brevets doit ainsi être écarté de la liberté du commerce.

[308] C'est notamment le cas de Robert Kahn, co-inventeur du protocole TCP/IP, qui souhaite une Administration publique internationale des fonctions essentielles de l'internet – DNS <http://www.firstmonday.org>.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

tel. Les préoccupations environnementales étant devenues aiguës, on ne sera guère surpris que voir qualifiée l'eau de « Bien commun public » ou même de « *préoccupation commune de l'humanité* », sans que ceci revête une signification juridique particulière. Il s'agit alors de considérer la responsabilité collective de l'humanité dans l'optique des générations futures[309], et ceci couvre désormais le vaste - mais parfois vague - mouvement en faveur de l'environnement. Ainsi, la Convention sur la diversité biologique du 5 juin 1992 se contente-t-elle de « *préoccupations communes* » (préambule) en lieu et place d'un « *patrimoine commun* » pour préserver le droit des États sur leurs ressources naturelles.

Plus « juridiquement », parce qu'appuyés sur des conventions précises, certains biens ont fait l'objet d'une protection particulière. C'est bien sûr le cas de la célèbre Convention de 1972 pour la protection du patrimoine mondial, culturel et naturel de l'UNESCO qui permet le classement de sites sur la base d'une déclaration de principes intégrée dans le préambule de la Convention : « *Considérant que certains biens du patrimoine culturel et naturel présentent un intérêt exceptionnel qui nécessite leur préservation en tant qu'éléments du patrimoine mondial de l'humanité toute entière* ». À sa suite, la Convention de 2003 pour la sauvegarde du patrimoine culturel immatériel, toujours sous l'égide de l'UNESCO, se dit « *Consciente de la volonté universelle et de la préoccupation partagée de sauvegarder le patrimoine culturel immatériel de l'humanité* » (préambule). Il est vrai que cette organisation n'est guère avare en matière de patrimoine commun puisque : « *En déclarant que la science et la technique sont des éléments du 'patrimoine commun de l'humanité', l'UNESCO tente de soutenir ces initiatives, sans prétendre en tirer des conséquences précises* »[310].

Enfin, notre « bien » peut aussi représenter un élément touchant directement l'intégrité de l'individu. La santé semble bien entrer dans cette dernière catégorie. Dès lors, la santé comme *bien public mondial* ressort de la catégorie des proclamations sans fondement juridique. Plus précisément, si la santé prise comme une globalité peut être considérée comme un patrimoine à protéger, le droit à la santé n'a guère de fondements en tant que tel, et c'est plutôt vers le droit d'accès à des services de soins qu'il faut orienter les revendications, tout en sachant que nous sommes très loin de cet objectif. D'ailleurs, les organismes concernés entretiennent eux-mêmes une certaine confusion puisque l'OIE souhaite que les services vétérinaires soient reconnus comme un « bien public international » (on est alors dans l'optique d'un système

[309] Voir, par ex., R. Petrella, *L'eau, bien commun public*, Les Éditions de l'Aube, avril 2004, 49 p ; ou l'ouvrage collectif : *L'eau, patrimoine commun de l'humanité*, L'Harmattan, Paris, 2002, 302 p.
[310] P. Daillier, A. Pellet, (Nguyen Quoc Dinh), *Droit international public*, LGDJ, Paris, 7ème éd., p. 1132.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

organisationnel à protéger), alors que certains États, dans le cadre de la grippe aviaire, estiment que la lutte contre ce virus relève du « bien public international » [311] (c'est alors plutôt un phénomène que l'on souhaite voir consacrer). Services de protection, mais aussi lutte contre un fléau, sont ainsi érigés au même rang.

Le *bien public mondial* porte ainsi des habits variés : défense d'une liberté, protection contre une liberté excessive, défense d'une système organisationnel, d'un bien matériel, immatériel, d'un « droit » (ou ressenti comme tel) touchant l'intégrité physique et, dans ce dernier cas, défense qui peut revêtir les postures précédentes. C'est donc à un véritable bric-à-brac que l'on est confronté, bric-à-brac qui brouille les pistes et les perceptions. « International », « Mondial », « Humanité » sont ainsi mis à contribution[312]. Si le terme « Mondial » est désormais préféré à « l'International » trop connoté vers l'interétatisme, « l'Humanité » est devenue le réceptacle suprême contre lequel rien ne peut être infléchi. L'un symbolise la mondialisation, l'autre les valeurs les plus élevées du monde dans lequel nous vivons. Il faut dire, qu'à l'inverse, le crime « contre l'humanité » a été récemment redécouvert pour stigmatiser les dérives les plus insoutenables. C'est en son nom que l'on condamne, c'est en son nom que l'on protège. L'humanité a donc bon dos mais c'est après tout le strict rôle d'un concept inatteignable[313].

Il faut déduire de cet enchevêtrement qu'il n'existe finalement que peu de *biens publics mondiaux* opposables à tous et gérés pour l'intérêt de tous. Juridiquement, on peut classiquement invoquer le « Patrimoine commun de l'humanité », appellation utilisée pour la Zone des fonds marins et inscrite dans la Convention sur le droit de la mer de 1982. Ce régime constituait une véritable innovation après les expériences d'internationalisation et de non appropriation de certains espaces : l'espace extra atmosphérique (y compris la lune et les autres corps célestes qui doivent être explorés et utilisés comme *« apanage de l'humanité tout entière »* et dont les ressources sont un *« patrimoine commun »*, Traité sur l'espace du 27 janvier 1967) ou l'Antarctique (régime conventionnel interétatique mis en place en 1959 qui empêche notamment toute appropriation). Contrairement à ces derniers, la Zone des fonds marins n'est pas seulement créée pour défendre un espace

[311] Voir le Communiqué de presse, « Les mandats de l'OIE en appui aux objectifs prioritaires de la Convention sur les armes biologiques et toxiques », Décembre 2006, <http://www.oie.int>.

[312] Voir notre communication, « De l'objet au sujet universel en droit international : la quête de l'impossible ? », à paraître dans G. Koubi (dir), *Sujets et objets universels en droit*, Presses Universitaires de Strasbourg.

[313] Voir notamment E. Jouannet, « L'idée de communauté humaine à la croisée de la communauté des États et de la communauté mondiale », *La mondialisation entre illusion et utopie, Archives de philosophie du droit,* Tome 47, 2003, pp. 191-232.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

contre l'appropriation d'États, mais aussi – même si ceci reste plutôt théorique – pour que tous profitent de ce patrimoine commun. À la fois *res nullius* et *res communis,* n'appartenant à personne et à tout le monde, ce patrimoine commun de l'humanité s'adosse à un régime juridique précis, et comporte pour la première fois la particularité de voir une organisation internationale gérer *ab initio* un territoire d'une manière non temporaire. Il reste que cette expérience n'a pas été renouvelée en tant que telle, et que les proclamations plus récentes (et tous azimuts) constatées sont plus redevables d'une sémantique politique ou économique (d'où provient souvent l'expression *bien public mondial*) que d'affirmations de régimes juridiques. La mondialisation implique de tout globaliser et le réflexe est alors d'élever un concept revendicatif à ce suprême niveau sans y attacher forcément une autre signification que celle de symboliser les interdépendances.

Face à un concept à vocation universaliste, le droit international peut enregistrer plusieurs attitudes. Soit il s'agit d'un concept à valeur normative adossé à une convention (le patrimoine culturel mondial), ou à une organisation (l'Autorité des fonds marins pour la zone des fonds marins), soit il s'agit d'un concept proclamatoire sous forme de simple vœu. Dans ce dernier cas, la proclamation est facilitée s'il s'agit d'une liberté et si l'obligation souhaitée est de ne pas empêcher cette liberté, mais elle est plus difficile s'il s'agit d'un véritable « bien » puisque la proclamation devra alors s'adosser à des prestations positives. Quoi qu'il en soit, on est alors souvent face à un langage de coton (et non une langue de bois !), c'est-à-dire face à une proclamation avec laquelle – sauf rares exceptions – tout le monde est d'accord. L'universel est un objet convoité en droit international, mais c'est rarement un sujet. La communauté internationale reste assez avare dans son expression commune normative comme le prouve l'aboutissement chaotique (et inachevé) de la norme impérative qui doit plus à une jurisprudence audacieuse qu'à l'affirmation des États[314].

Dans le domaine international, on peut incliner vers les grandes incantations à vocation universelle, ou préférer la politique des petits pas juridiques mis bout à bout (qui, de toute façon, sont souvent les préalables à une synthèse universelle). C'est affaire d'opinion ou de vocation, mais cela ne bouscule guère une réalité qu'il est souvent préférable d'aborder avec pragmatisme, ce qui ne signifie pas pour autant résignation ou cynisme, mais retour à un principe de réalisme qui reste un simple fait – malheureusement - incontournable.

[314] L'exemple de l'*obiter dictum* de la CIJ dans l'affaire entre la République démocratique du Congo et le Rwanda (arrêt du 3 février 2006), le démontre amplement.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

3. LA SANTE, BIEN PUBLIC MONDIAL ? LE POINT DE VUE DE L'ECONOMISTE

Nicolas Tanti-Hardouin,

Laboratoire de santé publique, Faculté de médecine de Marseille, Université de la Méditerranée

L'époque est irrésistiblement liée à la globalisation et à la mondialisation. Aussi surprenant que cela puisse paraître ces nouveaux mots des sciences sociales ne sont pas dus aux seuls économistes habitués, depuis les thèses libre-échangistes du XVIIIème siècle à envisager le progrès à travers la mobilité des hommes des capitaux et des idées, mais aux chercheurs en science de la communication inquiets de l'imposition d'une vocation universaliste. Pour seul exemple, citons le fameux livre de Marshall Mac Luhan, *The Global village*[315], qui identifie la planète à une communauté unique en devenir grâce à la magie des médias.

Ce que disent les économistes, c'est que le processus de mondialisation s'inscrit comme l'écrit F. Braudel dans la longue durée[316], que nous sommes déjà passé par la première mondialisation selon S. Berger[317], et que finalement, la globalisation des phénomènes économiques et sociaux doit suivre son cours puisqu'il est porteur d'un certain bien être pour l'humanité. En ce sens, la philosophie actuelle s'inscrit parfaitement dans celle des Lumières où l'échange international est garant de la diffusion de la prospérité[318] et porteur de progrès social.

Mais en l'absence d'un gouvernement mondial, le mouvement attise aussi bien des satisfactions que des inquiétudes. L'esquisse actuelle d'une gouvernance institutionnelle n'offre pas suffisamment de garantie pour envisager en toute quiétude la régulation de tout un système mondial. Face à cela, émerge une prise de conscience progressive d'une communauté de destin des habitants de la Terre, face à une globalisation des périls et à la nécessité de préserver un patrimoine commun.

---

[315] M. Mac Luhan, *The global village : transformations in world life and media in the 21st century*, Oxford University Press, 1989.

[316] F. Braudel, *La dynamique du capitalisme*, Éditions Arthaud, Paris 1985.

[317] S. Berger, *Notre première mondialisation : leçon d'un échec oublié*, Paris, Seuil, La république des idées, 2003.

[318] On se réfère aux grands auteurs classiques, Adam Smith, *Recherches sur la nature et les causes de la richesse des nations* (1776) et David Ricardo, *Des principes de l'économie politique et de l'impôt* (1817).

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

C'est dans ce contexte très récent qu'est né le concept de « bien public mondial » qui signifie que pour les organisations internationales il existe un certain nombre de droits dont aucun être humain ne devrait être privé. Le cadre international crée de nouvelles obligations ou du moins, il signifie clairement à tous les acteurs de la scène internationale que dans ce système interdépendant, le cadre national ne suffit plus pour résoudre des problèmes qui s'inscrivent sur une échelle dorénavant planétaire et dont la résolution ne peut–être que concertée. Comme l'écrit Eric Gauvrit, politologue, *« ces biens publics mondiaux appartiennent à l'ensemble de l'humanité et doivent être considérés comme éléments dont chacun est responsable pour la survie de tous »*[319]. Cette posture intellectuelle et humaniste nous rappelle simplement un processus largement identifiable dans les sciences économiques, à savoir que lorsque un nouvel espace marchand naît ou s'édifie, il fait immédiatement l'objet d'une appropriation par les forces du marchés lesquelles par définition ne s'intéressent qu'à ce qui est profitable à plus ou moins long terme. Et comme le disent B. Gazier et J-P Touffut, il y a des biens de nature sociale qui ne sont pas pris en charge par les forces libres du marché et dont le caractère nécessaire et indispensable apparaît vite comme réalité indépassable[320]. Pour s'en convaincre, rappelons que la mondialisation dès les années 80, s'est opérée sur une base de libre-échange et dynamisée par une doctrine purement néo-libérale qui a guidé la plupart des politiques macro-économiques dans le monde. Dès lors s'installe un manque pour des biens dont on ne peut douter un seul instant de leur caractère bienfaisant pour l'humanité et qui de surcroît créent de vraies synergies et de la vraie plus-value pour la logique marchande.

La définition « d'un bien public mondial » devient donc dans cette conjoncture, une vraie problématique dont il nous faut présentement analyser le contenu.

Pour cela, le texte qui suit s'articule autour de deux axes : d'abord, étudier le concept de bien public, lequel malgré la longue tradition existant en Economie Publique mérite d'être à nouveau réexaminé ; puis, nous y accolerons le qualificatif « mondial » afin de voir à quel type de biens nous avons à faire et si finalement, un tel concept nouveau est aujourd'hui opératoire.

---

[319] E. Gauvrit, « La santé, un bien public mondial », *Les Cahiers Français*, Développement et mondialisation n° 310, 2002.

[320] B. Gazier & J-P. Touffut, « Bien public, bien social », in *L'avancée des biens publics*, Albin Michel, Paris, 2006.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

a) La théorie des biens publics : une longue tradition de l'économie politique

Le fait n'est pas nouveau : une ancienne tradition domine en économie politique sur l'existence de biens « atypiques » que le marché ne désire pas produire. L'origine de cette idée remonte à Hume et surtout A. Smith, pour qui la société peut trouver des avantages à produire collectivement des biens qui s'avèrent dénués de tout intérêt lorsqu'ils sont élaborés par un seul individu. L'exemple que donne A. Smith dans *La Richesse des nations* est celui d'un pont dont l'édification ne présenterait aucune véritable rentabilité pour l'initiative privée. L'École classique va jusqu'à assigner à la puissance publique le triple devoir d'assurer la défense nationale, de garantir la justice et de pourvoir au financement des travaux et des institutions qui facilitent le commerce de la société, à savoir les infrastructures routières et portuaires.

C'est au milieu des années 60 cependant que l'économiste Paul Samuelson pose la définition canonique d'un bien public[321]. Les biens ou services collectifs constituent une classe importante de biens économiques constate P. Samuelson et il faut caractériser l'allocation optimale des ressources destinée à produire de tels biens. C'est ainsi que l'on distingue communément aujourd'hui deux catégories de biens de consommation : les biens privés et les biens publics.

Les premiers font l'objet d'une appropriation individuelle et leur utilisation peut engendrer des encombrements ou des congestions. Ils se caractérisent surtout par le principe de rivalité et le principe d'exclusion par le prix. Le principe de rivalité signifie que deux agents ne peuvent pas bénéficier en même temps du même bien. On les appelle également biens divisibles car les avantages qu'ils procurent à l'utilisateur dépendent de l'utilisation qu'en font les autres.

Les seconds concernent les biens de consommation collective ou biens collectifs qui correspondent à l'ensemble des biens économiques dont plusieurs consommateurs jouissent en même temps. En général, on les identifie aux biens publics car ils sont produits par les pouvoirs publics. Cela veut dire qu'ils se caractérisent par le fait que le principe de rivalité ne s'applique pas ou encore par leur indivisibilité. Dit plus simplement, à la différence des biens privés, la consommation d'un bien public par un agent économique ne réduit pas la quantité disponible du bien en question pour les autres agents économiques.

Un bien public (ou collectif) sera dit « pur » s'il possède les deux propriétés essentielles suivantes : la **non-exclusivité** et la **non-rivalité**.

---

[321] P. Samuelson, « The pure theory of public expenditure », *Review of Economics and Statistics*, 1955.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Par la première expression, on entend qu'aucun agent économique ne peut être exclu du bénéfice de la production du bien ; par la seconde on désigne le fait que la consommation du bien par une personne ne diminue en rien la possibilité pour une autre de le consommer.

Ces données sont maintenant largement admises par tous les économistes. Ainsi, dans un article récent[322], Bernard Gazier et Jean-Philippe Touffut sont très clairs : *« Pour les économistes, le caractère public d'un bien tient d'abord à sa disponibilité et à son allocation. Pour appartenir à cette catégorie, un bien ou un service doit être par deux propriétés. La première est appelée 'non-rivalité' : elle tient à ce que la consommation par un individu n'en réduit pas la quantité pour un autre. La seconde propriété est la 'non-exclusivité' : s'il est difficile, voire impossible d'exclure d'un bien un usager qui se refuserait à payer, alors ce bien est dit 'non excluable' ».*

Concrètement, de quels biens s'agit-il ?

L'exemple le plus utilisé est celui de la défense nationale. Elle constitue l'exemple parfait d'un bien public pur dans la mesure où chaque nouveau citoyen en bénéficie (non-exclusion) sans que cela restreigne le niveau le niveau de protection dont bénéficient les autres membres de la collectivité nationale (non-rivalité). Au-delà de la défense nationale, les biens publics les plus fréquemment cités sont la sécurité intérieure, la recherche fondamentale, les politiques de stabilisation, les programmes de lutte contre la pauvreté, la réglementation, la redistribution des revenus, les normes et les conventions.

Il existe néanmoins un grand nombre de biens publics qui ne sont pas purs, c'est-à-dire pour lesquels l'exclusion est possible, mais qui ne sont pas rivaux (exemple : un parc naturel) ou bien qui sont rivaux mais pour lesquels aucune exclusion n'est envisageable. Dans le premier cas, on parle de « biens mixtes » ou de « biens de club » et dans le second cas, de « biens communs ».

On a affirmé pendant longtemps que ces biens publics ne pouvaient être produits par le marché et qu'ils étaient dévolus à la seule production étatique. Ce principe a été contesté par certains économistes dont Inge Kaul qui écrit *« que la production de biens publics dépasse aujourd'hui le seul rôle de l'État. Elle est de nature hybride : en partie privée – elle implique les marchés et les entreprises ; en partie publique – elle accorde une grande attention au principe de subsidiarité et pose des questions à l'État au niveau moral ; et en partie bénévole – avec l'appui des*

[322] Article précité. p. 9.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

associations caritatives, de la société civile, des normes et de la culture sociales ainsi qu'avec divers types d'organismes »[323].

Une autre dimension importante et innovatrice qu'évoque l'économiste : les biens publics sont aussi des constructions sociales qui évoluent dans le temps et dépendent également du cadre institutionnel dans lequel ils s'inscrivent. On a bien vu ces dernières années l'importance des mouvements sociaux et des actions collectives (pression de l'opinion) dans l'émergence et la constitution de certains biens publics.

Et qu'en est-il du bien santé ?

Institutionnellement, le bien santé est produit aussi bien par des instances privées que publiques. Les systèmes de protection sociale mis en place à la fin de la seconde guerre mondiale ont opté pour des voies différentes quant à la fourniture du bien santé : tout oppose le National Health Service anglais et les systèmes plus libéraux du reste de l'Europe.

On sait par ailleurs que dans la lutte contre les grandes infections (la malaria, le paludisme par exemple), on a l'intervention d'une multitude de partenaires public-privés qui interviennent dans la production de biens et services préventifs ou curatifs.

Ce qui a retenu l'attention de l'économiste de la santé est que selon le type de production du bien santé (ou du système de couverture sociale y afférent) on pouvait avoir des problèmes d'équité et d'accès au soins. Le marché des soins et services médicaux devient très vite excluant pour une partie non négligeable de la population pour des raisons non seulement économiques mais aussi socio-culturelles (le niveau d'éducation étant un marqueur très discriminant).

Mais ce qui aux yeux de l'économiste est plus grave est que la consommation du bien santé est source de fortes externalités négatives qui entraînent – s'il n'y a pas intervention des pouvoirs publics - des situations sous-optimales en termes d'allocation des ressources collectives. Le cas le plus classique est celui de la vaccination ou de la prise en charge de maladies contagieuses qui imposent l'action régulatrice de l'État.

b) Le cas des biens publics mondiaux

Conçue initialement pour le strict cadre de l'économie nationale, la notion de biens publics s'est vue, depuis quelques années, transposée sur le plan international, sous la dénomination de « biens publics mondiaux ». Ce dernier concept signifie, pour les organisations internationales, qu'il existe un certain nombre de droits dont aucun être humain ne devrait être privé.

---

[323] Inge Kaul, « Une analyse positive des biens publics », *in L'avancée des biens publics op. cit.*, p. 39.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Ces biens publics mondiaux résultent de la mondialisation des échanges et de la prise de conscience progressive d'une sorte de communauté de destin des habitants de la Terre, face à une globalisation des périls et à la nécessité de préserver un patrimoine commun. De nombreux biens entrant par exemple dans le développement durable sont étiquetables comme biens publics mondiaux. Cette détermination est issue de l'action revendicative menées par des mouvements sociaux, des scientifiques et des gouvernements qui est à l'origine du constat de la dangerosité de certaines pratiques humaines qui affectent le climat, la biodiversité... On peut donc dire que ces biens sont avant tout fondés sur la conscientisation de certains problèmes dont l'acuité interpelle différents acteurs.

C'est ainsi que de nombreux intellectuels sont intervenus pour dénoncer les abus et les domaines où la dénomination de biens publics mondiaux devaient à terme s'imposer. C'est tout particulièrement le cas de la réflexion du Prix Nobel de sciences économiques, Joseph Stiglitz qui donnait des exemples de biens publics mondiaux comme la stabilité économique mondiale, la sécurité internationale, l'environnement mondial, l'assistance humanitaire et la connaissance.

J. Stiglitz[324] s'est d'ailleurs rendu célèbre en stigmatisant l'action de certaines organisations internationales qui, à l'origine, ont été créées pour assurer de la stabilité dans la conjoncture internationale (c'est le cas tout particulièrement de la Banque Mondiale et du Fonds Monétaire International).

En effet, la mondialisation des échanges s'accompagne inexorablement de perturbations qui affectent l'ensemble des économies en interdépendance. Il existe donc des échecs du marché mondial liés à des externalités. On sait que dans le cas d'un échec du marché, lié aux biens publics ou aux externalités négatives, le rôle potentiel du gouvernement entre en jeu car il est nécessaire. Mais actuellement, comme le reconnaissent bon nombre de commentateurs[325], ces dernières années, on a vu se développer un système ad hoc de prise de décision et de politiques publiques internationales qu'on peut qualifier de « *gouvernance mondiale sans gouvernement mondial* ». Cette gouvernance s'exprime par un ensemble compliqué d'arrangements se traduisant par des traités comme ceux de Montréal ou de Kyoto. Cela nécessite évidemment la coopération entre États.

Inge Kaul se montre très précise à cet égard : *« la théorie des relations internationales veut que la coopération internationale repose dans une large mesure sur une base associative. Il existe nombre de raisons pour que les États recherchent à coopérer entre eux. Mais il existe aussi plus d'acteurs*

---

[324] J. Stiglitz, *Economics of the public sector*, New York, 1986 ; J. Stiglitz, *La grande désillusion*, Collection de poche, 2002.

[325] Voir par ex. les positions de C. Henry, X. Greffe, P. Herzog dans *L'Avancée des biens publics*, *op. cit.*

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

transnationaux parmi les électeurs nationaux, a la fois dans la société civile et dans les affaires. Ils souhaitent voir leur État promouvoir la coopération internationale sous des formes diverses. Pourtant, les échecs de l'État dans la coopération internationale proviennent de motifs informels ou d'attitudes égoïstes des politiques. Mais ils découlent aussi du caractère globalement public de ces biens, qui peut inciter chacun des États à jouer son propre jeu ou à chercher des stratégies pour éviter de prendre sa part des coûts de production de tel ou tel bien »[326]. Ce qui veut dire qu'un État peut avoir lui aussi le comportement d'un « passager clandestin » qui consiste à bénéficier d'un accord par exemple sans en payer le prix !

Pour revenir à une approche strictement économique, J. Stiglitz considère que l'internationalisation des économies entraîne l'importance croissante des biens publics mondiaux.

À ce niveau de l'analyse, ce qu'on peut conclure de ces diverses réflexions est que la définition d'un bien public mondial n'est pas aussi précise et stricte que le lecteur pourrait souhaiter. La raison est que cette notion nouvelle de bien public mondial est en train de se construire sous nos yeux. C'est ainsi que le champ de la santé a offert ces dernières années quelques illustrations marquantes et significatives qui vont maintenant permettre de mieux définir les contours de ce concept nouveau de « bien public mondial ».

Ainsi, par bien des aspects, la santé s'inscrit, elle aussi, dans les grands mouvements internationaux. Elle fait partie des intérêts communs de l'humanité. Comme le dit Didier Fassin, *« la santé devient partout objet de préoccupation des États, de négociations et de conflits entre des collectivités internationales, nationales ou locales, en somme objet d'un souci public* »[327].

c) Les grandes avancées dues à la santé comme bien public mondial

Ici, nous reprenons à notre compte quelques illustrations marquantes de ce phénomène : l'accès aux anti-rétroviraux pour les malades des pays du Sud, le problème de la recherche et du développement pour certaines pathologies spécifiques, la propagation internationale des maladies transmissibles.

• *Droits de propriété intellectuelle et accès aux médicaments essentiels*

Comme le suggère Inge Kaul, l'émergence et la reconnaissance d'un bien comme bien public mondial doit beaucoup à des mouvement sociaux qui contestent certaines situations manifestement insupportables ou même

[326] Inge Kaul, article précité, p 50.

[327] Didier Fassin, « La globalisation et la santé – éléments pour une analyse anthropologique », *in Systèmes et politiques de santé*, Bernard Hours (dir.), Karthala, 2001.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

parfois par remise en cause par les États eux-mêmes de certaines pratiques commerciales.

Un bien peut devenir progressivement public si sa production devient défaillante ou insuffisante par rapport à une demande d'urgence et à des besoins qui paraissent vitaux pour l'humanité. Tel a été le cas des anti-rétroviraux, médicaments efficaces dans le traitement du Sida mais largement sous-produits dans un premier stade de leur fabrication.

On connaît largement les véritables ravages que fait aujourd'hui le Sida dans de nombreux pays du Sud, plus spécifiquement en Afrique ; les dégâts de cette pandémie sont terribles en terme de morts mais elle constitue également, au rythme où elle de propage, une remise en cause de la croissance et du développement de ces pays.

Quelques chiffres seulement traduisent cette dure réalité : l'OMS estime qu'aujourd'hui prés de six millions de personnes vivant avec le VIH/Sida n'ont pas un accès équitable aux soins, notamment aux médicaments anti rétroviraux. En Afrique, continent le plus touché par la pandémie, seulement 2% des malades qui ont besoin de ces traitements en bénéficient.

Dès lors, une bataille juridique s'est engagée entre les tenants d'une conception des médicaments anti-rétroviraux comme « bien public mondial » accessible à tous les malades du monde entier et ceux dont les grands groupes pharmaceutiques qui considèrent de tels médicaments comme protégés par des droits de propriété commerciale. Tout a commencé en 1994 avec les accords de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) qui impose les fameux accords ADPIC (Accord sur les aspects de droit de propriété intellectuelle relatifs au commerce, appelés TRIPS pour les anglo-saxons). Le but est clair : imposer des brevet d'une durée minimale de vingt ans applicables à partir de 2006. Cet accord est important mais il laisse le temps aux pays à faible revenu de s'adapter. De plus, il était prévu - surtout pour les PMA et les pays du Sud- de pouvoir faire jouer deux mécanismes : les importations parallèles et les licences obligatoires.

C'est dans le cadre de la conférence ministérielle tenue au Qatar en novembre 2001, que l'OMC a adopté la déclaration de Doha qui considère que chaque État membre a le droit de délivrer des licences obligatoires et a la liberté de déterminer les motifs pour lesquels il décide de le faire. Chaque État membre a également le droit, dans des situations d'urgence nationale, d'utiliser l'objet d'un brevet sans l'autorisation de son titulaire, et de déterminer ce qui constitue une urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence, étant entendu que les crises de santé publique liés au VIH/SIDA, à la tuberculose, au paludisme et à d'autres épidémies peuvent être inclus dans cette définition.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

L'obtention d'une licence obligatoire signifie que les droits d'un détenteur de brevet sont limités, notamment dans le cas d'intérêt général (urgences, priorités de santé publique...). En vérité, l'enjeu principal ici porte sur le prix des médicaments largement inaccessible pour de nombreux pays du Sud quand on sait par exemple que le coût annuel d'une trithérapie est de l'ordre de 10 000 dollars par an et par malade.

Le conflit a bien eu lieu au cours de l'année 2001 lorsque des groupes pharmaceutiques ont porté plainte contre le gouvernement d'Afrique du Sud qui avait voulu recourir aux importations parallèles pour les médicaments contre le sida.

De même, les groupes industriels pharmaceutiques américains se sont retournés contre le Brésil qui voulait utiliser une licence obligatoire. La résistance a été internationale avec le tollé soulevé par l'affaire d'Afrique du Sud (avec une célèbre pétition qui a recueilli en un mois pas moins de 270 000 signatures). La contestation a été portée a la fois par les ONG dont Médecins sans Frontières et la société civile. Le résultat a été conséquent : retrait des plaintes et chute radicale du prix d'une trithérapie qui s'élève aujourd'hui à 300 euros !

Il faut dire aussi qu'entre temps avait eu lieu l'affaire de l'anthrax aux États-Unis (menace terroriste) et qu'il fallait constituer à bon prix des stocks aux États-Unis contre ce type de menace. Or, le laboratoire Bayer avait une sorte de monopole pour l'antibiotique CIPRO (avec un coût de production excessif). Comme le rappelle Claude Henry[328], les États Unis n'ont pas hésité à menacer de recourir à une licence obligatoire leur permettant de fabriquer eux-mêmes le produit.

Depuis lors, des accords se mettent en place entre pays pour arriver grâce à l'existence d'industries pharmaceutiques nationales à produire des génériques dont on sait que le coût est bien moins grand (Inde, Thaïlande, Brésil).

Mais la bataille est loin d'être totalement gagnée pour maintenir l'esprit de Doha : les organismes des pays membres doivent encourager leurs gouvernements à suivre la mise en œuvre de la Déclaration de Doha sur les ADPIC et la santé publique, et notamment les efforts de l'OMS pour trouver des solutions aux problèmes de certains pays qui ont des difficultés à recourir aux licences obligatoires. Il devient essentiel aujourd'hui d'évaluer la capacité des pays en développement, en particulier ceux à faible revenu, de se prévaloir de l'accord sur les ADPIC pour améliorer leur accès, à un coût raisonnable, aux médicaments protégés par des brevets qui sont essentiels pour la santé des pauvres.

---

[328] C. Henry, « La connaissance comme bien public mondial et comme préalable à la production des biens publics mondiaux », *in L'avancée des biens publics, op. cit.*, p 167-179.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

• *Recherche et Développement*

Pour l'économiste Claude Henry, la connaissance est un bien public mondial et représente un préalable à la production de biens publics mondiaux. La cause est entendue surtout dans le domaine de la santé car la création et la diffusion de connaissances au sein du système de santé jouent un rôle fondamental dans la prévention et le traitement des maladies. Ainsi, les pays pauvres sont très défavorisés à cet égard : ils profitent le moins des activités de recherche consacrés à la production de nouveaux traitements, vaccins et autres techniques de diagnostics et ils n'ont pas les ressources suffisantes pour financer des recherches sur les maladies importantes dont souffrent leur population. La fameuse Commission dirigée par J. Sachs « Macroéconomie et Santé » a établi une sorte de typologie des grandes maladies :

- les maladies communes aux pays riches et aux pays pauvres (diabète, hépatite B, rougeole) : ici, entente et négociation doivent porter sur les prix puisque les incitations à la recherche sont bonnes ;
- les maladies communes aux deux groupes de pays mais qui touchent majoritairement les populations des pays à faible revenu, comme le VIH/SIDA. Comme on l'a vu plus haut, la double stratégie de la disponibilité et du prix est vitale ; mais ce dont on est sûr, c'est que l'ensemble des efforts en recherche et développement sont sans communes mesures avec le poids de la morbidité et de la mortalité qui pèsent sur les pays pauvres ;
- enfin, les maladies spécifiques aux pays pauvres des régions tropicales (le paludisme, la maladie de Chagas, la maladie du sommeil, l'onchocercose, la drépanocytose) où, évidemment, les ressources allouées à la Recherche et Développement sont faibles. Ces maladies ont un statut similaire à celles des maladies « orphelines » au nord qui n'intéresse pas l'industrie pharmaceutique à cause de la faiblesse du retour sur investissement. La mise de fonds pour mener à bien de telles recherches indispensables à la survie et au bien-être d'une grande partie de l'humanité représente un peu l'archétype d'un bien public mondial qui sollicite de nombreux partenaires. La création du Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme constitue à coup sûr une démarche de gouvernance féconde dans la production de bien public mondial.

Mais reconnaissons immédiatement que la conjoncture économique et financière n'a pas permis de doter le fonds de toutes les ressources dont il aurait besoin pour une action efficace. Néanmoins, cela constitue une avancée appréciable.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

• *Propagation et éradication internationale des maladies transmissibles*

Deux idées sont ici à retenir.

D'abord, l'éradication des maladies est un exemple de bien public mondial « pur » car une fois la maladie éliminée, tous les pays sont gagnants et il n'y a plus de rivalité entre eux pour le partage des bienfaits. Ce gain est de surcroît durable si l'on en croit les exemples de la variole et de la poliomyélite (les effets sont d'abord immédiats en termes de réduction de dépenses sanitaires et surtout par les effets sur la croissance économique à venir). Par exemple, depuis que la variole a été éradiquée définitivement en 1979, on évalue que 30 millions de vie ont été sauvées et que les économies qui en découlent s'élèvent à 275 millions de dollars chaque année. Pour la poliomyélite, son élimination totale permettrait selon l'OMS, une économie de 1 milliard de dollars par an sur les coûts de vaccination dans le monde entier. Des objectifs internationaux dotés de moyen à la même dimension devrait voir le jour afin de mettre fin aux autres pathologies (ou du moins à la réduction significative du nombre de cas) comme la filariose, la lèpre, la dracunculose, le tétanos, la maladie de Chagas et la rougeole.

La deuxième idée est que, parallèlement aux activités de Recherche et de développement dans le médical, des mesures de surveillance, de prévention et de lutte constituent un bien public mondial fondamental pour la santé. Sur le plan international, cela fait appel à une action collective qui doit porter entre autres sur la surveillance des maladies, la maîtrise de la résistance aux antimicrobiens. On sait l'importance du dispositif de surveillance des épidémies avec l'ampleur croissante des migrations, du développement du commerce international des produits alimentaires et des animaux qui représente un risque de propagation des maladies transmissibles dans le monde (le syndrome respiratoire aigu sévère en est un exemple frappant comme première épidémie internationale du XXIème siècle). Or, l'efficacité de ce dispositif dépend des moyens disponibles au niveau national et régional. Des systèmes sanitaires aux capacités insuffisantes ou qui fonctionnent mal dans un pays sont une menace pour les autres, et dans le cas des maladies transmissibles, la production du bien public mondial suppose donc que des efforts soient faits pour renforcer « le maillon le plus faible du dispositif ». Or, ce maillon est représenté par les pays pauvres.

Un dernier exemple de cette stratégie internationale revient à essayer d'enrayer la propagation des pharmacorésistances par des programmes d'informations en direction du secteur sanitaire mais aussi auprès des agriculteurs (les antibiotiques utilisés dans la lutte contre les maladies ou comme activateurs de la croissance chez l'animal contribuent à la résistance des germes chez l'homme). L'action de renforcer les capacités de régulation des pays à faible revenu qui n'ont pas suffisamment de ressources pour

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

mener à bien de telles politiques d'information et de surveillance dans le domaine pharmaceutique, notamment pour la surveillance de l'usage des antimicrobiens et la maîtrise des pharmacorésistances, est un exemple de bien public mondial relatif à la santé.

À ce stade de la réflexion sur la santé comme bien public mondial, le lecteur peut être perplexe du fait qu'il ne possède pas, comme il l'aurait souhaité, une définition rigoureuse et stricte du bien public mondial et qu'il prend conscience que dans le domaine de la santé en particulier de très nombreuses et variées situations se prêtent aujourd'hui à bénéficier de la dénomination de bien public mondial. Cette insatisfaction relative trouve son origine dans le fait que la mondialisation est un processus en cours et qu'il faut de la part des acteurs de la scène internationale, quel que soit leur statut (États, institutions et organisations internationales, membres de la société civile) afficher une capacité et une volonté pour faire accepter à la communauté internationale différents aspects de l'activité sanitaire comme un bien public mondial. Dans le champ privilégié de la santé l'enjeu n'est pas simplement économique ou politique, il concerne avant tout le destin de l'humanité.

Références bibliographiques

Alternatives Sud, *Les obstacles à 'la santé pour tous'* », Point de vue du Sud, Syllepse, 2004

Conseil d'Analyse Economique, *La France et l'Aide Publique au Développement*, Rapport de D. Cohen, S. Guillaumont-Jeanneney et P. Jacquet, Documentation Française, Paris, 2006

E. Gauvrit, « La santé, un bien public mondial ? », *Les Cahiers Français*, n°310, Développement et Mondialisation, Septembre-Octobre 2002

E. Gauvrit, « L'OMS : la santé et le fossé Nord/Sud », *Les Cahiers Français*, n° 302, La crise des organisations internationales, La Documentation Française, Mai-Juin 2001

B. Hours (dir.), *Systèmes et Politiques de santé, De la Santé Publique à l'Anthropologie*, Karthala, 2001

I. Kaul, I. Grunberg, M.A. Stern, *Les Biens Publics Mondiaux. La coopération internationale au XXIème siècle*, Economica, 2002

I. Kaul, P. Conceiçao, Le Goulven K., R.J. Mendoza ed.), *Providing Global Public Goods : Managing Globalization*, New York, Oxford University Press, 2003

P. Kourilsky, *Optimiser l'action de la France pour l'amélioration de la santé mondiale,* collection des rapports officiels, Documentation Française, Paris, avril 2006

OMS et OCDE, « Promouvoir la production des biens publics mondiaux dans le domaine de la santé », Rapport Pauvreté et Santé, *Les Problèmes Economiques*, n°2818, Juillet 2003

J. Sachs, *Macroéconomie et santé : investir dans la santé pour le développement économique*, Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé, Résumé d'Orientation du rapport, Genève, OMS, 20 Décembre 2001

J.-F. Touffut, *L'avancée des Biens Publics – Politique de l'intérêt général et mondialisation*, Albin Michel Economie, 2006

F.-X. Verschave (dir.), *La santé mondiale entre racket et bien public,* éd. C.L. Mayer, 2004

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

4. LA SANTE, D'UN BIEN PUBLIC INTERNATIONAL A UN DROIT FONDAMENTAL INTERNATIONAL

Brigitte Feuillet,

Membre de l'Institut Universitaire de France,
Professeur à la Faculté de droit et de science politique de Rennes

Pour pouvoir se prononcer sur le bien-fondé de la qualification de *bien public international* attribuée à la santé, il est intéressant d'étudier ce qui a pu justifier cette dénomination afin de voir si cette appellation répond exactement à l'attente exprimée. À défaut, la recherche d'une qualification plus adéquate mérite d'être entreprise. En effet, attaché à la sécurité juridique que doit garantir le Droit, le juriste a tendance à se méfier des mots utilisés. Trop souvent, le législateur opte pour des termes qui, malgré l'apparence, ne garantissent pas ce qu'ils laissent penser. En l'occurrence, nous nous proposons de démontrer que la référence à un *bien public* n'est pas judicieuse.

Pour essayer de voir si la santé constitue un bien public international, il est utile de commencer par définir ce que cette notion recouvre. *A priori*, elle n'apparaît pas comme un bien mais comme un élément de la nature[329]. On naît et on vit avec une santé (plus ou moins bonne). De ce fait, la communauté (qu'elle soit nationale ou internationale) ne peut garantir la santé elle-même mais seulement sa préservation, sa protection[330]. D'ailleurs un certain nombre de textes se réfèrent à ces expressions[331].

Cette protection est importante car le domaine de la santé s'est considérablement étendu depuis un certain nombre d'années[332]. Elle vise,

---

[329] C'est un fait de la nature.

[330] « Le droit à la santé », J. Moreau, *AJDA*, 1998, p. 185.

[331] Le onzième alinéa du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 se réfère à *« la protection de la santé »*. Cette disposition a valeur constitutionnelle. « La garantie de la protection du droit à la santé et ses limites », X. Prétot, Ed. Juris-Classeur, *Droit du travail*, août-septembre 1995, p. 2. La Déclaration universelle sur le génome humain du 11 novembre 1997 vise *« l'amélioration de la santé »* (art. 12) et « *la protection de la santé publique* » (art. 15). De même, l'article 35 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne du 18 décembre 2000 est consacré à « *la protection de la santé* ». La Convention européenne de biomédecine du 4 avril 1997 fait allusion à « *l'accès équitable aux soins de santé* » (art 3) et la Déclaration universelle sur la bioéthique, elle, se réfère à « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre* » (art. 14.2).

[332] Notamment, la notion de sécurité sanitaire, liée à l'idée de protection contre les risques, influence de plus en plus la définition du droit à la santé. « Une solution dans le débat sur le droit à la santé ? Le droit à la sécurité sanitaire. Approche de droit international », in *Droit de la santé*, M. Belanger, p. 268.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

d'abord, la prévention qui a pour objectif d'éviter la maladie. L'éducation à la santé et le développement de la médecine préventive (avec les vaccinations, les dépistages...) en sont les principaux outils. Elle concerne, ensuite, les soins apportés aux malades (assurés par la médecine curative). Ce domaine est à dimension variable. En effet, pour la seule médecine[333], entre les soins curatifs proprement dits et les soins de confort (chirurgie esthétique) en passant par ceux qui ne soignent pas véritablement mais qui permettent d'assurer un certain mieux-vivre (exemple : les procréations médicalement assistées), la perception du soin peut considérablement varier. La définition de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (« *assurer un complet bien-être physique, mental et social* ») prend ici toute sa dimension car la médecine permet aujourd'hui d'assurer un certain bien-être social de l'individu. La chirurgie esthétique l'illustre excellemment.

La préservation de la santé passe, enfin, par le développement de la recherche biomédicale qui multiplie les connaissances en matière de prévention et de lutte contre les maladies.

Face à l'ampleur de la définition de la santé, il est intéressant de voir si la qualification de bien public international se rapporte à l'ensemble ou seulement à certains volets. La question est alors de savoir si la communauté internationale doit se mobiliser sur ces différents points. Pour y répondre, l'analyse de l'expression *bien public international* est nécessaire. Chaque terme mérite d'être étudié mais notre volonté de démontrer en quoi la référence à la notion de *bien* est contestable justifie de commencer par l'analyse des deux qualificatifs du bien.

La santé serait un bien « public ». Ce premier attribut suggère deux idées.

D'abord, il sous-entend que l'intérêt général est concerné et que l'accès de tous au bien visé, ici la santé, doit être assuré. Le parallèle entre *bien public* et *service public* est enrichissant. Il permet de comprendre que le fondement de l'accès de tous à la santé repose sur un certain humanisme[334] mais aussi que cet accès est un « construit social » et non un objet naturel. Ce dernier enseignement est précieux car il démontre que la construction sera celle que la société entendra édifier et qu'elle nécessitera des choix sociaux[335]. Par exemple, au XIXème siècle, le travail a été érigé en *bien public* avec la proclamation d'un droit au travail et la

---

[333] La médecine n'est qu'un des éléments permettant d'assurer la santé des individus.

[334] L. Duguit a démontré que l'humanisme a conduit la France à une notion de service public. *Traité de droit constitutionnel*, L. Duguit (1921-1928), Paris, Fontemoing, repr. 1972.

[335] « *L'identification et la gestion d'un bien public dépendent d'une succession de choix* » : B. Gazier et J.-P. Touffut, « Bien public, bien social », in *L'avancée des biens publics. Politique de l'intérêt général et mondialisation*, p. 12.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

mise en place d'un système institutionnel original[336]. Ainsi, il appartient à la collectivité internationale de définir ce qu'elle veut assurer à tous en matière de santé.

Ensuite, le qualificatif « public » renvoie à l'intervention de l'autorité publique[337]. L'intérêt général étant en jeu, il est de la responsabilité de la collectivité d'assurer la santé de tous. Néanmoins, cette immixtion indispensable de la communauté internationale n'est pas exclusive de l'intervention d'autres acteurs. En effet, si la participation de la communauté internationale doit se traduire en actions, elle doit aussi conduire à motiver voire à inciter beaucoup d'autres partenaires privés à intervenir à ses cotés. L'action de la communauté internationale, notamment par les directives qu'elle peut donner et imposer, est capitale[338].

De nombreux partenaires doivent être associés : les entreprises privées, les associations caritatives et même la société civile. En effet, aujourd'hui, cette dernière n'hésite plus à dénoncer ou à boycotter et cette action influence les entreprises privées qui craignent une diminution du marché mais aussi l'État qui se voit sommer de se préoccuper davantage de problèmes à long terme ou de questions débordant les frontières territoriales. La production de biens publics dépasse désormais le rôle des États. Elle est en partie publique, en partie privée avec une dimension économique (car elle implique les marchés et les entreprises) et une dimension bénévole[339]. Appliqué à la santé, cela impose que tous les acteurs, dont les entreprises pharmaceutiques, soient partenaires, quitte à forcer ce partenariat par des directives. Par exemple, pour être efficace, la lutte contre la maladie passe par l'élaboration de médicaments. De ce fait, le processus de la production de ces remèdes implique un soutien public à la politique de santé (notamment par l'allocation de subventions) mais aussi un développement des produits appropriés. Or, celui-ci est majoritairement pris en charge par les entreprises pharmaceutiques. Parallèlement, le financement est assuré par un grand nombre d'acteurs publics ou privés (y compris les fondations privées). La contribution de chacun participe à la réussite du projet, à savoir garantir le bien public. Mais l'autorité publique doit rester le fournisseur essentiel.

---

[336] *Condition de l'homme moderne*, H. Arendt, trad. fr. de *The Human Condition* (1958), Paris, Calmann-Lévy.

[337] En général, l'État ; ici la communauté internationale.

[338] Actuellement, le rôle de la collectivité publique à l'égard des autres partenaires semble essentiellement se limiter à la production de simples motivations même s'il s'accompagne de soutiens aux acteurs individuels.

[339] « Une analyse positive des biens publics », I. Paul, in *L'avancée des biens publics. Politique de l'intérêt général et mondialisation*, p. 37.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Le deuxième qualificatif (*international*[340]) signifie que la santé relève de la communauté internationale et que la portée de l'action est mondiale. La vertu publique du bien dépasse alors les frontières.

Mais si la référence à ce terme donne à l'expression globale sa dimension dans l'espace, elle lui confère aussi une dimension temporelle. L'idée d'un intérêt général mondial conduit à considérer que non seulement tous les pays, toutes les populations doivent pouvoir bénéficier d'une protection de la santé mais que toutes les générations sont également concernées (celles d'aujourd'hui et de demain).

Après avoir analysé les deux qualificatifs (public et international), intéressons-nous au mot essentiel : la santé serait un *bien*. Si l'on écarte le sens du mot *bien* en tant que bienfait qui n'est pas visé ici[341], la langue française[342] mais aussi le Droit[343] nous conduisent à l'idée de chose matérielle et de patrimoine (donc de valeur marchande). Il est difficile d'admettre que la santé puisse être un tel bien dans la mesure où elle n'est pas une chose réelle et où elle n'a pas, en elle-même, de prix. Seuls ses éléments de mise en œuvre ont une dimension économique (la santé a un coût, les médicaments relèvent du secteur économique...).

Il est vrai que la notion ici visée est plus large puisqu'il s'agit de *bien public international.* Cette expression est utilisée principalement par les économistes[344]. Les juristes, eux, s'y réfèrent peu[345], excepté les internationalistes qui reprennent ce concept adopté par les organisations internationales[346].

L'examen de la doctrine utilisant cette notion montre, qu'à côté de quelques biens matériels (ex : la terre), deux types de biens sont principalement concernés. Les premiers, les *biens publics positifs*, sont des priorités de développement. À ce titre, sont évoqués la croissance du

---

[340] Il s'agit d'un « bien public international ».

[341] Le Dictionnaire *Le Petit Robert* donne deux sens au mot « bien ».

[342] « *Chose matérielle susceptible d'appropriation, et tout droit faisant partie du patrimoine* », Dictionnaire *Le Petit Robert.*

[343] *Vocabulaire juridique*, Association Henri Capitant, sous dir. G. Cornu, PUF : *« relativement à une personne, tous les éléments mobiliers ou immobiliers qui composent son patrimoine, à savoir les choses matérielles qui lui appartiennent et les droits (autres que la propriété) dont elle est titulaire »*.

[344] Les économistes en discutent le contenu. *L'avancée des biens publics. Politique de l'intérêt général et mondialisation*, sous dir. J.-P. Touffut, Bibliothèque Albin Michel Économie, 2006. Les économistes considèrent que qu'un bien public a deux caractéristiques : la consommation des services n'exclut personne et ses usagers ne sont pas rivaux.

[345] Cette expression n'est pas visée dans le *Vocabulaire juridique* (ouvrage précité). Pourtant, dans ce vocabulaire, après la définition du terme « bien », une liste de biens spécifiques est donnée (celui de « bien public » n'apparaît pas). La seule expression ayant un lien avec le public est les « biens domaniaux » (biens du domaine public). Il est intéressant que la déclaration universelle de bioéthique du 5 octobre 2005 utilise la qualification de *bien* mais de « bien social et humain » (art. 14-2 a de la déclaration).

[346] *Global Publics Goods. International Cooperation in the 21st Century*, Inge Kaul, Oxford University Press, 1999; *Le retournement du monde*, B. Badie et M.-C. Smouts, Presse de sciences po et Dalloz, Paris, 1999, p. 206.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

niveau d'éducation ou du savoir, la lutte contre les épidémies, la recherche ou, plus récemment, la bioéthique. Les seconds sont les *biens publics négatifs* comme, par exemple, la lutte contre le terrorisme. En fait, d'une manière générale, sont visés, d'une part, tout ce qui peut améliorer l'efficacité des économies de marché[347] et, d'autre part, ce qui mérite une mobilisation de la communauté internationale car, à défaut d'intervention à ce niveau, l'existence de chacun des membres peut être mise en cause. Cela démontre que ce concept de *bien public international* vise, en fait, un objectif à atteindre et qu'il n'est pas strictement économique mais également politique[348].

Au vu de l'analyse que l'on vient d'effectuer, il apparaît que l'expression de « bien public international » a été utilisée pour répondre à une idée : la protection de la santé doit être un objectif à atteindre, pour tous et pour toutes les générations, par la communauté internationale. Or, le recours au terme de *bien public international* pour symboliser cette intention témoigne d'un certain nombre de confusions.

En premier lieu, il semble qu'il y ait un enchevêtrement entre les buts de la communauté internationale et les moyens de les atteindre. En effet, la santé (sa protection) est un objectif. Elle peut donc difficilement être un bien, terme qui suggère un instrument. L'expression qualifiant la santé de *bien* ne semble donc pas satisfaisante.

En second lieu, une confusion semble également s'effectuer entre les biens dont serait responsable la communauté internationale (comme la nature, les biens culturels : patrimoine de l'humanité) et les droits fondamentaux que cette même collectivité doit garantir aux individus de la planète. L'éducation ou la santé ne sont pas des biens matériels assimilables à la terre. Or, en les qualifiant de biens, qu'ont voulu ceux qui ont eu recours à cette appellation ? Assurer à tous ces objectifs (l'éducation ou la santé). Or, la notion de bien n'est pas la seule à pouvoir permettre l'accès de tous à quelque chose. Celle de *droit* peut contribuer à la même mission. Ce qui doit être assuré dans notre hypothèse est la protection de la santé. Il s'agit donc de reconnaître un droit à tout individu[349]. D'ailleurs, lorsque les organisations internationales utilisent le concept de bien public mondial, elles entendent proclamer qu'il existe un certain nombre de *droits* dont aucun être humain ne devrait être

---

[347] C'est à ce titre que les normes internationales sont elles-mêmes qualifiées de biens publics mondiaux.

[348] « La santé, un bien public mondial ? », E. Gauvrit, *Développement et Mondialisation, Cahiers français*, Documentation française, 2002, n°310, « Les conditions politiques et sociales du développement », p. 84.

[349] « Origine et histoire du concept de santé en tant que droit de la personne humaine », M. Belanger, in *Droits de l'homme, bioéthique et santé*, Journal International de bioéthique, 1998, n°3, p. 57. *Réflexions sur le droit de la santé*, C. Sauvat, PUAM, 2004, p.43.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

privé[350]. Dans son rapport de 2003 sur la santé, les Nations Unis se réfèrent au « droit à la santé » pour traiter de la question de l'accès aux traitements pour les personnes atteintes du Sida[351].

Les idées qui ont inexactement justifié le recours à la notion de bien public, à savoir que la santé est « objet d'un souci public »[352], un des « intérêts communs de l'humanité »[353], trouvent leur adéquation avec la qualification de *droit fondamental.*

Ainsi, plutôt que de parler de « la santé, bien public international », il semble plus cohérent de se situer sur le terrain des droits et de parler de «protection de la santé, droit fondamental international ». Au-delà de la recherche d'une *justesse* des termes utilisés, il semble important de ramener la santé sur le terrain des droits (plutôt que de le laisser sur celui des biens) car parler de *droit à la protection de la santé* est un moyen d'introduire les droits de l'homme dans un domaine où la technologie et l'économique dictent de plus en plus les règles[354].

La lutte contre les épidémies relève de ce droit à la protection de la santé. En revanche, si pour garantir ce droit à tous lorsque, par exemple, la vie des personnes est en danger (sida), il est utile de disposer de médicaments, le recours à la notion de *bien public international* retrouve toute sa cohérence pour viser et mettre ces médicaments à la disposition de tous[355].

Ainsi, la construction de la protection de l'humanité peut se calquer sur celle de la personne[356]. Comme cette dernière, l'humanité peut être protégé par des droits (le droit à la protection à la santé en est un) et par un patrimoine (protection de la terre, des biens culturels...).

Reste alors deux questions essentielles à débattre : le rôle attendu de la communauté internationale quant à ce droit et l'instance chargée de cette mission.

Au vu de l'ampleur de la tâche (du fait du champ étendu de la santé, de la dimension mondiale mais aussi trans-générationnelle de la mission),

---

[350] *Global Publics Goods. International Cooperation in the 21st Century*, Inge Kaul, Oxford University Press, 1999.

[351] Assemblée générale des Nations Unies, 2003.

[352] « La globalisation et la santé. Eléments pour une analyse anthropologique », D. Fassin, in *Systèmes et politiques de santé*, sous dir. De B. Hours, Paris, ed. Karthala, 2001, p. 30.

[353] « Pour une refondation de l'aide au développement », P. Jacquet, Le Monde, 3 septembre 2002.

[354] « Quelques réflexions sur la reconnaissance du droit à la santé dans les systèmes internationaux et régionaux des droits de la personne », J.-L. Baudouin, *Journal International de bioéthique*, 1998, n°3, p.76.

[355] L'actuelle confrontation entre, d'une part, les tenants d'une conception des *médicaments antisida* comme « bien public mondial » devant être accessible à tous les malades et, d'autre part, les compagnies pharmaceutiques défendant leurs droits commerciaux doit être analysée sur le terrain des conflits de droits. « Droit de la santé et droits de la propriété intellectuelle : l'accès aux médicaments dans les pays en voie de développement », C. Le Gal, *Revue Droit de la santé*, mai-juin 2005, n°3, p. 456.

[356] À travers la reconnaissance de la personnalité juridique.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

le rôle essentiel de la communauté internationale doit se limiter à sa mission classique d'incitation des États à agir pour préserver la santé des personnes. La contribution de la communauté internationale au développement de l'homme et à l'aménagement de la vie sociale ne peut passer que par une politique d'incitation des États.

Mais, face à l'importance de certains enjeux, notamment des risques de dérives liés au développement des sciences et des techniques, une mission nouvelle devrait incomber à la communauté internationale : énoncer des règles impératives. La démarche est entreprise mais elle est encore loin d'aboutir[357]. Le domaine de cette mission d'autorité doit être extrêmement restreint. Il doit se limiter au fondamental, à savoir la préservation de l'homme, de l'espèce humaine. Il pourrait éventuellement être étendu à la protection de droits fondamentaux reconnus comme devant faire l'objet d'une protection juridique universelle si la communauté parvenait à reconnaître l'existence de tels droits (la dignité humaine ?[358]). En effet, n'est-ce pas retiré à un individu (ou à une partie de la population mondiale) sa part d'humanité que de ne pas lui donner un traitement qui l'empêchera de mourir alors que la communauté internationale en dispose ? La question mérite d'être posée[359].

Quant à la question de l'instance (ou les instances ?) chargée de ces missions, elle mériterait de faire l'objet d'un large débat face à l'évolution de notre monde. En effet, si l'Organisation Mondiale de la Santé constitue aujourd'hui l'organisme essentiel, son rôle est contesté[360]. Or cette démarche risque de se heurter à l'ancestrale et si contemporaine difficulté de toucher à l'existant...

---

[357] L'adoption de la Déclaration universelle de bioéthique du 5 octobre 2005 va en ce sens, mais ce texte n'est, pour le moment, que déclaratif.

[358] « *Le principe de dignité de la personne humaine est à l'origine des droits qui sont reconnus à l'homme* », voir *Constitution et éthique biomédicale*, sous dir. de B. Mathieu, N. Lenoir et D. Maus, Documentation Française, Paris, 1998, p. 49. Le Conseil constitutionnel a reconnu une valeur constitutionnelle à ce principe du respect de dignité humaine (Conseil Const., 27 juillet 1994, *RJCI*, p. 592).

[359] « Précision normative sur le droit de la santé », C. Sauvat, *RTDCiv*, 2006, n°24.

[360] L'OMS a été dépossédée notamment de son leadership dans le domaine de la santé publique mondiale par ONUSIDA.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

5. LES LIMITES DE LA GLOBALISATION DE LA LUTTE CONTRE LES PANDEMIES

Antoine Leca,

Professeur à l'Université Paul Cézanne,
Directeur du Centre de droit de la santé d'Aix-Marseille (EA n° 3242)

Avant toutes choses, il m'est agréable de remercier les organisateurs de ces journées et notamment Rostane Mehdi, qui m'a fait l'honneur et l'amitié de me convier à ces Journées aixoises, devenues aujourd'hui incontournables.

Sans revenir sur l'analyse juridique de l'intitulé de cette table ronde[361], qui a été magistralement opérée par Brigitte Feuillet-Liger et Louis Dubouis, son sujet m'a vivement interpellé.

En effet, je me suis d'abord demandé à partir de quand la santé était devenue « une affaire internationale ».

Si l'on accepte de mettre côté les aspects liés au droit de la guerre[362] et, depuis 1864, les conventions de Genève, qui revêtent un aspect à la fois humanitaire et sanitaire, la réponse à la question ne souffre aucune difficulté : il faut remonter à la pandémie de grippe espagnole[363], qui a contribué à donner naissance à l'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations et à la Commission des épidémies[364], laquelle s'est attelée à la lutte contre le typhus en Europe orientale. D'ailleurs un très grand nombre de citations de documents d'époque pourraient être mentionnées et paraître très actuelles (réserve faite du terme d'hygiène, préféré alors à celui de santé) : « *Chacun se rend compte aujourd'hui que les problèmes d'hygiène publique sont parmi ceux qui se prêtent le plus à une collaboration internationale... les problèmes de l'hygiène étant, de par*

---

[361] La conception de la santé comme bien public mondial (qui n'est certainement pas une notion de juriste) est aujourd'hui très présente dans les médias et sur la toile.
<http://www.heci.gouv.fr/lecture/synthese/sy002.html> ;
<http://www.oie.int/fr/OIE/organisation/fr_vet_serv.htm>,<http://www.afri-ct.org/article.php3?id_article=1454>, etc.).

[362] J.-F. Mattéi, *Les lois de la guerre et l'encadrement juridique des conflits terrestres entre nations au XVIII° siècle (1700-1819). Introduction à l'histoire du droit international,* Thèse Droit Aix, 24 septembre 2005, PUAM, Aix-en-Provence, 2007.

[363] J.-C. Careghi, *« L'épidémie de grippe espagnole (1918-1921) »,* dans A. Leca & F. Vialla (dir.), *Le risque épidémique,* Actes du II° Colloque national *Droit, Histoire, Médecine et Pharmacie,* PUAM, Aix-en-Provence, 2003, pp. 161-181.

[364] M. Bélanger, *« L'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations »,* dans *Le risque épidémique, op. cit.,* pp. 201-231.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

leur nature même, d'ordre universel et absolument étrangers aux questions politiques... etc.».

Le parallèle est d'autant plus frappant que les débuts du droit international de la santé ont été marqués par une approche défensive de la santé, conçue pour lutter contre les épidémies. D'où l'insistance sur la notion d'hygiène, regardée comme le premier rempart face à la contagion.

Certes, depuis sa constitution en 1948, l'OMS s'est efforcée depuis de mettre en place un dispositif en quelque sorte offensif, destiné à assurer la santé publique et d'abord en instaurant une politique de prévention vis-à-vis des « maladies-cibles », telle que la variole. Force est de constater que la campagne de 1967 qui la concernait a été un succès pour l'Organisation, dans la mesure où le dernier cas connu de cette terrible infection a été localisé en 1977 en Somalie.

Au final, sans vouloir remettre en cause la nécessité d'approfondir la coopération internationale dans le domaine de la santé, il est clair que les résultats les plus marquants de l'OMS ont précisément été obtenus dans la lutte contre les épidémies, même si hélas beaucoup reste à faire contre le paludisme et la tuberculose, auxquelles s'était déjà attachée l'OHSDN à compter de 1923 et 1928.

C'est donc finalement avec beaucoup de pertinence que les organisateurs de ce colloque ont choisi le thème de ces Journées, car la lutte contre les pandémies est le passé et l'avenir nécessaire du droit international de la santé.

Cet axe théorique m'a inspiré deux remarques, auxquelles je vais me limiter afin de ne pas sortir du cadre imparti :

- en premier lieu, cette nécessité de coopérer mondialement se heurte à des limites au plan international,
- en second lieu, cette nécessité n'exclue pas celle d'un engagement étatique fort, car la sécurité sanitaire reste un devoir de l'État.

a) Les limites à la globalisation sanitaire internationale

Il s'agit là d'obstacles bien connus, dont la plupart ne sont pas spécifiques au domaine de la santé, comme le problème du financement des activités internationales.

Il faut également mentionner les désaccords existant sur l'articulation entre les intérêts sanitaires et les intérêts commerciaux, qui se pose jusqu'au sein des communautés régionales les mieux intégrées, comme l'Union européenne.

On ne dira jamais assez que l'instabilité et la mutation des souches infectieuses rendent utopique l'idée d'éliminer totalement et définitivement un virus. D'ailleurs on rappellera que, par une singulière

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

ironie des choses, la variole a quitté le devant de la scène en Afrique[365] au moment même où le sida allait y paraître[366]. Ce sinistre croisement a le mérite de nous faire nous remémorer que l'homme ne parviendra jamais à une maîtrise absolue de la maladie. La médecine devra toujours rechercher de nouvelles armes contre de nouveaux ennemis, dont certains sont directement issus du constructivisme humain. Demain, il y aura encore de nouvelles épidémies, on commencera par ne pas y croire, les autorités nieront la chose ou lui donneront un nom rassurant, puis on cédera à la panique et après, le mal s'atténuera et disparaîtra...

Enfin, malgré la convention de 1972 sur l'interdiction des armes biologiques signée par les États-Unis, l'ex. Union soviétique et les grands pays occidentaux, il existe aujourd'hui une menace bioterroriste bien tangible. Et celle-ci peut aisément échapper aux contrôles internationaux : une ampoule de toxine botulique peut tuer à la dose ingérée de 0,0003 mg et on sait que la substance est stable dans l'eau froide durant une semaine ! Un virus peut d'ailleurs être dissimulé dans un aérosol[367].

Dans ces conditions, il ne fait aucun doute que la sécurité sanitaire reste fondamentalement une mission étatique.

b) La pertinence du cadre d'action étatique

Un certain nombre d'exemples anciens, bien connus des épidémiologistes, attestent de la pertinence des mesures nationales : on peut en donner comme exemples la variole en 1870 et la grippe espagnole en 1918-1920.

En 1870, l'armée prussienne avait été vaccinée contre la variole, pas l'armée française qui a payé cette carence criminelle de 23.400 décès supplémentaires. La vaccination antivariolique n'a été rendue obligatoire en France que par la loi du 15 février 1902. Pour mémoire, il faut se souvenir qu'en 1914-1918, nos troupes ayant été immunisées, on ne déplorera cette fois que douze cas de variole et un seul décès intervenus dans leurs rangs[368].

Lors de la pandémie de grippe espagnole, qui a causé quarante millions de morts en dix-huit mois, dont 400 000 en France, les autorités coloniales ont limité la propagation du fléau à l'Afrique, qui a été peu

---

[365] Des souches varioliques subsistent aujourd'hui. Officiellement, il n'existe que deux sites où le virus est conservé (en accord avec l'OMS): en Russie, près de Novossibirsk, et à Atlanta aux États-Unis.

[366] M.-D. Grmek, *Histoire du sida*, 2°éd., Payot, 1995, p. 20. La maladie a été identifiée en 1981, dénommée à l'été 1982 et son virus a été découvert en janvier 1983 à l'Institut Pasteur (*ibid.*, pp. 37, 71 ss. et 117 ss.)

[367] T.-S. Renoux, *« Quelles réponses juridiques au bio-terrorisme? »*, dans A. Leca & F. Vialla (dir.), *Le risque épidémique, op. cit.*, pp. 325-342.

[368] Y. Baille, *« Histoire de la vcination antivariolique »*, dans A. Leca & F. Vialla (dir.), *Le risque épidémique, op. cit.*, pp. 139-143.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

touchée. L'exemple des Samoas dans le Pacifique peut être mentionné : les Samoas orientales sous administration américaine ont été préservées par la quarantaine, les Samoas occidentales, sous administration néo-zélandaise, ont été frappées de plein fouet, causant la mort de 22% de la population de l'archipel.

Plus près de nous, il est possible aussi que lors de l'émergence du SRAS, les mesures énergiques prises par la RPC aient joué un rôle de frein. On se gardera toutefois de citer en exemple la cour suprême chinoise qui a admis, dans certaines conditions, la condamnation à mort de quiconque refuserait de se faire contrôler ou soigner, ce qui aurait donné lieu à une exécution au moins[369].

En effet, compte tenu de l'intensité des échanges humains dans le monde d'aujourd'hui, il ne faut pas compter pouvoir faire barrage par des mesures étatiques de contrainte et de quarantaine.

On privilégiera plutôt deux axes : disposer étatiquement des moyens de riposte nationale pour les pandémies prévisibles, pour lesquelles on dispose d'un outil thérapeutique, et donner à la recherche pharmaceutique les moyens de progresser parallèlement aux sinistres métamorphoses qui affectent les souches infectieuses.

Dans le premier cas, il est souhaitable et possible de disposer de stocks de vaccins pour pouvoir répondre à une menace bioterroriste. En cas de résurgence de la variole, nos amis américains pourront vacciner 288 M. de personnes en cinq jours. Pourrons-nous faire de même avec le plan Biotox?[370]

En ce qui concerne les vaccins de conception récente protégés par un brevet, le droit internationalement applicable permet aujourd'hui de dupliquer ces molécules protégées. En effet l'accord ADPIC (sur les *Aspects de la propriété intellectuelle qui touchent au commerce)*, signé à Marrakech le 15 avril 1994 dans le cadre de l'OMC[371] et entré en vigueur le 1°janvier 1995, permet à un pays membre « *dans des situations d'urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence* » de déroger à la protection des brevets[372]. Au lendemain de l'alerte à l'anthrax, subie par les États-Unis[373], la déclaration de Doha du 14

---

[369] C. Chaigne, B. Dreyer, B. Suzan, « La Chine s'est éveillée », Association des Auditeurs de l'Institut des Hautes Études de Défense Nationale, Région Marseille-Provence. AR9, 1er juin 2005, p. 6.

[370] <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/biotox/cont_variole.htm>.

[371] Décret n° 95-1242 du 24 novembre 1995 portant publication de l'accord de Marrakech instituant l'Organisation mondiale du commerce (ensemble quatre annexes) *JORF*, n° 275, du 26 novembre 1995, p. 17314.

[372] C'est ainsi qu'au Brésil et en Afrique du Sud (où 4 millions d'enfants et d'adultes soit 10 % de la population est frappée par le virus du sida) des lois ont permis la production de médicaments génériques imitant librement des médicaments protégés par un brevet.

[373] Jusqu'à la crise bioterroriste intervenue à l'automne 2001, les États-Unis étaient très hostiles à la duplication « illégale » des médicaments *princeps*. Soucieux de se protéger contre une épidémie de la

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

novembre 2001[374] a opportunément précisé que rien ne pouvait empêcher les États membres de prendre des mesures pour protéger la santé publique de leurs populations, pas même la protection des brevets[375].

Le deuxième axe souhaitable est de permettre à l'industrie pharmaceutique de dégager les moyens nécessaires à l'innovation. Or, en France la fiscalité du médicament est de plus en plus lourde et dissuasive. En effet, elle a pratiquement doublé entre 2002 et 2006, passant de 592 à 1065 millions d'euros, ce qui a entraîné une chute de la croissance[376]. Depuis 1986, la rentabilité de ce secteur a été généralement comprise entre 3 et 5 % du chiffre d'affaire, alors que dans certains pays, notamment là où elle bénéficie d'une faible taxation des bénéfices industriels, comme au Royaume-Uni[377] et aux États-Unis [378], elle atteint ou dépasse 10 %. La Fédération américaine[379] enregistre plus d'*Autorisations de Mise sur le Marché* que l'Agence européenne du médicament[380] et notre pays représentait il y a deux ans à peine 7% des molécules développées en Europe[381]. En général, les Européens ont pris conscience que se jouait là, en dernier lieu, la question de la dépendance future de l'Europe dans le domaine des médicaments, car 90% des *biotechs* (sociétés de biotechnologie) se situaient dans le champ de la pharmacie et d'ici 2010, un nouveau médicament sur deux dans le monde devrait être issu des biotechnologies[382].

À travers le droit des brevets, le Vieux Continent s'apprête à verser une rente annuelle colossale à des sociétés étrangères, ce qui aura de surcroît un effet cumulatif pour la recherche biotechnologique américaine et japonaise. On ne paraît pas en avoir conscience en France, où l'industrie pharmaceutique est traitée comme une vache à lait, voué par vocation à financer le « trou de la Sécu ».

---

maladie du charbon, intervenue à cette date, le gouvernement américain a menacé les laboratoires Bayer de recourir à des copies génériques du *Cipro*. Il en est sorti l'accord de Doha de novembre 2001 par lequel l'O.M.C. a admis que rien *« ne puisse empêcher les membres de prendre des mesures pour protéger la santé publique »* de leurs populations, pas même la protection des brevets. On notera que la notion de « *crise de santé* » adoptée est remarquablement large et qu'elle ne se limite plus à l'urgence sanitaire.

[374] <http://www.wto.org>.

[375] <http://www.freescape.eu.org/biblio/article.php3?id_article=154>.

[376] *Le Moniteur des Pharmacies et des Laboratoires,* n° 2637, 15 juillet 2006, p. 13.

[377] J.-P. Juès, *L'industrie pharmaceutique,* PUF, Paris, 1998, pp. 18-19.

[378] Aux États-Unis, les bénéfices ne sont taxés qu'à 16,2 % contre 27,3 % en moyenne (Ph. Pignarre, *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique,* La Découverte, Paris, 2003, p. 14).

[379] La tendance est à la baisse : 146 AMM en 1996, 127 en 1998, 66 en 2000, 39 en 2002 (Ph. Pignarre, *Comment sauver (vraiment) la Sécu, op. cit.,* p. 35).

[380] Le nombre d'AMM délivrées par l'EMEA (l'Agence européenne) a été de 19 en 2003, pour une moyenne de 28 par an depuis 1997 (*Le Moniteur des Pharmacies et des Laboratoires,* 24 janvier 2004, n° 2520, p. 14).

381 *Le Moniteur des Pharmacies et des Laboratoires,* n° 2556, 6 novembre 2004, p. 10.

382 *Ibid.*

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

En guise de conclusion, je voudrais souligner deux points, qui sont étroitement liés.

En premier lieu, l'Europe et les grands pays occidentaux doivent jouer un rôle-moteur dans la lutte internationale contre les pandémies car les autres pays ont hélas d'autres urgences à régler pour s'y investir fortement.

En second lieu, face à un maillage international, qui reste insuffisant, car l'OMS n'a pas la possibilité de « mordre » comme l'OMC, il ne faut pas se priver d'un investissement national ou d'un investissement multilatéral dans le secteur du médicament, qui, plus encore que l'aéronautique ou l'aérospatiale, devrait être un grand projet national et européen, pour le « bien public international ».

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

6. FACE A UNE MENACE DE PANDEMIE GRIPPALE, LA SANTE DEVIENDRA-T-ELLE UN BIEN PUBLIC INTERNATIONAL ?

Docteur Sandrine Segovia-Kueny,

Responsable de la cellule risque biologique et bioterrorisme,
Secrétariat général de la défense nationale, service du Premier ministre

Le concept « santé : bien public international » est dans les faits bien éloigné des attentes que la communauté internationale pourrait en avoir. De multiples situations coexistent, dont trois peuvent être mise en exergue. La première situation concerne la prise en charge non adaptée d'enfants et de jeunes adultes, lors d'épidémies mortelles, dans des pays en voie de développement, notamment en Afrique, et ceci en dépit de l'aide internationale présente mais insuffisante pour faire face aux besoins. La seconde situation intéresse des patients très âgés, pris en charge médicalement par de nombreux professionnels de santé, dans un cadre technologique sophistiqué, comme l'imagerie magnétique nucléaire. La dernière situation concerne, à l'intérieur même du cercle des pays développés, la différence de niveau de prise en charge liée par exemple à la richesse des individus ou à l'existence de couverture sociale.

Ces trois situations illustrent l'absence d'accès équitable aux soins et donc sur le plan de la santé, l'inexistence de celle-ci comme bien public international.

La démonstration de l'existence future ou non du concept « santé : bien public international » sera faite à travers un exemple d'actualité, celui de la préparation à une menace de pandémie grippale, pour laquelle tous les pays sont susceptibles d'être touchés. Nul ne peut ignorer que l'histoire des pandémies, qui sont des épidémies mondiales, est étroitement liée à l'histoire de l'humanité. Au XIVème siècle, l'épidémie de peste a tué 20% de la population française. Plus proches de nous, les pandémies grippales ont frappé le XXème siècle. La grippe espagnole, en 1918-1919, a été responsable de plus de 40 millions de morts, soit presque 4 fois plus que les morts de la première guerre mondiale. La grippe asiatique en 1957 a provoqué un million de morts, et la grippe Hong-Kong plus de 700 000 morts.

Aujourd'hui, cette menace de pandémie grippale est d'autant plus importante que l'actualité nous rappelle sans cesse que le virus d'influenza aviaire A/H5N1 au sein de foyers aviaires ne cesse de progresser. Parallèlement le nombre de cas humains de grippe aviaire

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

continue d'augmenter avec 272 cas depuis 2003 dont 167 décès au 6 février 2007. L'inquiétude est d'autant plus vive, que ces trois pandémies ont eu pour origine des virus grippaux aviaires et que la probabilité d'occurrence d'une pandémie serait associée au nombre de cas humains avec un nouveau virus grippal.

a) État des lieux au début de la préparation en 2004 de la menace de pandémie grippale : la confiscation de ce concept « Santé, bien public international » au seul profit des pays développés

Disproportion initiale de la préparation face à la menace

La stratégie thérapeutique

Dés le début de la menace de pandémie, lorsqu'il y a eu la confirmation des premiers cas humains de grippe aviaire avec le nouveau virus AH5N1 au Vietnam fin 2003, des pays développés ont commencé à se doter de moyens de réponses thérapeutiques. Des stocks ont donc été initialisés à l'annonce de cette menace, comportant entre autre des commandes de vaccins prépandémiques, des réservations de vaccins pandémiques, l'achat d'antiviraux dont l'Oseltamivir, *Tamiflu*® et en quantité plus limité du Zanamivir, *Relenza*® et les achats de masques chirurgicaux et de masques de protection FFP2.

La réservation de vaccins pandémiques, c'est-à-dire de vaccins produits uniquement si le virus mute, pour de grands pays développés correspondait alors à la confiscation de toute la capacité de production mondiale, soit 350 millions de vaccins grippaux annuels. Ces choix faits à titre de précaution par les pays riches mettaient alors l'ensemble des autres pays face à une situation délicate de non-dotation de leur population en cas d'émergence rapide d'une crise.

Les antiviraux

Concernant la production des antiviraux, l'existence d'un seul producteur, pour le seul médicament antiviral présenté comme efficace contre toutes les souches virales de grippe aviaire AH5N1, le *Tamiflu* ® a créé un cadre de monopole. En effet, l'absence de délivrance de licences en 2004 puis en 2005 à d'autres firmes pharmaceutiques, notamment d'Asie avec l'Inde, la Chine, a créé une situation délicate de déséquilibre entre la demande et la production.

Cette situation semblable à celle posée pour l'accessibilité des médicaments contre le SIDA devrait être réexaminée, dans un contexte de menace de péril sanitaire immédiate. Ainsi ne serait-il pas souhaitable en échange d'une juste rétribution à la firme détenant la licence, de pouvoir faire produire dans le monde entier, le médicament qui serait à même d'être un des éléments clés face à une crise ? On disposerait ainsi au plus

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

vite d'une production de masse à un coût accessible à tous les pays. Ce nouvel élément pourrait également concerner la reprise de production de médicaments qui ne sont plus produits, en cas de menace sanitaire grave, et avec une subvention internationale. L'objectif serait d'imposer aux firmes pharmaceutiques un devoir de solidarité en échange d'une juste rétribution ou d'un surcoût supporté par l'acquisition des pays riches.

Disproportion de l'investissement gouvernemental, européen et international

Au niveau étatique et européen

L'élaboration de plans de réponse pandémie grippale sous l'égide des gouvernements s'est déroulée plus ou moins rapidement, selon la prise en compte du degré de la menace dans ces États, l'implication du plus haut niveau de l'État et l'investissement financier concédé à la préparation. Dans certains cas, il s'est agi de simple réactualisation d'un plan mais le plus souvent de nouveaux plans ont été rédigés. En France, un plan gouvernemental « pandémie grippale » a été élaboré en octobre 2004 sous l'égide du secrétariat général de la défense nationale, service du Premier ministre, et a été rendu public en 2005.

Cette divergence dans les niveaux d'élaboration des plans se retrouvait également au sein de l'Union européenne avec l'absence d'une volonté de mettre en œuvre un stock stratégique d'antiviraux et de masques, malgré des demandes réitérées de certains États et un plan européen trop générique. Cette situation n'a donc pas permis une prise en charge communautaire de la pandémie grippale et du financement d'actions conjointes, d'autant que la santé relève du principe de subsidiarité des États membres.

Au niveau des organisations internationales

L'organisation mondiale de la santé animale OIE était certes présente lors de la déclaration des foyers d'épizootie aviaire. Cependant, comme elle ne dispose ni d'un cadre juridique permettant son action, ni de ressources financières efficaces pour stopper l'épizootie, son action étant dés lors limitée à l'enregistrement des déclarations sans action proactive de contrôle d'autres foyers. Un besoin financier important a émergé sur les questions des aides pour les abattages, de la compensation financière des pertes d'exploitation ou du dédommagement des volailles détruites, des campagnes de vaccination ou le renfort des systèmes vétérinaires locaux. Au niveau vétérinaire, l'absence de la santé animale comme bien public international est à souligner en raison de son impact néfaste sur la propagation de l'épizootie aviaire puis de la panzootie aviaire. En effet, dans un cadre où les maladies sont de plus en plus des anthropozoonoses, c'est-à-dire des maladies animales transmises à l'homme, l'existence de

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

systèmes vétérinaires efficaces est un pré-requis indispensable pour l'anticipation des crises de demain.

Le contexte géopolitique ne doit pas être oublié, la non- ou sous-déclaration de certains pays, notamment lors des jeux asiatiques mais aussi l'absence initiale de moyens de diagnostic et de stratégie validée d'endiguement des nouveaux foyers et de systèmes vétérinaires efficaces a été un obstacle majeur à la gestion initiale efficace de cette crise.

Concernant la santé humaine, l'organisation mondiale de la santé a été active et la banque mondiale s'est peu à peu impliquée dans cette gestion des risques mais il a fallu attendre pour fédérer les pays autour de ce problème afin de pouvoir obtenir des donations, comme à Pékin en 2005 et à Bamako en 2006.

b) Avancées vers une « Santé, bien public international » donc partage des moyens de réponse en 2005 et 2006

Stratégie active de la réponse internationale

Le 29 septembre 2005, le docteur David Nabarro, un des experts de l'Organisation mondiale de la Santé, a été nommé coordinateur pour l'Organisation des Nations Unies pour la grippe aviaire à la fois sur le volet des États, des entreprises et de la société civile. Ses missions étaient alors de veiller à la contribution efficace du système des Nations Unies pour la prise en charge de l'épidémie de grippe aviaire et de soutenir la préparation à tous les niveaux face à une éventuelle pandémie grippale.

Auparavant en avril 2005, un nouveau plan de l'OMS sortait avec une check-list pour aider les pays à se préparer à une menace de pandémie. Cette avancée permettait alors à de nombreux pays de pouvoir élaborer ou réviser un plan pandémie grippale sur un cadre pragmatique et de référence pour tous les pays, en ayant l'assurance en cas de crise d'utiliser les mêmes outils.

En 2006, l'évaluation par la London public school de l'ensemble des pays européens de leur état de préparation a eu pour effet de présenter les pays les mieux préparés grâce à la sélection de critères qui ont permis l'évaluation des plans publiés. Ce travail intéressant a permis de motiver l'union européenne pour mettre en œuvre tous les moyens possibles pour aider à la préparation des pays tout en respectant le principe de subsidiarité.

En novembre 2006, l'évaluation faite sur une base volontaire de réponses à un questionnaire de l'ONU et de la banque mondiale permettait également d'observer la politique des pays et de mesurer le chemin à parcourir pour une équité de traitement dans le monde face à une même menace de pandémie grippale.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

En 2007, le rapport du centre de contrôle et de prévention des maladies dans un rapport comprenant l'ensemble des évaluations sur le terrain des dispositifs de préparation à une pandémie grippale dans les États européens devrait permettre de proposer de nouvelles pistes d'amélioration.

Par ailleurs, la vente de licences par la société productrice du Tamiflu a été un élément positif de la prise de conscience, en cas de crise, de partager ce qui permettrait de sauver des vies. Auparavant la mise à disposition d'un stock de trois millions de traitement par cette firme avait été un élément positif.

Les projets fédérateurs pour faire de la santé un bien public international

Actuellement la capacité de production mondiale du vaccin grippale est de 350 millions de doses et les meilleures estimations d'augmentation liée au marché seraient d'environ 2 milliards de doses par an. Elle permettrait une protection de 1 milliard de personnes, loin de la couverture universelle qui nécessiterait 13,4 milliards de doses de vaccins pour 6,7 milliards d'habitants. Dans ce cadre, le projet de plan de vaccination porté par l'OMS serait, s'il se réalisait, une première pierre à l'édifice du concept de « santé, bien public international ».

Pour atteindre l'objectif de couvrir la population mondiale en vaccins, trois pistes d'actions ont été proposées :

- l'augmentation du niveau de la couverture annuelle de la vaccination contre la grippe saisonnière en augmentant la demande de vaccins et donc *ipso facto* le développement de la production des vaccins grippaux au sein des firmes pharmaceutiques ;
- l'augmentation de la capacité de production des vaccins, grâce à un meilleur rendement et à la construction de nouvelles unités de production ;
- le développement de la recherche et du développement pour la conception de nouveaux vaccins plus performants et efficaces soit en une dose et/ou avec une immunité durable à large spectre, ou /et avec des délais de production plus courts avec une technique de culture cellulaire au lieu de culture sur œuf.

Bâtir une capacité vaccinale mondiale est vital à l'aube de l'arrivée de nouvelles maladies émergentes, comme l'épisode du SRAS aura été un élément avant-coureur en 2003, en raison notamment du changement climatique. Réussir ce challenge représenterait une avancée considérable en termes de protection de l'humanité face à de nouveaux risques biologiques. Dans ce contexte, s'appuyer sur les nouvelles technologies est vital pour atteindre l'objectif d'une couverture vaccinale universelle

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

en élaborant un vaccin sans risque, très protecteur pour un an, unidose, peu demandeur en antigène viral, facilement stockage et bon marché. Néanmoins l'investissement financier des États sera la clé de voûte de la concrétisation de ce projet pour le bien de tous, comme cela a été fait pour l'éradication de la variole au XX^{éme} siècle.

Les souches virales

Actuellement, un débat est né de la vente par un pays de ses souches virales à une firme pharmaceutique ce qui aurait tendance à limiter l'action de l'OMS qui est de distribuer les souches dans le monde. Cependant ne vaudrait-il pas mieux se préoccuper en amont du juste partage des ressources pour éviter que des pays soient tentés de suivre cette voie dans l'unique objectif de disposer en temps et heure de traitements ?

L'éthique

Se préparer, mais équitablement, est le choix de l'OMS exprimé dans quatre rapports sur l'éthique. Le principe fondamental éthique repose sur la priorisation des enfants et les adultes jeunes pour les traitements.

Les nouveaux virus émergents représentent un danger non seulement pour un pays en particulier mais pour l'humanité, comme cela a été le cas avec l'épidémie de West Nile apparue en 1999 dans un état des États-Unis, maintenant présente dans tous les États-Unis, ainsi qu'en Amérique latine (Venezuela). Comme Martin Luther King, faisons un rêve, que … les épreuves que l'humanité a traversées lors des grandes pandémies et les menaces actuelles de pandémie grippale aident à bâtir ensemble une réponse universelle face aux risques biologiques émergents. Seule la mise en œuvre du concept de « santé, bien public international » permettra de l'atteindre.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

7. SANTE COMME BIEN PUBLIC MONDIAL ET GRATUITE DES TRAITEMENTS ANTIRETROVIRAUX : CONCRETISATION D'UNE NOTION UTOPIQUE

Alice Desclaux,

Professeur d'anthropologie à l'Université Paul Cézanne Aix-Marseille III, Directrice du Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés (CReCSS)

L'un des apports de l'anthropologie est l'analyse des concepts et des logiques sociales à l'œuvre dans le champ de la santé et de la maladie. Cette analyse s'applique notamment à la façon dont les politiques de santé et les normes produites au plan international, en particulier par l'OMS, sont réinterprétées localement dans divers contextes sociaux et culturels, du macro au microsocial. Aussi, c'est à partir des significations que lui donnent les acteurs « de terrain » que la notion de « santé comme bien public mondial » sera discutée ici. Ces significations, déterminées par une expérience locale et inscrites dans une histoire politique et sociale, conduisent à discuter les rôles respectifs des organismes des Nations Unies et des acteurs locaux dans la définition des stratégies en matière de lutte contre les pandémies.

a) De la « santé comme bien public » à « l'accès aux traitements du sida »

Des précisions sont d'emblée nécessaires concernant les notions de « terrain » et de « santé ». Le « terrain » évoqué est celui des pays du Sud, et plus particulièrement l'Afrique de l'ouest. Les acteurs dans ce domaine sont les institutions nationales (ministères de la santé et programmes spécifiques), les représentants de la « société civile » (tels que les associations), ceux des organismes internationaux (notamment l'OMS, la Banque Mondiale, le PNUD et l'ONUSIDA) et les collectifs Nord-Sud. La « santé », concept polysémique, est considérée à l'interface entre « bien, droit et service », comme c'est le cas dans la littérature de santé publique internationale[383].

La notion de « santé comme bien public » est apparue dans le contexte ouest-africain il y a quelques années, avec un certain flou sémantique,

[383] Voir notamment le Bulletin de l'OMS et le site <http://www.who.int>. Pour une réflexion sur la définition des « biens publics mondiaux », voir le site de l'association « Biens Publics à l'Échelle Mondiale », <http://www.bpem.org>.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

une variété de formulations et une diversité d'interprétations, articulée à la notion de « droit à la santé », dans le sillage d'une question précise concernant l'accès aux traitements antirétroviraux du sida. Parallèlement aux débats théoriques développés autour de cette notion au niveau international, les acteurs locaux lui ont attribué une matérialité autour d'un « service » : la prise en charge par la collectivité des coûts liés au traitement de la maladie des individus.

À la fin du XX ème siècle, le contexte de la prise en charge de la maladie dans les pays du Sud est celui du « recouvrement des coûts ». L'objectif « Santé pour tous en l'an 2000 », que s'était donné l'OMS en 1978, n'est plus évoqué depuis les années 80, faute d'un développement suffisant des systèmes de soin. « L'Initiative de Bamako », instaurée en 1987 par les organismes des Nations Unies, conditionne l'accès aux traitements et le fonctionnement des services au paiement des soins par les patients africains, et promeut la privatisation des services. Pour faire face aux coûts, la population est encouragée à mettre en place des systèmes assurantiels, souvent définis de manière catégorielle (assurances, mutuelles, systèmes de protection des entreprises, etc.) et des clauses d'assistance sont destinées au traitement des plus pauvres (qualifiés d'« indigents »). Aussi, en médecine et en santé publique, disciplines pour lesquelles l'équité est un principe éthique et un objectif, une des questions essentielles est celle des catégorisations sociales mobilisées dans le traitement de la maladie.

Comme d'autres aspects du rapport entre l'individu et la collectivité concernant la maladie, la prise en charge du traitement est médiatisée par les groupes ou catégories sociales. Les sciences sociales abordent cette question en analysant la façon dont les systèmes de soin reproduisent les distinctions, catégorisations, et inégalités sociales à l'œuvre dans l'ensemble de la société, en créent de nouvelles, ou réduisent les écarts. Les principales distinctions en vigueur dans les systèmes de soin reposent sur le genre, sur le statut de « malade » ou « l'étiquetage » à partir d'un trait biologique, parfois l'origine géographique ou ethnique, presque toujours sur le niveau socio-économique[384]. Le coût très élevé des traitements antirétroviraux lorsqu'ils sont arrivés dans les pays africains, à partir de 1997-1998, imposait de définir des stratégies spécifiques à ce propos. La réflexion fut un temps dominée par une discussion concernant les catégories de patients à traiter en priorité. Puis, lorsque les traitements ont été plus largement disponibles au travers de programmes nationaux, leur coût fut réparti entre l'État et les patients, selon des modalités

[384] Concernant l'analyse des catégorisations sociales dans le traitement de la maladie, voir publications du CReCSS sur <http://www.mmsh.univ-aix.fr/crecss/>.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

diverses. Entre 2000 et 2004, cette attribution respective des charges a fait l'objet de politiques spécifiques dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, dont l'analyse permet de comprendre les logiques sous-jacentes à la prise en charge des coûts du traitement par la collectivité. Les politiques d'exemption catégorielle dans quatre pays, puis de gratuité universelle au Sénégal, seront successivement présentées et discutées ici, car elles attestent de ce que recouvre la notion de « bien public » concernant la santé pour des pays du Sud.

b) Dans quatre pays, des catégories sociales exemptées de paiement des traitements

Lorsque le Sénégal a montré la faisabilité des traitements dans le contexte de pays africains grâce au projet pilote de traitement par antirétroviraux mis en œuvre dès 1998, les pays voisins ont lancé leurs propres programmes. Entre 1998 et 2004, la Côte-d'Ivoire, le Mali, le Burkina Faso et le Niger ont ouvert des programmes nationaux fournissant des traitements payants, comme pour toute pathologie « ordinaire » dans le cadre de l'Initiative de Bamako. Cependant, plusieurs catégories de personnes furent d'emblée ou progressivement exemptées de paiement : les professionnels de santé, les enfants, les patients qui avaient participé à des essais cliniques, les indigents, les veuves, les travailleuses du sexe, les membres actifs d'association de prévention ou de personnes vivant avec le VIH, les étudiants et élèves, les retraités, etc.

Arrêtons-nous sur ces exemptions pour examiner les logiques sous-jacentes au choix des catégories sociales qu'elles concernent. Les logiques repérables comprennent :

- le mérite (concernant notamment les membres associatifs d'associations de personnes vivant avec le VIH, qui ont témoigné publiquement pour « faire avancer la cause »),
- l'utilité sociale (concernant notamment les veuves qui assurent leur rôle d'élevage des enfants, ou les professionnels de santé qui assurent les soins),
- la prévention collective (concernant les travailleuses du sexe, dont le traitement réduit le risque d'exposition au VIH pour leurs clients),
- la préparation de l'avenir commun (concernant les enfants, les élèves),
- la compassion vis-à-vis de personnes insolvables (concernant les indigents),
- la cohérence interne des programmes sanitaires (concernant les patients ayant participé à des essais cliniques),

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

- une forme de rétribution pour la participation de ces derniers patients au progrès scientifique.

Ces logiques et ces catégories dessinent un tableau composite de ce qui, aux yeux de la collectivité, apparaît comme relever non de la seule contribution privée, mais de la charge collective. Ceci suppose qu'au-delà de leur propre bien-être, le traitement des personnes appartenant à ces catégories de populations très diverses a un intérêt pour l'ensemble du corps social : leur santé est considérée comme une forme de « bien public national ».

Il est possible de décrire plusieurs dynamiques sociales qui ont conduit à considérer le traitement de ces catégories de populations comme une nécessité collective : l'existence d'un consensus collectif préalable, suscitant plus ou moins de discussion (pour les orphelins et les enfants) ; une décision « politique » (par des experts du champ de la santé ou des responsables politiques) ; une négociation et la représentation de certaines catégories sociales dans les instances décisionnelles (dans le cas des professionnels de santé et des associatifs) ; l'extension aux malades du sida de pratiques déjà en place, ou supposées telles, pour les traitements médicaux (par exemple pour les « indigents ») ; le constat par les médecins de l'incapacité à payer un traitement à long terme chez un certain nombre de patients.

Contrairement aux pays d'Amérique latine (Brésil, Vénézuela) où la gratuité des traitements pour les patients a été adoptée au niveau national à la suite d'une décision de justice, la référence au droit à la santé inscrit dans la Constitution n'a joué aucun rôle, pas plus que les recommandations internationales. Chacun de ces pays a d'ailleurs défini ses propres catégories, adoptant la totalité ou certaines des catégories énoncées ci-dessus, avec des seuils, limites et modalités de catégorisation des patients parfois différents. On constate que la place des revendications catégorielles dans le choix d'une politique de « prise en charge collective » a été très limitée : d'autres logiques collectivistes sont intervenues. C'est ainsi une définition opérationnelle de la « charge collective » concernant la santé individuelle qui a été construite sur des bases économiques et sociales, à l'initiative des acteurs de santé.

c) Au Sénégal, l'adoption progressive de la gratuité des traitements

Notre équipe de recherche a particulièrement travaillé sur cette question dans le cadre de l'évaluation multidisciplinaire du premier programme d'accès aux antirétroviraux mis en place par un gouvernement africain,

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

l'Initiative Sénégalaise d'Accès aux ARV[385]. À cette époque, le prix des antirétroviraux était plus élevé en Afrique qu'en France et le Programme National de Lutte contre le Sida a mis en place un dispositif qui visait à financer les traitements, reposant notamment sur la contribution des patients. Le suivi évaluatif de l'observance des traitements a rapidement montré que le facteur économique était la première cause d'interruption - et donc d'inefficacité - des traitements, malgré un système de recouvrement des coûts définissant des montants de participation au prorata des ressources des patients. Les tarifs ont été ajustés de manière pragmatique, au fur et à mesure de la réduction des prix des médicaments consentie par les firmes, puis de l'apparition des formes génériques, qui ont réduit le coût mensuel des médicaments de 1200 euros à 10 euros environ. Nos études pluridisciplinaires qualitatives et quantitatives montraient cependant que cette réduction ne suffisait pas et qu'un tarif mensuel de sept euros demandé au patient empêchait d'inclure dans le programme un grand nombre de personnes, du fait notamment des coûts directs non liés aux médicaments ou des coûts indirects de la prise en charge. Le profil social des patients reflétait déjà les effets délétères du sida : de nombreux patients étaient sans revenus parce qu'ils n'avaient plus de travail du fait de leur maladie ; la plupart d'entre eux avaient épuisé leurs maigres ressources avec des traitements onéreux prescrits notamment dans le secteur privé ; une proportion importante étaient des veuves avec en moyenne plus de trois enfants. À Dakar comme ailleurs, le sida apparaissait comme une « maladie sociale », associant l'appauvrissement des familles à la disparition des « actifs productifs », suscitant l'augmentation du nombre des dépendants. L'accessibilité financière des traitements est alors apparue simultanément comme une nécessité médicale -pour assurer l'observance à long terme-, et comme une nécessité sociale -afin d'éviter notamment que de nombreux dépendants et orphelins soient à la charge de la société[386]. Ces résultats ont conduit les responsables du programme sénégalais à négocier auprès de la présidence la mise en place de la gratuité des traitements pour les patients, qui a été annoncée en décembre 2003[387]. Plusieurs pays voisins (Mali, Guinée, Niger notamment) ont adopté la même mesure en 2004.

---

[385] A. Desclaux, I. Laniece, I. Ndoye, B. Taverne (dir.), *L'Initiative Sénégalaise d'accès aux ARV, analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, Paris, ANRS, Collection Sciences sociales et sida, 2002, 260 p, <http://www.ird.sn/activites/ sida/ISAARV.pdf>.

[386] A. Desclaux, *Pauvreté et accès aux traitements antirétroviraux : l'expérience sénégalaise.* in B. Ferry (coord.), *Pauvreté et sida dans les pays en développement. Contribution en vue de la Conférence Population et Développement*, Paris, CEPED, 2005.

[387] A. Desclaux, « Equity in access to AIDS Treatment in Africa : pitfalls amongst achievements » in Singer M., Castro A. (eds), *Unhealthy health policy : a critical medical anthropology perspective*, Lanham, Altamira Press, 2004, pp. 115-132.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Au Sénégal, c'est certainement une approche pragmatique, nourrie par la réflexion médicale, qui a conduit les responsables du programme à convaincre les gouvernants d'adopter la gratuité des traitements. L'argument médical, exigeant que plus de 95% des doses prescrites soient prises par les patients pour assurer l'efficacité de l'investissement thérapeutique, inspirait « naturellement » l'argument de santé publique, appelant à instaurer l'accès économique pour assurer l'observance des traitements, et de ce fait accroître les performances, y compris en matière de prévention primaire et secondaire, et limiter les conséquences de la pandémie.

D'autres logiques ont certainement prévalu. Ainsi, le fait d'être le premier président africain qui annonce la gratuité pour tous les patients comprenait sans doute également des bénéfices politiques internes et externes. Le traitement du sida a bénéficié d'une approche particularisante liée au caractère exceptionnel de cette pandémie : la mise en place de programmes nationaux efficaces, qui ne restent pas limités à des projets pilotes, était chargée d'enjeux politiques. La baisse du coût des traitements et les possibilités de financement ouvertes par le Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme, créaient des conditions favorables à cette décision. Mais les choix qui ont conduit à cette nouvelle politique en faveur de la gratuité des traitements pour les patients sont le fait des pays, les organismes des Nations Unies n'ayant émis aucune recommandation en la matière.

d) La « gratuité » des traitements pour les patients, du national à l'international

Dans les institutions internationales, les discours concernant la contribution des patients ont été plus ambigus. L'OMS joua un rôle certain dans l'organisation institutionnelle de l'accès aux traitements et la diffusion des génériques pour les pays les moins avancés, sans toutefois que l'assemblée générale s'engage explicitement sur le fait de recommander la gratuité des traitements pour les patients. Cette position est la résultante de logiques internes complexes, influencées par des courants visant l'accès aux soins pour tous (dans les suites de l'Initiative « 3 x 5 »[388] ou de réflexion plus générales sur le médicament[389]), par une approche éthique qui considère que l'équité est mise en danger lorsqu'une contribution financière même modeste est exigée des

[388] Cette Initiative lancée en décembre 2003 visait à traiter 3 millions de patients en 2005 dans les pays en développement (sur les 7 millions nécessitant un traitement). Les objectifs furent atteints à 50% grâce à la décentralisation des services et systèmes de prise en charge.

[389] G. Velasquez, « Le médicament, un bien public mondial ? » in Verschave F.X., *La santé mondiale entre racket et bien public*, Éditions Charles Léopold Mayer, 2004, pp. 283-300.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

patients[390], et par d'autres courants invoquant la prudence (en prévision du temps où les traitements à bas coût ne seront plus efficaces et les fonds internationaux exceptionnels ne seront plus disponibles). Certains courants sont aussi hérités des politiques de santé des années 90, qui ont banni la notion de « gratuité », considérée comme indissociable d'une approche caritative et vilipendée par les organismes des Nations Unies.

Au début des années 2000, ces politiques furent remises en cause lorsque l'échec des systèmes d'exemption, censés permettre aux « indigents » de se soigner même s'ils n'en avaient pas les capacités financières, fut documenté dans de nombreux pays. La notion de *catastrophic expenditure* fut adoptée par les économistes, et des chercheurs en santé publique mirent en évidence les effets du *medical poverty trap*[391] (« *le piège de la pauvreté induite par la médecine* »), montrant que non seulement le système ne permettait pas aux plus pauvres de se soigner, mais qu'il faisait basculer dans la pauvreté des familles victimes du coût de soins sans commune mesure avec les revenus « ordinaires ». Les systèmes de mutualisation ou de protection sociale sectorielle, largement promus, ne parvenaient pas à résoudre les écarts entre ressources et coût de la santé. Dès 2003, la Banque mondiale « faisait marche arrière » vis-à-vis des exigences de paiement par les patients et proposait, dans le cadre de projets pilotes, de développer les programmes d'accès communautaire élargissant l'appui aux patients. Certains pays adoptèrent diverses formes de gratuité, tels que l'Ouganda qui supprimait en 2001 le paiement direct par les patients des soins de santé primaire, et le Sénégal, où le « paquet de soins » concernant l'accouchement est délivré gratuitement depuis 2004.

e) La santé des personnes vivant avec le VIH dans les pays du Sud, émergence d'un « bien public mondial » ?

L'« évidence médicale », puis l'évidence de santé publique, ont conduit les responsables nationaux de plusieurs pays africains à faire porter à la collectivité la charge des traitements qui maintiennent l'état de santé des personnes atteintes par le VIH, dans une logique d'abord utilitariste. L'exceptionnalisme du sida a incontestablement fait fonction de « brèche » dans les politiques de santé publique. Ceci est arrivé à un moment où les institutions internationales étaient confrontées à des critiques croissantes concernant leurs politiques économiques en matière de santé dans les pays du Sud. Dès lors, les mesures discutées ou mises

[390] OMS, *Orientations sur l'éthique et l'accès équitable au traitement et aux soins liés au VIH*. Genève, 2005, 48 p.

[391] M. Whitehead, G. Dahlgren, T. Evans, « Equity and Health Sector Reforms: Can Low-Income Countries Escape the Medical Poverty Trap ? », *Lancet*, 2001, 358, pp. 833–836.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

en place autour du sida pouvaient jouer un rôle d'entraînement concernant d'autres secteurs de soins. Plus que le rôle des activistes qui ont plaidé en faveur de la solidarité thérapeutique au Nord et au Sud, c'est peut-être le défi posé par l'incommensurabilité entre les coûts des traitements et les capacités financières des malades combinée à l'ampleur des conséquences socio-économiques de la pandémie de sida, qui a permis d'infléchir la réflexion stratégique au sein des organismes des Nations Unies.

L'application de la notion de « bien public mondial » au traitement du sida dans les pays du Sud, justifiant son financement international à long terme, trouve alors sa place dans le paysage conceptuel des politiques de santé publique. Désormais nourrie par des logiques pragmatiques et utilitaristes, appuyée par des expériences nationales et légitimée par l'évidence médicale, articulée à des revendications éthiques et politiques, cette notion permet de revenir à un objectif d'équité, un tant délaissé par les organismes des Nations Unies au profit de celui de performance en santé publique. Si l'objectif est proche de celui des années 70 (« Santé pour tous »), les stratégies se sont dégagées d'une certaine naïveté utopiste propre à cette période, et ont été solidifiées par le renforcement des systèmes de santé au cours des dernières décennies.

Le contenu sémantique de la notion de « santé comme bien public mondial », dont nous espérons avoir montré la richesse dans le champ de la santé publique internationale, et dont nous n'avons qu'effleuré les enjeux, peut s'articuler de diverses manières, qui restent à analyser, avec les acceptions juridiques de cette notion. Dans ce domaine, les interprétations concrètes des pays du Sud sont un repère face aux errements interprétatifs que permet une notion chargée de contenu simultanément économique, politique et idéologique.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

8. ACCES A LA SANTE, ACCES AUX MEDICAMENTS

Marcelo Dias Varella,

Chercheur au CNPQ, Professeur au Centre universitaire de Brasilia, Assesseur à la Présidence de la République du Brésil

La question de la nature publique de l'accès à la santé passe par une analyse de la propriété de ce bien. La question de la nature publique ou privée de l'accès à la santé est en cours de discussion entre les États dans le scénario juridico-politique international. Dans la mesure où l'accès à la santé passe par l'accès aux médicaments, nous allons centrer notre analyse sur ce point spécifique. Dans ce contexte, la propriété intellectuelle devient un question-clé pour le débat. Les États producteurs de nouveaux médicaments sont désireux de normes de propriété intellectuelle plus rigides pour favoriser ces industries. Les États ayant une capacité de fabriquer des médicaments génériques sont pour la liberté du commerce.

Pour comprendre ce scénario contemporain, il faut partir de la liberté historique concernant les normes pour l'accès aux médicaments, pour ensuite comprendre le changement de trajectoire, vers une réalité privatiste concernant l'accès aux médicaments.

a) La liberté historique concernant le contrôle sur l'accès aux médicaments

L'accès aux médicaments a été considéré comme prioritaire par les États en divers moments du XXème siècle. La construction d'une industrie nationale productrice de médicaments apparaît dans les discours politiques justificateurs des normes juridiques depuis le début du XXème siècle. L'accès aux médicaments est obtenu par une politique de réduction des prix, qui peut être réalisée de différentes façons. L'instrument principal utilisé par les États est celui de la création de politiques de concurrence entre les divers producteurs, afin de permettre une réduction des marges de profit et d'engendrer une plus grande efficacité concurrentielle pour rendre les produits moins chers et, donc, plus accessibles à la population. Les normes de propriété industrielle visent à stimuler le progrès technologique d'un côté, et empêcher la concurrence, d'un autre côté. Elles stimulent le progrès technologique avec la promesse de récompenser les inventeurs de nouvelles

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

technologies brevetables avec le monopole de l'exploitation commerciale du produit pendant une période de vingt ans.

En ce qui concerne la fabrication de médicaments, on aperçoit une évolution particulière du cadre normatif international. Jusqu'en 1883, il n'y a pas de normes internationales sur la protection de la propriété intellectuelle sur des produits de santé à niveau international. La majorité des pays les plus développés dans la première moitié du XVIIIème siècle adopte des normes nationales, comme la Russie (1812), la Prusse (1815), la Belgique et les Pays-Bas (1817), l'Espagne (1820), la Bavière (1825), la Sardaigne (1826), l'État du Vatican (1833), la Suède (1834), le Wurtemberg (1836), le Portugal (1837) et la Saxe (1843). Néanmoins, la plupart de ces normes étaient permissives concernant le critère d'originalité, parfois permettant ou même stimulant la demande de brevets pour des produits existants sur le territoire national ou ailleurs (France, Royaume-Uni, Suisse et Pays-Bas). En 1883 est adoptée la Convention de Paris, un traité multilatéral, qui prévoit la brevetabilité des produits et des processus pharmaceutiques et l'adoption d'un système de respect mutuel de produits brevetés dans les pays parties au traité[392].

Pendant le XXème siècle, néanmoins, divers pays abandonnent les normes internationales de propriété industrielle sur de produits et de procédures pharmaceutiques et créent des normes nationales qui permettent à leurs propres industries de copier les avancées technologiques des pays plus développés. L'objectif de ces pays est de diminuer la distance technologique, sans protéger les brevets. Mais quand ces pays arrivent à développer une industrie nationale compétitive, ils adoptent à nouveau des normes de propriété intellectuelle pour garantir que les produits qu'ils développent ne seront pas copiés par les autres nations qui participent aux traités de protection de la propriété industrielle.

La Convention de Paris prévoit déjà la possibilité de breveter des processus et produits pharmaceutiques, et ceci a été accueilli par l'ordre juridique de plusieurs pays dans le monde, comme l'Italie, les États-Unis, l'Allemagne et le Brésil, entre autres. Toutefois, au long des années, certains pays ont peu à peu supprimé de leurs législations la protection des produits pharmaceutiques et, plus tard, des processus de production de ces produits, cherchant à renforcer l'industrie interne pour ensuite autoriser à nouveau des brevets. Ces mesures n'ont pas subi de représailles, dans la mesure où, à l'époque on ne produisait pas à une échelle globale, comme aujourd'hui, mais aussi et surtout parce que la Convention de Paris autorisait cette faculté. L'Italie a agi de telle manière en 1939, avec Mussolini, et a accepté à nouveau les brevets pour les

[392] H.-J. Chang, « Chuntando a escada », São Paulo, Unesp, 2004, p. 146.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

produits pharmaceutiques quelques années après, en 1976, par une décision de la Cour Suprême Italienne, qui a considéré comme inconstitutionnelle cette discrimination faite uniquement à l'encontre de l'industrie pharmaceutique. Plus tard, à partir de 1945, d'autres pays ont interdit les brevets, comme le Japon et la Suisse, qui cherchaient également le renforcement de leurs industries, pour ensuite les autoriser à nouveau. La brevetabilité des produits chimiques (parmi lesquels les produits pharmaceutiques) a été interdite en Allemagne occidentale et en France jusqu'à 1967, au Japon jusqu'à 1978, en Suisse jusqu'à 1978, et en Espagne jusqu'en 1992.

Ultérieurement, la Convention de Paris a été administrée par l'Organisation Mondiale de la Propriété Industrielle (OMPI). Néanmoins, l'OMPI n'avait encore dans les années 1990 qu'un nombre restreint de membres, la plupart avec un parc industriel développé. Le nombre de pays qui acceptaient les droits des brevets pour les produits pharmaceutiques était encore plus restreint et l'on ne peut pas affirmer qu'il existait un système mondial de propriété industrielle, mais uniquement des traités respectés par quelques pays qui avaient des niveaux proches de concurrence internationale.

De cette manière, les pays développés et les pays en voie de développement avec une capacité suffisante pour développer des produits ont quitté le système international de propriété industrielle en matière pharmaceutique. Pendant cette période, ils se sont efforcés de construire un parc industriel capable de concourir dans le marché international et de produire des médicaments à des prix plus accessibles. Les pays qui ont atteint un niveau de compétitivité plus élevé ont accepté à nouveau des brevets pour des produits et des processus pharmaceutiques. On estime que jusqu'aux années quatre-vingt-dix, seulement trente pays développés acceptaient ces brevets. En d'autres termes, dans la logique qui guide ce travail, les pays ont exclu du processus d'internationalisation des normes une partie de leur ensemble normatif pour pouvoir fortifier leur industrie interne (*catch up*) qui, une fois fortifiée, pourrait revenir et concourir en égalité avec celle des autres pays. Toutefois, à partir de ce moment-là, ils emploieraient le processus d'internationalisation en tant qu'instrument pour fortifier leurs économies. Le processus d'internationalisation opère alors comme un outil de politique publique pour produire des profits économiques.

Néanmoins, le groupe des États les plus représentatifs n'a jamais accepté de droits de propriété intellectuelle sur les produits et procédures pharmaceutiques. Ce groupe est composé de plus de cent États en développement, parmi lesquels quelques-uns possèdent une industrie capable de produire des médicaments, comme l'Inde, la Chine, l'Égypte, le Maroc ou l'Afrique du Sud. Les pays possédant un certain niveau

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

d'activité industrielle, d'un autre côté, n'ont pas subi de pressions internationales pour adopter des normes de protection ou bien ont réussi à résister à ces pressions tout au long des années. De cette manière, ils ont réussi à continuer à copier les produits inventés par d'autres pays et à créer un marché concurrentiel non seulement dans leur territoire, mais dans l'ensemble des pays en développement. Cela rendait possible un plus grand accès aux médicaments, étant donné que les prix pratiqués étaient réduits.

De cette manière, les États ont maintenu à l'intérieur du droit national les limites des normes sur la propriété intellectuelle et les produits pharmaceutiques. L'objectif était de rendre possible l'accès aux médicaments à des prix plus réduits, à partir d'une combinaison de protection des produits nationaux et/ou d'importation des matières premières ou des produits prêts à avoir une réduction de prix.

b) L'évolution privatiste de la réglementation sur l'accès à la santé

À partir de la fin des années quatre-vingt, l'industrie pharmaceutique de la France, de la Suisse, du Royaume-Uni, du Japon, de l'Allemagne, mais surtout des États-Unis, renforce sa stratégie pour viser une expansion d'un système global de propriété intellectuelle, profitant des possibilités produites par les négociations autour de la création de l'Organisation Mondiale du Commerce et de l'obligation d'accepter toutes les normes de l'OMC pour devenir un membre (principe du *single undertaking*).

Pendant cette période, seulement quarante États ont adopté des normes pour la protection des produits et des processus pharmaceutiques. Un grand nombre d'industries ont réussi à copier des produits et à pratiquer un niveau de concurrence internationale. Les pays avec les niveaux technologiques les plus importants dans ce secteur, en particulier les États-Unis, ont adopté alors une stratégie de double diplomatie pour la création d'un ensemble normatif obligatoire dans le contexte international. Dans le contexte bilatéral, ils ont introduit les leaders du bloc s'opposant au processus d'internationalisation des droits de propriété intellectuelle dans des listes de recherche et ont adopté ou menacé d'adopter des sanctions unilatérales contre ces États. Cela a été le cas du Brésil et du Mexique avec les États-Unis ; de la Turquie, de l'Egypte, et de l'Inde avec l'Union Européenne. Dans le contexte international, il y avait une stratégie importante de construction d'une norme globale de protection de la propriété intellectuelle dans le cadre de la future OMC.

La théorie de Há-Joon Chang semble expliquer ce phénomène. Les pays les plus développés ont employé leur liberté de copier des nouvelles technologies pour réussir à faire le *catch up* sur leurs concurrents plus avancés. Une fois arrivés à un stage concurrentiel, ils changent les règles

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

du jeu, pour empêcher que d'autres États adoptent des stratégies semblables. Chang qualifie cette stratégie de « *pousser l'escalier* », utilisant l'expression de John Stuart Mill, du siècle dernier[393].

À l'exception de l'Inde, la majorité des pays capables de produire des médicaments antirétroviraux au point de concourir avec les sociétés pharmaceutiques a adopté des normes nationales de protection de la propriété intellectuelle avant l'Accord de Marrakech, qui a créé l'Organisation Mondiale du Commerce. Le processus d'internationalisation des normes de propriété intellectuelle commence donc par le biais des normes nationales qui suivaient un modèle « imposé » par les pays du Nord, mais qui a servi comme étape de négociations politiques nécessaire pour viabiliser la construction d'un cadre normatif mondial et obligatoire sur le sujet.

À partir des négociations du Cycle de l'Uruguay de l'Accord Général sur les Tarifs et le Commerce, en 1989, il a été proposé la création d'un traité multilatéral sur la propriété intellectuelle (ADPIC). Il s'agit d'une innovation par rapport au GATT, qui visait prioritairement le commerce des marchandises. L'appréciation du traité comme multilatéral a des effets importants parce que dans ce microsystème juridique on vérifie une différence entre les traités plurilatéraux et les traités multilatéraux. Les traités plurilatéraux ne sont pas obligatoires, mais les multilatéraux sont obligatoires pour tout État souhaitant intégrer l'Organisation Mondiale du Commerce. En d'autres mots, les négociateurs ont approuvé une règle générale, qui établit un ensemble de traités qui doit être accepté par tous les États membres de l'OMC. Ces traités obligatoires interdisent les réserves ou les déclarations interprétatives. Les États doivent donc apprécier les gains et les pertes que représentent l'accession à l'OMC. Le traité de propriété intellectuelle est une perte pour les pays qui ne produisent pas de technologie et un gain pour les pays les plus novateurs.

Pour les pays en développement, la participation à l'OMC est presque obligatoire. Ne pas être partie à l'OMC signifie pouvoir être la cible de sanctions commerciales unilatérales, comme des mesures antidumping ou des restrictions aux principes de la nation la plus favorisée, du traitement national, ce qui peut aboutir à des impacts négatifs sur les exportations. La participation à l'OMC est évaluée par la majorité des États comme positive dans l'ensemble d'avantages et désavantages, ce qui d'une certaine façon résulte par l'expansion de l'internationalisation économique qui se produit depuis le début des années quatre-vingt-dix.

L'un des principaux impacts de l'OMC, néanmoins, a été la création d'un système mondial de propriété intellectuelle, qui serait difficilement

[393] *Ibid.*

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

accepté par les pays technologiquement moins avancés dans un traité isolé des autres traités de l'OMC, comme par exemple dans le contexte de l'Organisation Mondiale de Propriété Industrielle, forum privilégié pour la discussion de la matière. Le résultat a été l'expansion des pays qui acceptent les normes internationales de propriété intellectuelle, surtout pour des produits pharmaceutiques, qui sont passés d'un peu plus de quarante États pour un total de plus de 140 États signataires de l'Accord sur les ADPIC, quelques années après la création de l'Organisation Mondiale du Commerce.

L'accord ADPIC fixe des règles minimales qui doivent être suivies par les États pour la protection de la propriété intellectuelle. Il n'établit pas les normes qui sont directement applicables aux États parties. Chaque État doit créer des normes internes qui garantissent une protection effective aussi rigide que celle garantie par les normes de l'ADPIC. Les principaux éléments de l'accord ADPIC concernant les médicaments sont l'obligation de brevetabilité des produits et des processus pharmaceutiques et l'existence d'exceptions à cette obligation.

Les normes ont été assouplies à partir des pressions lors de la discussion sur l'accès aux médicaments contre le SIDA, pressions faites par les pays en développement tels que l'Afrique du Sud, l'Inde et le Brésil, aussi bien que des ONG comme OXFAM et Médecins Sans Frontières. Les normes se sont concrétisées dans la Déclaration interprétative de Doha, qui assure la possibilité juridique de déclaration de licences obligatoires en cas d'accès aux médicaments, dans les situations d'urgence. L'amendement à l'Accord ADPIC (non encore en vigueur) rend possible même l'exportation des médicaments à des États en situation d'urgence.

Le Brésil a utilisé cette possibilité juridique comme outil de négociation politique à propos du prix des médicaments acceptés par l'État dans les négociations avec les industries pharmaceutiques, et a menacé de déclarer des licences obligatoires sur les brevets de médicaments contre le SIDA à l'occasion de l'affaire *cotton* de l'OMC, contre les États-Unis. La Thaïlande a effectivement déclaré une licence obligatoire fin 2006. Pourtant, cet instrument juridique rencontre des obstacles politiques importants ; la tendance est l'expansion des droits de propriété intellectuelle à partir de la plus grande participation des nouveaux médicaments, déjà brevetés. Ce scénario pessimiste ne peut être changé que par une réaction des pays les plus intéressés, une réaction qui tarde à se produire.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

CONCLUSIONS GENERALES

Louis Dubouis,

Professeur émérite de l'Université Paul Cézanne Aix-Marseille III

Il y a un demi-siècle, en Europe, les pandémies pouvaient presque passer pour un sujet d'études historiques ou un thème littéraire plus qu'un risque grave, tandis que le monde entier semblait s'acheminer vers leur éradication.

Les quatorzièmes rencontres d'Aix-en-Provence attestent que pareil optimisme est celui d'une époque révolue. Que les organisateurs soient félicités pour avoir réuni des intervenants d'une aussi grande qualité et diversité professionnelle car les rapports et débats ont permis aux participants d'enrichir leur réflexion sur un sujet actuel, important, complexe. À chacun, sans doute, ses propres conclusions. Aussi est-ce avec une très grande subjectivité que je présente les enseignements principaux que j'ai tirés de ces journées. Ils sont au nombre de quatre.

1) Nos travaux ont permis de mieux situer et comprendre le phénomène que constituent les grandes pandémies, ce qui est le préalable de toute action internationale ou nationale efficace.

Il convenait d'abord de situer les grandes pandémies entre fantasmes et négations. Les fantasmes s'expriment par les peurs irraisonnées que l'on voit resurgir épisodiquement, mais aussi par des prédictions hasardeuses qui parfois émanent même des responsables de la lutte contre les épidémies. La négation des pandémies coexiste avec ces fantasmes. Paradoxalement, elle en est à certains égards une expression particulière. Au début de l'apparition d'une pandémie, nombreux demeurent ceux qui pensent qu'il s'agit d'un mauvais rêve très passager. Rêve également, mais de toute autre nature, la conviction, qui s'est propagée dans la décennie 1960-1970, selon laquelle l'éradication des pandémies était proche. Négation plus grave encore, l'oubli trop fréquent qui tend à s'installer lorsque l'épidémie revêt un caractère endémique. Ne faut-il pas en Europe occidentale constamment stimuler la vigilance dans la prévention contre le SIDA.

La réalité présente semble que les pandémies sont un phénomène permanent, évolutif, ce dont témoignent les mutations virales et, à sa

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

manière, le bioterrorisme (J.-C. Martin). « *Nous sommes parvenus dans l'ère des épidémies virales* » (R. Brauman). Mais, à défaut de les juguler, nous pouvons dans une certaine mesure combattre et contrôler les pandémies.

La première caractéristique de ce phénomène réside dans la diversité et l'ampleur de ses incidences. Qu'il menace au premier chef la santé et la vie des personnes ne saurait conduire à négliger son impact économique : baisse de la production et de la consommation dans les pays affectés, dégradation du niveau de vie dans les pays en développement, restrictions apportées au commerce international, interrogations formulées sur le comportement des grandes firmes pharmaceutiques. À cela s'ajoutent les répercussions affectant la condition humaine. On a relevé les restrictions apportées à la liberté de circulation et, parfois, à la liberté de travailler. Camus, déjà, constatait dans La Peste que « *personne ne sera jamais libre tant qu'il y aura des fléaux* ». *A fortiori* les hommes ne seront-ils pas égaux tant sont profondes les inégalités devant les fléaux. Certains seraient même tentés d'en déduire que tant que les hommes ne seront pas égaux il y aura des fléaux. Les considérations éthiques ne pouvaient pas ne pas faire irruption dans un colloque consacré à ce « *bien public international* » qu'est la santé.

Deuxième caractéristique : les pandémies se révèlent fort complexes. Leur origine confirme l'osmose existant entre l'homme et l'animal. Ce dernier est à l'origine plus ou moins directe des pandémies. Ainsi les trois grandes pandémies du XXème siècle étaient-elles d'origine aviaire. Face à des agents pathogènes multiples, et dont certains ne cessent de muter, s'installent un haut degré d'incertitude scientifique et une période de latence avant la mise au point d'une riposte efficace.

La lutte contre un tel phénomène s'avère des plus difficiles. Il faut tenir compte de ce qu'aux périodes de rémission succèdent de brutales flambées qui imposent de développer dans l'urgence des actions importantes. Les facteurs psychologiques jouent un rôle non négligeable. Si les populations doivent être informées afin de prendre des mesures de prévention, encore importe-t-il d'éviter toute panique et de tenir compte des blocages culturels inhérents à chaque groupe social (Y. Mehdi). Il faut enfin se rappeler que le coût élevé des mesures préventives ou curatives entrave souvent dramatiquement la protection des populations des pays moins développés économiquement.

Les pandémies présentent comme troisième caractéristique d'être un phénomène par essence international. Il n'est organismes plus irrespectueux des frontières et souverainetés étatiques que bacilles et

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

virus. Aussi, les premières réalisations de coopération sanitaire internationale, qui virent le jour au XIXème siècle, eurent-elles pour but de lutter contre la propagation des épidémies. Mais il faudra attendre longtemps pour que la sécurité sanitaire soit expressément reconnue comme une composante de la sécurité internationale.

2) La lutte contre les pandémies est hautement révélatrice des traits fondamentaux de la société internationale.

Elle confirme d'abord, en même temps que l'impérieuse nécessité d'une coopération internationale institutionnalisée, le rôle majeur que les États continuent de jouer. Les atermoiements des autorités chinoises au début de l'épidémie de SRAS ont une nouvelle fois rappelé que l'action internationale doit composer avec la souveraineté étatique. De plus, les gouvernements conservent la maîtrise de l'essentiel des ressources humaines, techniques, financières que l'on peut mettre en jeu pour lutter contre les pandémies. Au travers ou à côté des organisations internationales les États demeurent les « poids lourds » de la société internationale. Le réalisme commande d'en prendre acte. Il impose tout autant de rappeler que c'est l'une des causes de l'inégalité persistante devant les pandémies car nos États sont très inégalement armés pour faire face à ces fléaux.

Quel rôle incombe aux organisations non gouvernementales ? Celles-ci ont certes été mentionnées au cours de ces journées. On a en particulier relevé que les organisations intergouvernementales les associent à la réflexion à laquelle elles se livrent (M. Bélanger). Et il est évident pour tous que les actions de terrain qu'elles mènent font des ONG des acteurs irremplaçables dans la lutte contre les épidémies. Mais au cours de ce colloque la présence des ONG est demeurée discrète. Cela empêche, me semble-t-il, de tirer des conclusions suffisamment étayées et invite à poursuivre l'examen de cette question.

La lutte contre les pandémies témoigne de l'importance de la place que la société internationale accorde à l'individu mais aussi de la complexité et de l'ambiguïté de la situation qu'elle accorde à celui-ci. C'est peut-être le reflet de ce que les individus sont à la fois des agents potentiels de transmission des épidémies et les bénéficiaires de l'action entreprise au niveau national et international. Cela explique qu'ils soient les sujets d'obligations et droits formulés par les règles internationales mais qui souvent ne les atteignent que par le relais de leur incorporation dans la législation nationale.

En période d'épidémie des obligations particulières s'imposent, telles que restrictions à la liberté de circuler, à la liberté de commercer et

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

obligation de se soumettre à des examens ou à des traitements. Ces obligations découlent pour chacun directement de sa législation nationale, qui peut les assortir de sanctions fort sévères. Mais très souvent le législateur national intervient dans le cadre de recommandations internationales ou pour assurer l'exécution de normes obligatoires (conventions internationales, règlements ou directives communautaires).

Les pandémies amènent surtout à s'interroger sur le degré de protection assuré à des droits aussi fondamentaux que le droit à la santé et le droit à un égal accès aux soins qui en est inséparable. Ces droits sont fréquemment proclamés dans les constitutions ou législations nationales. Ils bénéficient d'une consécration par le droit international à commencer par la constitution de l'OMS, les articles 12 et 3 du Pacte international relatif aux droits économiques sociaux et culturels ou, au sein des États membres du Conseil de l'Europe par la Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de la personne humaine à l'égard des applications de la biologie et de la médecine – Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine du 4 avril 1997 (article 3). Mais Jean Salmon, d'emblée, et beaucoup d'autres après lui, ont fait part de leur inquiétude concernant l'insuffisance parfois criante de l'effectivité de ces normes.

3) En dépit de toutes ces insuffisances, le bilan de l'intervention des organisations internationales gouvernementales apparaît très largement positif. Que l'OMS se soit parée de meilleures couleurs au fur et à mesure des interventions s'avère représentatif de l'appréciation portée sur l'ensemble des organisations.

On ne saurait, bien entendu, passer sous silence ni les limites rappelées précédemment, ni les imperfections de l'action des organisations internationales. L'Union européenne a pris trop tardivement conscience des erreurs et fautes commises dans l'action conduite face à l'épidémie d'encéphalite spongiforme bovine (ESB) et des conséquences qu'elles auraient pu avoir dans la propagation de la maladie de Creuzfeld-Jacob. L'OMS et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) conviennent de ce que la lutte contre le SRAS a mis en lumière la nécessité de perfectionner certaines procédures (G.L. Burci ; J.-L. Angot). Mais on conviendra qu'il ne saurait en aller autrement si l'on se remémore les difficultés techniques, politiques, financières que l'action internationale doit s'efforcer de surmonter. Et, surtout, les pandémies récentes ont démontré la réelle capacité des organisations internationales à organiser et encadrer cette action.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Les organisations internationales ont su coordonner leur action. Dix agences opèrent au sein d'ONUSIDA. OMS, FAO, OIE ont œuvré en commun contre les épidémies de SRAS et de grippe aviaire. La coopération s'étend aux organisations régionales. Ainsi, l'Union européenne n'hésite-t-elle pas à inscrire son action dans la ligne des décisions et pratiques des organisations internationales (Directive 2005/94 du 20 décembre 2005 concernant les mesures communautaires de lutte contre l'influenza aviaire et abrogeant la Directive 92/40) et à travailler de concert avec l'OMS (V. Richard) et les autres organisations universelles ou régionales.

La mobilisation s'est traduite par une réelle capacité d'action. Elle a permis une planification des méthodes de lutte grâce à l'élaboration de recommandations, de bonnes pratiques, de guides ou de manuels. Au niveau régional et universel ont été mises en place des unités opérationnelles, petites cellules de coordination des actions étatiques, en particulier de ceux qui ont en charge la veille permanente. Ces réseaux permettent d'améliorer considérablement les performances des systèmes d'alerte. La détection des foyers épidémiques est plus rapide et l'alerte immédiatement portée à la connaissance des autres États. Dans la mise en œuvre des mesures de surveillance, de cantonnement et de traitement des pandémies une assistance est apportée aux pays les plus démunis, insuffisante sans doute, mais quelle ne serait pas la situation si elle faisait défaut !

Un aspect de ces dispositifs constitue un motif particulier de satisfaction pour les juristes, l'amélioration de leur encadrement juridique. Elle témoigne de la prise de conscience de ce qu'une action internationale efficace risque d'affecter et les souverainetés étatiques et les libertés individuelles. La règle de droit peut contribuer à l'édification d'un compromis acceptable entre les différents intérêts ainsi qu'en témoigne la révision du Règlement sanitaire international ou la Directive 2005/94 de l'Union européenne relative à la lutte contre l'influenza aviaire.

4) Comment, enfin, ne pas relever l'importance que nous avons accordée aux concepts.

Ces journées étaient consacrées à l'étude des grandes pandémies. Déjà la substitution du terme de pandémie à celui d'épidémie marque une escalade dans l'amplitude que revêt l'affection, du moins si l'on se réfère à l'étymologie. Ampleur et gravité accentuées par le recours à la qualification de grande pandémie. Y a-t-il des petites pandémies ? Celles-ci sont-elles autre chose que des pandémies virtuellement grandes ?

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Le concept de prévention sanitaire internationale a été savamment disséqué (M. Bélanger). Les insuffisances de la réflexion à son sujet au sein de l'OMS ont été jugées de nature à retarder l'établissement d'une culture mondiale de la prévention sanitaire, partant à affaiblir l'efficacité de l'action.

Que dire alors du concept de bien public international retenu de plus en plus couramment au sein des organisations internationales pour qualifier la santé ? Sans doute est-il opératoire. Le politique tout comme le sociologue ou l'anthropologue, voire le philosophe, n'éprouve aucune difficulté à se référer à la notion de bien public. L'économiste encore moins qui en revendique volontiers la paternité et peut s'appuyer sur la réflexion engagée dans sa discipline (N. Tanti-Hardouin). Ainsi a-t-on pu définir les biens publics mondiaux comme ceux qui procurent des avantages et des bénéfices à tous les pays et à toutes les populations[394]. Tel est, entre autres, le cas de la santé. Le dernier temps de ce colloque a amplement démontré que le juriste, lui, demeurait déconcerté (D. Truchet, B. Feuillet, J.-M. Sorel). Non qu'il n'adhère pas à l'idée que la protection de la santé devrait bénéficier à tous, ce qui implique un régime juridique particulier. Non plus qu'il récuse l'aptitude des concepts à muter du droit interne au droit international, à preuve les notions de domaine public international ou de patrimoine commun de l'humanité. Le problème est qu' « un bien reste défini par la science juridique comme une chose dont l'appropriation est possible et profitable »[395]. La santé n'est pas une chose ; peut-elle être un bien au sens juridique du terme ?

Cela ne clôt pas pour autant le débat juridique sur la santé bien public international, tout au contraire. La rigueur de la logique juridique a été déjà plus d'une fois sommée de s'assouplir pour prendre en compte l'usage que les acteurs sociaux font de certains termes. Aux juristes de voir s'il est judicieux, utile, que pareil traitement soit appliquée à la notion de bien.

---

[394] I.KAUL, I. GRUNBERG et M. A. STERN (dir.), *Les biens publics à l'échelle mondiale : la coopération internationale au XXIème siècle*, New York, Oxford University Press, 1999, cité par, C. CHAMARD,. *La distinction des biens publics et des biens privés. Contribution à la définition de la notion de biens publics*, Paris, Dalloz, 2004, p.32, note 156.
[395] C. CHAMARD, *op. cit.*, p.367.

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

TABLE DES MATIERES

Allocutions d'ouverture
Christian Duval 7
Sandrine Maljean-Dubois et Rostane Mehdi 11
Rapport introductif
Jean Salmon 13

Première partie
LA PREVENTION DES PANDEMIES

Chapitre 1
L'action de l'Organisation mondiale de la santé, acteur historique de la prévention
Michel Bélanger 49

Chapitre 2
Les trois principes en action dans la lutte contre le VIH/SIDA – en Algérie
Youssef Mehdi, Samia Lounnas Adel Zeddam 59

Chapitre 3
L'aide au développement et les enjeux sanitaires
Entretien avec Rony Brauman 69

Chapitre 4
La paix et la sécurité internationales à l'épreuve des pandémies, le cas du bioterrorisme
Jean-Christophe Martin 77

Deuxième partie
L'URGENCE SANITAIRE INTERNATIONALE

Chapitre 1
Révision du règlement sanitaire international, réseau « alerte et action » : l'efficacité des outils de réaction de l'OMS à l'épreuve du SRAS et de la grippe aviaire
Michèle Poulain 101

Chapitre 2
L'action des organisations régionales
Vanessa Richard 119

Chapitre 3
La gestion d'une crise sanitaire internationale le cas du SRAS
Gian Luca Burci 137

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Chapitre 4.
La gestion d'une crise sanitaire internationale :
le cas de l'influenza aviaire
Jean-Luc Angot 143

Troisième partie
TABLE RONDE
LA SANTE, BIEN PUBLIC MONDIAL ?

Introduction
Didier Truchet 155

1. Quelques réflexions sur les discours de l'OMS relatifs à la santé
Patrice Pinell 157

2. La notion de bien public mondial
vue du droit international
Jean-Marc Sorel 163

3. La santé, bien public mondial ? Le point de vue de l'économiste
Nicolas Tanti-Hardouin 169

4. La santé, d'un bien public international
à un droit fondamental international
Brigitte Feuillet 181

5. Les limites de la globalisation
de la lutte contre les pandémies
Antoine Leca 189

6. Face à une menace de pandémie grippale,
la santé deviendra-t-elle un bien public international ?
Docteur Sandrine Segovia-Kueny 195

7. Santé comme bien public mondial et gratuité des traitements
antirétroviraux :concrétisation d'une notion utopique
Alice Desclaux 201

8. Accès à la santé, accès aux médicaments
Marcelo Dias Varella 209

Conclusions générales
Louis Dubouis 215

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5
Le livre est disponible chez l'éditeur

Depuis la création de l'Organisation Mondiale de la Santé en 1948, les préoccupations sanitaires ont acquis une grande acuité : persistance de pandémies telles la tuberculose ou le paludisme, échec de certaines politiques et stratégies de développement, ravages du VIH/sida notamment en Afrique, apparition de nouveaux risques et grandes peurs (SRAS, grippe aviaire, attaques terroristes chimiques et bactériologiques). La lutte contre les grandes pandémies s'intensifie et est devenue un objectif majeur pour les Nations Unies. La santé est l'un des Objectifs du Millénaire pour le Développement, notamment le combat contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies (Objectif 6). Le 10 janvier 2000, le Conseil de sécurité des Nations Unies a identifié la pandémie du sida comme une menace pour la paix et la sécurité mondiales.

Toutes les organisations internationales sont concernées, à un titre ou à un autre. Les programmes se multiplient, de même que les initiatives tant locales qu'internationales. Sur de telles questions, la nécessité d'un partenariat entre les institutions internationales et les autres acteurs de la société internationale (gouvernements, entreprises, société civile) se fait particulièrement sentir. Mais la communauté internationale avance encore en ordre dispersé, et les résultats de ces multiples stratégies sont assez modestes. De récentes crises ont mis en lumière l'inadaptation d'un cadre institutionnel et normatif international en pleine recomposition.

Les quatorzièmes Rencontres internationales d'Aix-en-Provence ont réuni les 8-9 décembre 2006 des enseignants-chercheurs d'horizons disciplinaires différents et des praticiens (hauts fonctionnaires internationaux et nationaux, diplomates, représentants d'ONG et de grandes entreprises, médecins) pour en débattre.

COLLOQUES PUBLIÉS DANS LA MÊME COLLECTION

- Y. DAUDET *dir., Aspects du système des Nations Unies dans le cadre de l'idée d'un nouvel ordre mondial, novembre 1991*
- Y. DAUDET *dir., Actualités des conflits internationaux, décembre 1992*
- Y. DAUDET *dir., Les Nations Unies et le développement, le cas de l'Afrique, décembre 1993*
- Y. DAUDET *dir., Les Nations Unies et la restauration de l'État, décembre 1994*
- Y. DAUDET *dir., Les Nations Unies et le développement social international, décembre 1996*
- Y. DAUDET et R. MEHDI *dir., Les Nations Unies et l'ex-Yougoslavie, décembre 1997*
- S. MALJEAN-DUBOIS et R. MEHDI *dir., Les Nations Unies et la protection de l'environnement : la promotion d'un développement durable, janvier 1999*
- R. MEHDI *dir., Les Nations Unies et les sanctions : quelle efficacité ? décembre 1999*
- R. MEHDI *dir., La démocratisation du système des Nations Unies, décembre 2000*
- R. MEHDI *dir., La contribution des Nations Unies à la démocratisation de l'État, décembre 2001*
- En l'honneur d'A. MAHIOU, *Les Nations Unies et l'Afghanistan, janvier 2003*
- R. MEHDI *dir., Les Nations Unies face aux armes de destruction massive, décembre 2003*
- S. MALJEAN-DUBOIS *dir., La société internationale et les enjeux bioéthiques, décembre 2004*

9 782233 005175

ISBN 978-2-233-00517-5

26 €