

LA GESTION PAR L'OMS DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE DE PORTEE INTERNATIONALE L'exemple du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

par

Michèle Poulain

Ingénieur d'études au CNRS

Résumé : L'épidémie de SRAS vient de donner à l'Organisation mondiale de la santé l'occasion de mettre à l'épreuve le cadre stratégique qu'elle a élaboré pour répondre aux situations d'urgence sanitaire internationale. Si l'action que l'Organisation a menée, en particulier par l'intermédiaire des Réseaux d'alerte et d'action, a permis d'endiguer la propagation de l'épidémie, des enseignements peuvent en être tirés. Ils confirment la nécessité d'une amélioration des capacités de lutte, aussi bien au plan national qu'international et celle d'une actualisation de leur cadre juridique par une révision du Règlement sanitaire international dont les dispositions doivent être compatibles avec les normes de l'accord OMC sur les mesures sanitaires et phytosanitaires.

Abstract : The World Health Organization has just been given the opportunity, through the SARS epidemic, to put to the test the strategic framework it has developed to face international health emergencies. The action taken by the Organization, especially through its Global Outbreak Alert & Response Network, allowed to contain the spreading of the epidemic, but lessons can be drawn from these events: they confirm the need to improve struggling capacities on a national but also international scale, as well as to update their juridical context by reviewing International Health Regulations. Measures taken from these Regulations must indeed meet the standards of the WTO Agreement on sanitary and phytosanitary measures.

La première trace d'une action visant à protéger les populations contre l'apparition de maladies infectieuses remonte à 1377, année où la République de Venise a édicté une législation instituant une quarantaine à l'égard des navires¹. Il fallut ensuite attendre presque cinq siècles et les grandes épidémies européennes de choléra entre 1830 et 1847 pour que soit réunie à Paris, en 1851, une Conférence sanitaire internationale, et encore quarante années pour que soient adoptées en 1892 une première convention sanitaire internationale, qui concernait le choléra, et en 1897 une deuxième convention concernant la peste. En 1907, la plupart des Etats signataires de ces deux conventions – qui avaient été remplacées par une convention unique en 1903 – se sont réunis à Rome et ont mis en place l'Office international d'Hygiène Publique (OIHP), doté d'un secrétariat permanent à Paris, dont la mission était d'ajouter une surveillance internationale à la surveillance que les Etats, du moins certains d'entre eux, exerçaient en matière de santé publique. L'OIHP rassemblait donc des informations sur les flambées épidémiques afin de les communiquer aux pays participants, avec un bilan qui s'avéra plutôt négatif, dans la mesure où la réglementation, souvent dépassée par les faits, n'était pas reconnue de manière universelle et où tous les cas n'étaient pas notifiés par crainte de réactions négatives sur les échanges internationaux². Continuant dans cette direction, l'Organisation mondiale de la santé (OMS)³ adopta à sa quatrième session, le 25 mai 1951, un Règlement sanitaire

¹ OMS, *Le règlement sanitaire international : une protection maximum avec un minimum de restrictions*, fiche JMS 97.9, éditée à l'occasion de la Journée mondiale de la santé 1997 « Maladies infectieuses émergentes », 7 avril 1997, [<http://www.who.int/archives/whday/fr/documents1997/jms09.pdf>].

² Sur les efforts de législation sanitaire au niveau international avant la création de l'OMS, voir : *A crises mondiales, solutions mondiales ; Gérer les urgences sanitaires de portée internationale au moyen de la version révisée du règlement sanitaire international*, doc OMS, WHO/CDS/CSR/GAR/2002.4, pp. 1-2 ; v. également Richard Cash et Vasant Narasimhan, « Obstacles à la surveillance mondiale des maladies infectieuses : conséquences de la notification publique dans une économie mondialisée », *Bulletin de l'OMS*, Recueil d'articles n° 4, 2001, pp. 189-198, spéc. pp. 189-190.

³ La Constitution de l'OMS a été adoptée en juillet 1946 par soixante et un Etats membres des Nations Unies. Elle est entrée en vigueur le 7 avril 1948, « établissant l'Organisation mondiale de la santé comme une institution spécialisée aux termes de

international (ci-après : RSI), destiné à prévenir la propagation de certaines maladies infectieuses : le choléra, la peste, la fièvre jaune et la variole⁴. Depuis lors, l'amélioration des conditions d'hygiène et de nutrition, le développement des vaccins et d'antibiotiques de plus en plus ciblés et de plus en plus performants, ainsi que l'éradication de la variole à la fin des années 1970⁵, se sont traduits par la fausse certitude que tout phénomène infectieux pouvait être jugulé, tant et si bien que

« les fonds précédemment affectés à la lutte ont été consacrés à d'autres problèmes, les experts ont pris leur retraite ou quitté le terrain et les étudiants se sont intéressés à des sujets plus gratifiants que les virus et les bactéries, de sorte que l'infrastructure de la lutte contre les maladies transmissibles a commencé à s'affaïssir »⁶.

A partir des années 1990, on constata alors l'émergence de nouvelles maladies et l'augmentation de la prévalence de maladies anciennes qui étaient devenues rares⁷, ceci en conséquence de divers facteurs : le volume important des voyages, professionnels ou touristiques, et des échanges internationaux de denrées alimentaires, l'absence dans beaucoup de pays en développement de systèmes efficaces d'assainissement et d'hygiène dans la préparation des aliments ainsi que, pour certains d'entre eux, l'effondrement des infrastructures de santé ; les altérations de l'environnement et du climat ayant un impact direct sur les populations d'insectes vecteurs et des réservoirs animaux ; le développement des résistances aux antibiotiques liées à de mauvaises conditions d'utilisation ; la menace enfin d'accidents causés par des agents biologiques⁸. L'Assemblée mondiale de la santé, « préoccupée par l'absence de surveillance mondiale coordonnée qui permette de détecter, de notifier et de combattre les maladies infectieuses »⁹ a donc adopté en 1995 une résolution invitant tous les membres à renforcer la surveillance de ces maladies autant par un dépistage et une identification précoces que par une communication accrue à tous les niveaux, national et international¹⁰. De manière à faciliter l'application de cette résolution, l'Organisation créa un « Département Maladies transmissibles : surveillance et lutte » (EMC) dont les activités visent à écarter les risques que présentent, au niveau mondial, les maladies infectieuses émergentes ou réémergentes, les épidémies et les agents infectieux pharmacorésistants. Ces activités tendent à rassembler des informations, à coordonner la stratégie internationale, à fixer des normes mondiales et à aider les pays pour tout ce qui touche à la surveillance des maladies infectieuses, à prévoir une planification préalable et à organiser une riposte en cas d'épidémie¹¹.

C'est dans ce contexte qu'apparaissent en Chine, dans la province de Guandong, en novembre 2002, les premiers cas d'une pneumonie atypique, qui se répand très rapidement. Le 12 mars 2003, après la

l'article 57 de la Charte des Nations Unies » (Préambule), dont le but est « d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible » (article 1^{er}).

⁴ La version actuelle du RSI est disponible, uniquement en langue anglaise, sur le site de l'OMS : [http://www.who.int/csr/ihr/en].

⁵ Le dernier cas connu a été notifié en Somalie en 1977 et l'OMS a déclaré l'éradication de la maladie dans sa résolution WHA33.3 du 8 mai 1980.

⁶ OMS, *Les maladies infectieuses émergentes*, fiche JMS 97.1, Journée mondiale de la santé 1997, *op. cit.*, [http://www.who.int/archives/whday/fr/documents1997/jms01.pdf].

⁷ Selon les définitions données par l'OMS (*Aide-mémoire*, n° 97, révision août 1998) « les maladies infectieuses émergentes résultent d'infections nouvellement identifiées et auparavant inconnues qui entraînent des problèmes de santé publique au niveau local ou international » (la nouvelle variante de la maladie de Creutzfeldt-Jacob, décrite pour la première fois en 1996 au Royaume-Uni, le virus Ebola dont les premières flambées datent de 1976 et qui a été isolé en 1977, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), responsable du sida, isolé pour la première fois en 1983). Le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) entre dans cette catégorie. « On parle de maladies infectieuses réémergentes quand on observe la réapparition ou une augmentation d'infections connues mais devenues si rares qu'elles n'étaient plus considérées comme des problèmes de santé publique » (le choléra, disparu du continent américain pendant un siècle et réapparu en 1991 où plus de 390 000 cas ont été enregistrés ; la fièvre jaune, importée aux Etats-Unis en 1996 par des touristes qui avaient voyagé dans des régions exposées sans avoir été vaccinés ; v. OMS, *Aide-Mémoire* n° 200, juin 1998).

⁸ V. OMS, *Agir contre les infections*, vol. 2(6), septembre-octobre 2001. Sur les relations entre les épidémies et le climat en Afrique, v. A. Githeko et alii, « Changement climatique et maladies à transmission vectorielle : une analyse régionale », *Bulletin de l'OMS*, Recueil d'articles n° 4, 2001, pp. 63-71. Le cas des maladies transmissibles dans les situations d'urgence complexes, qui concernent ceux des pays en développement où sévit un conflit à l'état endémique (Angola ou République démocratique du Congo, par exemple) soulève des problèmes différents en ce sens que la transmission des maladies infectieuses y est largement prévisible : l'instabilité entraîne le déplacement massif des populations, regroupées dans des camps où se répandent entre autres la dysenterie, le choléra et, en secteur sensible, le paludisme. Ces situations, que l'on a pu également appeler de manière en apparence paradoxale « situations d'urgence chronique » relèvent à l'OMS d'un Programme spécialisé. V. Maire Connolly, « Explosion de maladies transmissibles en situations d'urgence complexes », *Agir contre les infections*, vol. 3(2), septembre-octobre 2002, pp. 1-2.

⁹ Résolution WHA48.13 du 12 mai 1995.

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ Voir *Sécurité sanitaire mondiale : alerte et action en cas d'épidémie*, rapport du Secrétariat, doc. A54/9 du 2 avril 2001, § 7.

notification de plus de 300 cas depuis la mi-février chez des personnes résidant en Asie ou en provenant, l'OMS lance une alerte mondiale et « en attendant d'en savoir plus [...] préconise les techniques de soins en isolement pour les patients qui présentent une pneumonie atypique et sont susceptibles d'être en relation avec ces flambées »¹² ainsi que la notification aux autorités sanitaires de tout cas suspect. Trois jours plus tard, devant la rapidité de la propagation du syndrome qui, de la Chine, du Vietnam et de Hong Kong, a gagné simultanément le Canada, l'Indonésie, les Philippines, Singapour et la Thaïlande, l'Organisation dresse un tableau des principaux signes de ce qu'elle décide de nommer syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)¹³ et publie des recommandations, dont certaines à l'usage des voyageurs et des compagnies aériennes¹⁴. Le 2 avril, fait rarissime dans l'histoire de l'Organisation, les voyages sont déconseillés vers les zones apparemment les plus touchées, Hong Kong et la province de Guandong en Chine¹⁵. Les données sont ensuite fréquemment actualisées tant sur l'évolution de la maladie que sur les mesures prises¹⁶. Le 10 juin, on peut noter un recul régulier depuis plusieurs semaines¹⁷ et le 24 juin l'Organisation lève son avis recommandant de ne pas se rendre à Pékin¹⁸. Le 5 juillet, Taïwan est la dernière à être retirée de la liste des destinations déconseillées¹⁹. Si l'épidémie a été maîtrisée, c'est par l'utilisation combinée des méthodes traditionnelles de lutte contre les maladies infectieuses – isolement des malades et quarantaine pour les personnes ayant été en contact avec eux²⁰ – et des techniques sophistiquées de communication et de recherche. De nombreuses données demeurent toutefois mal connues, voire inconnues, en particulier celles qui sont relatives à l'origine du virus, à ses modes de contagion et de mutation, ainsi que celles qui concernent l'existence d'un réservoir animal ou humain²¹. L'OMS insiste donc sur la nécessité de conserver un niveau de mobilisation important²² à l'égard d'une pathologie qui a successivement été reconnue « menace sanitaire mondiale », puis « urgence de santé publique mondiale »²³.

¹² OMS, *Communiqué de presse*, 12 mars 2003.

¹³ Poussée fébrile et un ou plusieurs symptômes respiratoires (toux, dyspnée, gêne respiratoire) et contact rapproché avec une personne chez qui le syndrome a été diagnostiqué ou voyage récent dans les zones déclarant des cas (OMS, *Communiqué de presse*, 15 mars 2003, souligné dans le texte original). Sur l'historique de la transmission à l'échelle mondiale, v. *Le Monde*, 1^{er} avril 2003.

¹⁴ Isolement des malades, déclaration de tous les cas présumés aux autorités sanitaires nationales, communication au personnel soignant de toutes informations concernant un récent voyage ; pour l'équipage des avions : prévenir d'une suspicion tous les passagers ainsi que l'aéroport de destination ; dans tous les cas laisser aux autorités sanitaires de celui-ci une adresse où l'équipage et passagers peuvent être contactés pendant les quinze jours suivants le voyage (*ibid*).

¹⁵ « [L]'un des avis les plus rigoureux de ses cinquante-cinq ans d'existence », OMS, *Communiqué de presse*, 2 avril 2003.

¹⁶ Les mises à jour ont été quotidiennes, sauf le dimanche, jusqu'au 7 juin 2003 et du lundi au vendredi à compter du 7 juin. Au 5 juillet 2003, 96 mises à jour ont été faites, indiquant un total de 8 439 personnes atteintes, dont 812 décès. Les zones les plus touchées ont été la Chine, Hong Kong et Taïwan.

¹⁷ *Le Monde*, 12 juin 2003.

¹⁸ OMS, SRAS, mise à jour n° 87, 24 juin 2003 ; *Le Monde*, 25 juin 2003.

¹⁹ OMS, SRAS, mise à jour n° 96, 5 juillet 2003 et *Communiqué de presse* du même jour.

²⁰ Ainsi, à Hong Kong, isolement de quatre-vingt familles dont un membre au moins avait eu des contacts avec un malade (*Le Monde*, 12 avril 2003) ; en France, mesure prise par le groupe nucléaire Areva, qui autorise ses salariés à rentrer mais leur impose de rester dix jours à leur domicile, temps apparemment maximal d'incubation de la maladie (*Le Monde*, 15 avril 2003). A noter également le souhait émis par le maire de Besançon, Jean-Louis Fousseret, qu'un débat public soit mené sur le point de savoir si une personne potentiellement contagieuse peut, ou non, être hospitalisée sous la contrainte (*Le Monde*, 20-21 avril 2003), ceci étant à rapprocher du texte du projet de loi n° 877 relatif à la politique de santé publique, adopté par l'Assemblée nationale en première lecture le 14 octobre 2003, dont l'article 10 ajoute, entre autres, au code de la santé publique un article L 3110.1 prévoyant qu'en cas de menace sanitaire grave, peut être adoptée « toute mesure proportionnée aux risques courus et appropriée aux circonstances de temps et de lieu afin de prévenir et de limiter les conséquences des menaces possibles sur la santé de la population [...] y compris des mesures individuelles » (souligné par nous) (disponible sur le site de l'assemblée nationale [<http://www.assemblee-nat.fr>], rubrique « projets de lois déposés à l'assemblée »).

²¹ Sur la base des conclusions adoptées par les participants à la réunion de travail tenue à Genève les 16 et 17 mai 2003 (*Consensus document on the epidemiology of severe acute respiratory syndrome*, doc WHO/CDS/CSR/GAR/2003.11), l'Assemblée mondiale de la santé note ainsi « que beaucoup de choses restent à élucider concernant l'agent causal et les caractéristiques cliniques et épidémiologiques du SRAS et qu'il est encore impossible de prévoir l'évolution future de l'épidémie », résolution WHA56.29, 28 mai 2003. Le point sur les connaissances et les lacunes a depuis lors été fait par la Conférence tenue à Kuala Lumpur (Malaisie) les 17 et 18 juin 2003 (V. les documents préparatoires et le compte-rendu des interventions sur le site de l'OMS [http://www.who.int/csr/sars/conference/june_2003/en/] ; v. également *Le Monde* des 19, 25 avril et 25 juin 2003) ; il a été actualisé, lors de sa première réunion, par le Comité de l'OMS sur la recherche scientifique concernant le SRAS (OMS, *Communiqué de presse*, 22 octobre 2003).

²² Le document « Alerte au SRAS, vérification et mesures de santé publique dans l'après-flambée » décrit ainsi un mécanisme d'alerte indiquant « comment gérer une alerte au SRAS jusqu'à, et y compris, la confirmation en laboratoire ou l'exclusion du diagnostic de SRAS » (OMS, *Communiqué de presse*, 14 août 2003, § 1).

²³ OMS, *Communiqué de presse*, 15 mars 2003 ; OMS, *Rapport du secrétariat*, document A56/48, 17 mai 2003, § 26 (« Mesures à prendre par l'Assemblée de la santé »). Son taux de létalité global, un moment estimé à 14-15% (*ibid.*, § 12) se situe aux alentours de 10 % mais il pourrait dépasser 50 % chez les personnes âgées de plus de 65 ans (*ibid.*).

L'action de l'Organisation tend en conséquence à « éviter si possible qu[e le SRAS] ne devienne une nouvelle maladie endémique »²⁴. Elle s'inscrit dans un cadre stratégique déjà opérationnel en matière de lutte contre les maladies infectieuses (I). Les différents développements intervenus ont cependant montré, ou confirmé, la nécessité d'en repenser certains éléments (II) et d'en actualiser le cadre juridique (III).

I. - UN CADRE STRATEGIQUE OPERATIONNEL

La stratégie récemment installée par l'OMS montre une dynamique certaine des objectifs et des méthodes en vue de limiter la propagation internationale des agents infectieux. La gestion du SRAS a été l'occasion d'en tester l'efficacité.

A. - Les réseaux d'alerte et d'action

A partir de 1997, l'OMS a imaginé et mis en oeuvre un système d'information qui repose sur plusieurs partenaires, aussi bien sources officielles (professionnels de la santé, laboratoires, bureaux régionaux de l'OMS, réseaux militaires) que non officielles (ONG, médias et forums de discussion électroniques). 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 et regroupant des représentants des institutions déjà partenaires dans la surveillance des épidémies²⁵.

Le réseau repose sur des principes généraux²⁶ tendant à la coordination des mécanismes déjà existants, qu'il vient compléter et renforcer. Il a pour fonctions l'identification rapide, la vérification et la communication des menaces visant à une réponse coordonnée. Il consiste en une alliance globale de partenaires avec, au centre, un comité de coordination composé de membres du réseau selon une large représentation géopolitique et, au Siège de Genève, une équipe opérationnelle. Il est financé sur les fonds de l'OMS avec des possibilités extrabudgétaires. Actuellement, le réseau est composé de cent douze équipes qui sont concrètement chargées de vérifier sur le terrain les mesures de protection prises par les hôpitaux, d'aider les ministères de la santé dans le suivi épidémiologique, de s'assurer que les prélèvements sont analysés en sécurité par les laboratoires et de mobiliser la communauté sanitaire locale. Depuis 1997, année où le mécanisme a commencé à fonctionner, ce sont 745 rapports qui ont fait l'objet d'une enquête²⁷ et de janvier 1998 à mars 2002, les investigations de l'OMS ont ainsi pu porter sur 538 flambées importantes dans 132 pays²⁸.

Parmi les réseaux préexistants apportant leur coopération, on peut noter :

- le Réseau mondial d'intelligence en santé publique (RMISP), logiciel élaboré par Santé-Canada, utilisé par l'OMS depuis 1997 : 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 et groupes de discussion électroniques ; les textes sont ensuite lus par des chercheurs qui combinent les résultats pour opérer une synthèse, ce qui représente le traitement quotidien de plus de 18 000 éléments, dont environ 200 donnent lieu à une analyse plus poussée²⁹. Ce système, qui utilise l'Internet, permet 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.

²⁴ *Ibid.*, § 26.

²⁵ Voir *Global Outbreak Alert and Response: Report of a WHO Meeting*, Genève, 26-28 avril 2000, [<http://www.who.int/csr/resource/publications/surveillance/whocdscsr2003.pdf>].

²⁶ *Ibid.*, Partie 3 : recommandations. V. également *A Framework for Global Outbreak Alert & Response*, document OMS WHO/CDS/CSR/200.2, 16 p., spéc. pp. 7-14.

²⁷ A54/9, 2 avril 2001, § 15.

²⁸ *Syndrome respiratoire aigu sévère : Statut de la flambée et leçons pour l'avenir*, OMS, Département Maladies transmissibles : Surveillance et Action, 20 mai 2003, p. 5.

²⁹ *Ibid.*

- le Réseau de surveillance des antibiotiques - ou réseau WHONET - créé parce qu'un nombre de plus en plus important d'antimicrobiens fondamentaux deviennent cliniquement inefficaces et que la résistance des agents pathogènes s'est étendue des médicaments de première intention à ceux de deuxième, voire troisième intention, compromettant alors sérieusement le résultat du traitement. Le principal moteur de cette résistance est l'usage même qui est fait des antimicrobiens : utilisation excessive, en particulier contre des infections mineures, mauvaise utilisation, notamment faute d'accès à des traitements appropriés ou sous-utilisation faute de moyens financiers pour achever les traitements³⁰. Grâce au réseau WHONET, l'OMS reçoit des informations actualisées sur l'état de la résistance, les communique à tous les pays, recense les problèmes et aide la recherche³¹.

Par ailleurs, l'OMS utilise une technique cartographique qui permet la localisation de cas et une analyse rapide de la dynamique de l'épidémie. Cette technique - ou système d'information géographique (SIG) - a notablement progressé depuis la fin des années 90. On la décrit comme

« un ensemble de matériel informatique, de logiciels, de données géographiques et de personnel, conçu de façon à permettre de façon efficace la collecte, le stockage, la mise à jour, la manipulation, l'analyse et l'affichage de toutes formes d'informations à référence spatiale »³².

En clair, cette technique rend possible l'intégration et la gestion, au plan géographique, de grandes quantités d'informations provenant de différentes sources³³, permettant ainsi d'évaluer dans les délais les plus rapides l'extension d'une épidémie.

B. - L'application au SRAS

1. - Mise en place de la stratégie

C'est dans ce cadre général que l'OMS a été amenée à gérer l'épidémie de SRAS. La décision de l'Organisation de renforcer le niveau de l'alerte initiale prononcée le 12 mars 2003 a tenu à la coexistence de cinq facteurs³⁴ : le fait que l'origine, et donc la capacité épidémique, de l'agent causal soient inconnues ; les grands risques apparemment courus par le personnel soignant et, plus généralement, par toute personne en contact rapproché ; l'absence d'effet des tentatives d'utilisation empirique de plusieurs antibiotiques et antiviraux ; le nombre important de malades qui se trouvent rapidement en état de détresse respiratoire et nécessitent 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 de la maladie de son milieu d'origine, l'Asie, vers l'Europe et l'Amérique du Nord.

³⁰ Sur tous ces points, voy. *Stratégie mondiale OMS pour la maîtrise de la résistance aux antimicrobiens*, Genève, 2002, WHO/CDS/CSR/DRS/2001.2a, 1^{ère} partie. L'Assemblée mondiale de la santé a demandé aux États membres de prendre des mesures visant à une utilisation appropriée et économiquement rationnelle des antimicrobiens (résolution WHA51.17, 16 mai 1998). On peut ajouter aux causes ici répertoriées l'utilisation abusive, en tant qu'activateurs de croissance dans l'alimentation animale, d'antimicrobiens également utilisés en thérapeutique humaine. Sur le soutien que peut sur ce point apporter le droit à la médecine - par un retrait effectif de l'autorisation d'antibiotiques utilisés dans l'alimentation animale, en raison des incertitudes subsistant dans le risque d'apparition et/ou d'accroissement de résistance chez l'homme - voy. les arrêts rendus le 11 septembre 2002 par le Tribunal de première instance des Communautés européennes : *Alphafarma c. Conseil* (T 70/99) et *Pfizer c. Conseil* (T 13/99).

³¹ Les objectifs à long terme sont les suivants : encourager l'adoption de politiques et de pratiques propres à améliorer la lutte contre les infections et les soins aux malades au niveau local, prolonger la durée de vie utile des antibiotiques existants, appuyer l'élaboration rationnelle de listes régionales de médicaments essentiels, déceler et contenir l'émergence de bactéries polychimiorésistantes, normaliser l'interprétation des épreuves de résistance aux antibiotiques, aider ceux qui participent à la recherche sur les antibiotiques ainsi qu'au développement et à la promotion de ces produits. Voir les fiches établies pour la Journée mondiale de la santé 1997, JMS 97.2, *Maladies infectieuses émergentes* et JMS 97.8 *Réseau OMS pour la surveillance de la résistance aux antibiotiques*.

³² *Normes recommandées par l'OMS pour la surveillance*, OMS, Département des maladies transmissibles – Surveillance et action, 2^{ème} édition 2000, document WHO/CDS/CSR/ISR/99.2, annexe 3, p. 191.

³³ Pour des développements complets, et notamment un exemple concret tiré de l'utilisation d'un SIG dans les programmes d'éradication du ver de Guinée, *ibid.*, pp. 191-195.

³⁴ Voir *Syndrome respiratoire aigu sévère...*, *op. cit.*, p. 4.

L'OMS a alors, dès le 17 mars, activé trois réseaux spécifiquement consacrés à l'étude de l'épidémie, qui ont fonctionné dans le cadre du Réseau « Alerte et Action »³⁵. Composés de trois équipes - une équipe de quatre-vingt cliniciens qui étudient les signes de la pneumonie atypique et les traitements appliqués ; une équipe de treize laboratoires qui cernent l'étiologie (les causes) de la maladie ; une équipe d'épidémiologistes enfin qui analysent la propagation de la pneumonie³⁶ - ils ont partagé quotidiennement leurs résultats par voie de téléconférence, sous l'égide d'une équipe genevoise servant de quartier général, ainsi que par l'accès à un site web protégé utilisant, entre autres, la technique cartographique du SIG. Grâce à cette structure et à cette coopération, l'identification du coronavirus³⁷, d'un type inconnu jusqu'ici, a pu être faite dès le 17 avril, soit un mois seulement après l'alerte initiale³⁸.

2. - Examen critique

S'ajoutant aux contraintes budgétaires, conséquences de budgets limités³⁹, différents obstacles peuvent théoriquement être relevés : insuffisances des systèmes nationaux de surveillance aptes à fournir quotidiennement des informations détaillées ; incapacité des autorités à obtenir des informations auprès des provinces ou territoires concernés ; refus de leur part d'alerter l'OMS par crainte des répercussions internationales négatives ; non coopération des équipes scientifiques, chacune espérant être, seule, à l'origine de découvertes significatives⁴⁰. Si l'on peut dès l'abord - on vient de le voir - écarter le dernier, la gestion de l'épidémie par la Chine permet de relever le caractère très réel des autres.

La Chine connut son premier cas de pneumonie atypique en novembre 2002 et, malgré un développement constant des cas, a tout d'abord gardé le silence sur ce qu'elle considérait comme secret d'Etat⁴¹. Le voile se levant peu à peu par l'intermédiaire de médias étrangers⁴², la réaction des autorités chinoises fut alors de minimiser l'importance de l'épidémie⁴³. Ce n'est qu'au 26 mars 2003 que la Chine s'est décidée à fournir des données plus fiables⁴⁴ et au 28 mars qu'elle a rejoint le réseau de lutte. Le 2 avril, elle a donné l'autorisation à une équipe OMS de se rendre à Guandong⁴⁵ et deux jours plus tard, elle a commencé à notifier quotidiennement le nombre de cas et le nombre de décès, par province. Le 9 avril, l'équipe OMS a présenté un rapport au ministère de la santé, faisant part d'interrogations sur la capacité de certaines provinces à faire face à l'épidémie, ce qui a poussé

³⁵ V. la déclaration de Tom Grein, épidémiologiste, chef de projet pour les opérations d'alerte et d'action : « Nous n'avons pas créé de nouvelle structure mais nous avons renforcé l'existant » (*Le Monde*, 25 avril 2003).

³⁶ *Syndrome respiratoire aigu sévère...*, *op. cit.*, p. 7.

³⁷ Les coronavirus sont des virus entourés par un halo, ou couronne, auquel ils doivent leur nom. V. Institut Pasteur, *communiqué de presse*, 1^{er} avril 2003.

³⁸ *Révision du règlement sanitaire international*, rapport du secrétariat, document A 56/48, 17 mai 2003, § 15 ; *Le Monde*, 18 avril 2003.

³⁹ Des crédits supplémentaires seraient nécessaires à tous les niveaux : équipes OMS, bureaux régionaux de l'Organisation, capacité de veille sanitaire des Etats (*Le Monde*, 25 avril 2003). Le Dr Guenaël Rodier, Directeur du Département « Maladies transmissibles, surveillance et action » de l'OMS, a émis l'idée que le SRAS avait montré « la nécessité d'un fonds global pour la sécurité sanitaire mondiale, avec des investissements constants, comme pour la sécurité collective », *ibid.*

⁴⁰ On se souvient de la concurrence acharnée, suivie d'une controverse non moins acharnée, entre les équipes Luc Montagnier (Institut Pasteur, France) et Max Gallo (National Health Institute, États-Unis) à propos du sida. Pour un historique, voy. notamment : N. Franck, « Huit années de polémique ; la longue traque », *Le Monde*, 7 mai 1991.

⁴¹ La Chine a ainsi stigmatisé ultérieurement la liberté de ton adoptée par la presse de Hong Kong alors même qu'aucune information ne filtrait en Chine elle-même (*Le Monde*, 9 avril 2003). On sait que Pékin souhaite voir le Parlement de Hong Kong adopter une loi sur la sécurité nationale, qui introduirait dans la législation diverses infractions, dont le vol de secret d'Etat et qui restreindrait la liberté de la presse (*Le Monde*, 9 avril, 2 et 8 juillet 2003).

⁴² Des réactions de panique furent constatées dans la population quand celle-ci eut connaissance des faits, en particulier repli des villages sur eux-mêmes, avec barricades et tours de garde, pour empêcher les citoyens de passage d'approcher (*Le Monde*, 3 mai 2003).

⁴³ « L'explosion de pneumonie atypique qui a affecté certaines parties du Guandong est sous contrôle », déclarait le ministre de la santé (*Le Monde*, 20 mars 2003), réitérant son optimisme et sa confiance le 3 avril (*Le Monde*, 8 avril 2003).

⁴⁴ Sur cette chronologie, voir *Syndrome respiratoire aigu sévère...*, *op. cit.*, pp. 8 à 10. Les chiffres officiellement communiqués montrent alors une croissance plus que rapide, passant le 31 mars, en une seule fois, des 305 cas dont 5 décès recensés jusque-là, à 806 cas dont 34 décès (*Le Monde*, 2 avril 2003), jetant ainsi le doute sur la crédibilité de toutes les informations données.

⁴⁵ Celle-ci semble néanmoins s'être heurtée à l'opacité d'un système dans lequel l'information circule mal, si tant est qu'elle circule. *Time* révèle ainsi que, lors des visites de la délégation, des malades du SRAS hospitalisés avaient été transférés dans un hôtel et que d'autres - situation ubuesque - avaient été installés dans des ambulances qui avaient tourné autour de la ville le temps que la Délégation achève sa visite (*Le Monde*, 19 et 22 avril 2003).

les autorités à entreprendre une campagne de relations publiques afin de restaurer une crédibilité mise à mal par une gestion contestable⁴⁶.

Ceci représente au total 5 mois complets de perte de temps, délai qui a supprimé de manière radicale toute possibilité d'endiguer l'épidémie à son point de départ.

« Pour toutes les nations, il y a là une leçon à retenir : dans un contexte de mondialisation et de connections [sic] électroniques, toute tentative de tenir secrets des cas de maladies infectieuses par crainte d'éventuelles retombées sociales ou économiques doit être considérée comme une mesure à court terme et « bouche-trous » dont le coût se révélera élevé – perte de crédibilité aux yeux de la communauté internationale, escalade de dommages économiques domestiques, dégâts causés à la santé et à l'économie des pays voisins, sans oublier le risque très réel que la flambée sur le territoire même du pays n'échappe à tout contrôle »⁴⁷.

L'émergence du SRAS, autant que son développement facile et rapide dans une société très mobile, ont ainsi mis en évidence la nécessité que les capacités de détection et de réponse soient développées au maximum.

II. - AMELIORATION DES CAPACITES DE LUTTE

Comme l'a indiqué le Dr. Jong-wook Lee, nouveau Directeur général de l'OMS,

« [...] l'amélioration de la surveillance sanitaire mondiale et de la gestion des données sera l'un des grands objectifs de l'OMS au cours des cinq années à venir. [...] Quatre-vingt-dix pour cent des ressources seront consacrées à la mise en place de moyens de surveillance des maladies aux niveaux national et régional. [...] Nous allons d'autre part développer et améliorer l'évaluation de la santé en insistant sur la mise en place de capacités dans les pays »⁴⁸.

L'OMS a d'ores et déjà entrepris des actions en vue d'améliorer les capacités de lutte contre les agents infectieux. La gestion du SRAS a clairement montré la nécessité de cette amélioration, à la fois sur les plans national et international, afin qu'à l'avenir il puisse être efficacement répondu à une urgence sanitaire de portée internationale.

A. - Dans le cadre national

Suivant une approche incitative, l'OMS a édicté tout un ensemble de directives à l'intention des ministères de la santé⁴⁹. Ces directives contiennent diverses informations, telles que les raisons et les modalités de la lutte, un résumé de l'étiologie et des différents modes de transmission, une description

⁴⁶ Au nombre des mesures spectaculaires, le limogeage du ministre de la santé et celui du maire de Pékin (*Le Monde*, 22 avril 2003) ainsi que la participation de la Chine au sommet extraordinaire organisé par l'Association des Nations du Sud-est asiatique à Bangkok le 29 avril (*Le Monde*, 2 mai 2003). A noter que le système chinois a également produit l'explosion de la pandémie de sida, causée par les conditions techniques non sécurisées de la collecte du sang et l'existence florissante d'un commerce clandestin parallèle (*Le Monde*, 24 août 2001 et 8 juin 2002 ; *Keesing's Record of World Events*, 2001, n°8, 44303). V. également, sur un plan plus général, le rapport annuel d'ONUSIDA, décembre 2002, pp. 7 et 8.

⁴⁷ *Syndrome respiratoire aigu sévère...*, op. cit., p. 9.

⁴⁸ Dr. Jong-Wook Lee, Discours à la 56^{ème} Assemblée générale de la santé, Genève, 21 mai 2003 [http://www.who.int/dg/lee/speeches/2003/21_05/fr/].

⁴⁹ *Stratégies recommandées par l'OMS contre les maladies transmissibles – prévention et lutte*, OMS, 2002, WHO/CDS/CPE/SMT/2001.13, 200 p., p. 8. Les « directives » ici visées n'ont que la valeur de recommandations « qui propose[nt] à leurs] destinataires un comportement donné » (P. Daillier, A. Pellet, *Droit international public*, LGDJ, 7^{ème} édition, 2002, p. 377), recommandations que l'Assemblée de la santé a autorité pour émettre « en ce qui concerne toute question entrant dans la compétence de l'Organisation » (Constitution de l'OMS, article 23). Elles sont substantiellement différentes des « directives » européennes qui « lient tout membre destinataire quant aux résultats à atteindre, tout en laissant aux instances nationales la compétence à la fois quant à la forme et aux moyens » (article 249 du Traité instituant la Communauté européenne, v. P. Daillier, A. Pellet, *ibid.* p. 369).

clinique, la liste des interventions recommandées et les contacts OMS pour chaque maladie, mais elles ne forment qu'un cadre non contraignant soumis à la volonté et aux capacités des institutions nationales⁵⁰. C'est pourquoi il était nécessaire d'aller plus avant. L'Organisation s'est donc attachée à renforcer ses compétences et son influence dans différents domaines, y compris non médicaux mais dont dépendent les arbitrages en matière de santé publique, tels les problèmes économiques⁵¹. Sur le plan médical, elle cherche à obtenir une amélioration des capacités nationales de lutte contre les maladies infectieuses qui passe par l'utilisation de protocoles d'évaluation.

1. - L'amélioration de la qualité des laboratoires nationaux de santé publique

Laissant aux pays développés la responsabilité de s'auto-améliorer, l'OMS concentre tout naturellement ses efforts sur l'assistance donnée aux pays en développement. Afin de mettre à jour les connaissances et les compétences des professionnels de ces pays appelés à lutter contre les épidémies, elle organise des actions de formation, comme celle qui est menée par l'intermédiaire du Bureau OMS créé à Lyon le 16 mai 2000⁵². Le Bureau a été inauguré le 8 février 2001 et a commencé à fonctionner en avril de cette même année. Sa mission est de « renforcer la capacité des pays en développement à faire face aux épidémies et aux infections émergentes, y compris pour le dépistage de la pharmacorésistance »⁵³ par l'organisation de stages de formation d'une durée de deux années.

2. - La mise au point de protocoles d'évaluation

Un premier protocole, établi en 1997⁵⁴, était destiné aux institutions nationales, afin que chaque Etat soit en mesure d'évaluer lui-même ses performances en matière de santé et d'apporter des modifications en suivant les conseils généraux donnés par le document. Il était prévu que l'enquête soit réalisée par une équipe de techniciens provenant de tous les niveaux auxquels se situe le système de surveillance⁵⁵. Cette équipe devait présenter des recommandations en vue d'améliorations et prévoir des évaluations ultérieures afin de contrôler la mise en oeuvre des objectifs⁵⁶. Comme cependant tous les pays ne réussissent pas de la même manière - on serait tenté d'écrire que tous ne « jouent pas le jeu » de la même manière, mais certains n'en ont guère la possibilité - l'OMS a cherché à aller un peu plus loin et a édicté un deuxième protocole en 2001⁵⁷, sur des bases renouvelées. Le système national de surveillance épidémiologique, défini comme « le processus de recueil, collation et analyse systématiques de données et leur prompt diffusion aux personnes qui en ont besoin pour une action pertinente »⁵⁸ y est replacé dans le contexte plus général de la surveillance en santé publique, laquelle relève du système d'information sanitaire. Le protocole part du principe que l'évaluation ne relève plus du seul Etat, qui en conserve toutefois l'initiative puisqu'il doit, lui-même, faire appel à l'OMS, à laquelle il donne mandat pour en faciliter la réalisation et avec laquelle il exerce une responsabilité partagée⁵⁹. Le processus repose sur un double volet : d'une part, évaluer la structure, les processus, les compétences, les ressources, l'efficacité et la coordination du système national de surveillance, de préparation épidémique et de riposte aux maladies transmissibles et, d'autre part, proposer un plan d'action. Des techniciens du pays concerné participent toujours à l'évaluation, conjointement avec ceux de l'OMS, le ministère de la santé étant considéré comme « l'agent-clé », cependant que le rôle de l'équipe extérieure « est de faciliter le processus en faisant appel à des méthodes et à des outils normalisés, comme le recommande l'OMS »⁶⁰. Le déroulement des opérations est prévu et un modèle d'ossature pour le rapport est

⁵⁰ Comme l'a rappelé la Chambre d'appel du Tribunal pénal international pour l'ex-Yougoslavie, « [e]n droit international coutumier, les Etats, par principe, ne peuvent recevoir d'« ordres », qu'ils proviennent d'autres Etats ou d'organismes internationaux » (IT-95-14-AR 108 bis, § 26, cité par P. Daillier, A. Pellet, *ibid.*, p. 424).

⁵¹ D'où la création en janvier 2000, au sein de l'Organisation, de la Commission macro-économie et santé. V. R. Feachem, « Systèmes de santé : des données nouvelles alimentent le débat », *Bulletin de l'OMS*, Recueil d'articles n°3, 2000, p. 150.

⁵² Convention signée par Dominique Gillot, Secrétaire d'Etat à la santé, le Dr. Gro Harlem Brundtland, Directeur Général de l'OMS, Raymond Barre, Maire de Lyon et le Dr. Charles Mérieux, président de la Fondation Mérieux [<http://www.pasteur.fr/actu>].

⁵³ *Agir contre les infections*, vol 2(1), mars 2001, p. 3.

⁵⁴ *Protocole pour l'évaluation des systèmes de surveillance épidémiologique*, Document WHO/EMC/DIS/97.2.

⁵⁵ Point 2.4 : « Organisation préliminaire de l'évaluation ».

⁵⁶ Point 5, 1 à 4.

⁵⁷ *Protocole d'évaluation des systèmes nationaux de surveillance et de riposte concernant les maladies transmissibles*, Document WHO/CDS/CSR/ISR/2001.2.

⁵⁸ *Ibid.*, Introduction, p. 1.

⁵⁹ Ceci, en conformité avec l'article 2 de la Constitution de l'OMS : « L'Organisation, pour atteindre son but, exerce les fonctions suivantes [...] c) aider les gouvernements, *sur leur demande*, à renforcer leurs services de santé » (italiques ajoutées). V. le « Modèle de mandat pour l'évaluation », annexe 3.1, p. 41.

⁶⁰ *Protocole d'évaluation... op. cit.*, p. 9.

fourni⁶¹. Davantage cadré par l'envoi de l'équipe OMS, mieux conseillé, l'Etat voit néanmoins sa souveraineté respectée puisqu'il fait lui-même la demande d'assistance. Ceci étant, les écarts entre systèmes nationaux de surveillance demeurent importants, d'où la nécessité d'avoir recours à un système de partenariats.

B. - Dans le cadre international : le recours aux partenariats

Recherchant une plus grande efficacité, tant financière que technique, afin de pallier les insuffisances dans la fourniture des services de santé, insuffisances qui sont responsables de la limitation de la couverture sanitaire⁶², l'OMS a instauré dès les débuts de son existence des partenariats entre institutions publiques et privées, nationales et internationales. Ces partenariats n'ont toutefois pris une réelle importance que dans le courant des années 1970⁶³, notamment en ce qui concerne les maladies infectieuses et l'OMS en a rappelé la nécessité dans ce domaine⁶⁴.

1. - Analyse

L'Organisation définit le partenariat comme le

« moyen de réunir une série d'acteurs en vue d'atteindre un objectif commun, qui est d'améliorer la santé des populations en se fondant sur des rôles et des principes définis d'un commun accord »⁶⁵.

Par-delà la pluralité des acteurs, on peut dégager de cette définition la nécessité de la réalisation d'un triple accord : accord sur les objectifs, accord sur les rôles, accord sur les principes.

- Les partenariats doivent bien évidemment contribuer à la réalisation des objectifs de l'OMS et « le but de santé publique qui sous-tend la collaboration doit être clairement énoncé »⁶⁶.
- En ce qui concerne les rôles attribués à chacun, il est nécessaire qu'un équilibre soit réalisé entre les différentes parties. Ainsi

« l'Etat doit être en mesure d'énoncer une politique claire de collaboration avec le secteur non public afin de gérer convenablement le secteur de la santé, notamment en négociant et en définissant les rôles et les responsabilités, en exerçant un contrôle fondé sur des critères d'efficacité agréés, en faisant respecter les termes convenus et en évaluant l'efficacité [...], les dispensateurs de soins privés, ONG comprises, doivent être en mesure d'engager un dialogue politique et stratégique avec les autorités sanitaires, de gérer les ressources (financières et humaines notamment), d'assurer la qualité des prestations et de remplir les termes du contrat »⁶⁷.

- Quant aux principes éthiques à la base du système, ils ont été déterminés par l'OMS : intention bénéfique (garantir la santé publique) et non malveillante (la mise en œuvre du partenariat ne doit pas

⁶¹ annexe 10.1 « Prototype de rapport écrit », p. 67.

⁶² Voir le rapport du Conseil exécutif EB 107/7, 12 décembre 2000, §§ 1-2 et 9.

⁶³ Sur l'historique de l'apparition des partenariats, v. K. Buse, G. Walt, « Partenariats mondiaux public-privé, I : Un nouveau développement dans le domaine de la santé ? », *Bulletin OMS*, Recueil d'articles, n°3, 2000, pp. 184-197, spéc. pp. 186-188.

⁶⁴ « Un partenariat mondial associant des pays, des organisations non gouvernementales, des organisations internationales et des particuliers s'impose pour réagir à la menace que font peser les maladies émergentes et réémergentes en mettant sur pied un dépistage rapide et un endiguement efficace des flambées », *Des partenariats pour relever les défis*, fiche JMS 97.2, Journée mondiale de la santé 1997.

⁶⁵ K. Buse, G. Walt, « Partenariats mondiaux publics-privés, I : ... », *op. cit.*, p. 185. Les auteurs donnent eux-mêmes la définition suivante du partenariat : « exemple de collaboration qui dépasse les frontières nationales et qui réunit au moins trois parties, parmi lesquelles une société (et/ou une association d'industriels) et une organisation intergouvernementale, en vue d'atteindre un objectif commun en faveur de la santé sur la base d'une répartition des tâches décidée d'un commun accord », *ibid.*, p. 186.

⁶⁶ *Ibid.*, appendice, article 2. Sur les différents objectifs que cherche à atteindre l'OMS : encourager l'industrie à respecter les principes de la santé pour tous, faciliter l'accès de tous aux médicaments et aux services de santé essentiels, accélérer les activités de recherche et développement, prévenir les cas prématurés de mortalité, de morbidité et d'incapacité, encourager l'industrie à adopter des procédés de fabrication moins nocifs pour les travailleurs et l'environnement, acquérir des connaissances et du savoir-faire auprès du secteur privé, améliorer l'image de l'OMS, v. K. Buse, A. Waxman, « Partenariats public-privé pour la santé : une stratégie pour l'OMS », *Bulletin OMS*, Recueil d'articles, n° 6, 2002, pp. 1-7.

⁶⁷ OMS, Conseil exécutif, EB 107/7, 12 décembre 2000, §§ 13 et 14.

être à l'origine de nouveaux problèmes de santé publique), autonomie (ne pas porter atteinte à l'autonomie des partenaires), équité (partenariat dévolu à ceux qui en ont le plus besoin)⁶⁸.

On peut conclure de ces caractéristiques que tout partenariat ne serait pas nécessairement bon pour servir la cause de la santé⁶⁹ et c'est la raison pour laquelle l'OMS a entrepris l'élaboration de *Principes directeurs*⁷⁰ qui encouragent la création de formes nouvelles de partenariat. Ces *Principes* réglementent les dons en espèces, les contributions en nature, le détachement de personnel, la mise au point de produits et le recouvrement des coûts⁷¹. L'initiative du partenariat peut venir de l'une ou l'autre des parties⁷². C'est le programme concerné de l'OMS qui se reporte aux *Principes* et décide si l'accord peut être envisageable (appendice, article 1) ou s'il faut en référer au Bureau du Conseiller juridique (article 3), lequel pourra donner suite à la proposition (article 4) ou consulter le Comité de la collaboration avec le secteur privé (articles 5 à 8).

2. - Mise en oeuvre

Allant d'une simple collaboration entre l'OMS et le personnel de sociétés privées à une coopération approfondie assise sur des accords⁷³ plus ou moins complexes, dont la gestion peut être confiée à une entité juridique distincte⁷⁴, et qui constituent une base juridique véritable en ce qu'ils formalisent les engagements respectifs des parties, les partenariats comprennent de nombreuses formules qui regroupent un nombre plus ou moins grand d'acteurs⁷⁵. Plusieurs approches typologiques sont possibles, en fonction du mode d'association, du degré auquel les intérêts privés participent à la prise de décision d'intérêt public ou encore de la nature de l'activité entreprise par le partenariat⁷⁶. Enfin, de manière concrète, les partenariats couvrent quatre grands domaines : la mise au point de nouvelles molécules⁷⁷, l'élargissement de l'accès aux médicaments⁷⁸, l'amélioration de la qualité de ceux-ci et l'amélioration de la qualité des services de santé⁷⁹.

⁶⁸ K. Buse, G. Walt, « Partenariats mondiaux publics-privés », I, *op. cit.*, p. 185.

⁶⁹ « Sans pour autant la considérer comme une religion, la santé publique n'en est pas moins essentiellement régie par des valeurs. Les buts de la santé publique et les stratégies permettant de les atteindre se doivent donc d'être compatibles avec cet ensemble de valeurs », D. Johns, in R. Ridley, « Les partenariats public-privé ont-ils un rôle à jouer dans la lutte contre les maladies négligées ? », *Bulletin OMS*, Recueil d'articles, n° 6, 2002, p. 11.

⁷⁰ *Principes directeurs applicables à la collaboration avec le secteur privé en matière de santé*, OMS, Conseil exécutif, rapport du secrétariat, 30 novembre 2000, document EB107/20.

⁷¹ *Ibid*, annexe : *Principes directeurs concernant les relations avec les entreprises commerciales en vue d'atteindre des objectifs sanitaires*.

⁷² Pour les maladies dites orphelines ou négligées, l'initiative doit toutefois venir du secteur public, car le besoin a peu de chances d'être satisfait par le seul jeu des forces du marché. D'où la nécessité que gouvernements et institutions intergouvernementales orientent l'action nécessaire (J. Orbinski in R. Ridley, « Les partenariats public-privé ont-ils un rôle à jouer... », *op. cit.*, p. 15)

⁷³ V. *Partenariats avec les ONG*, Conseil exécutif, document EB107/7, 12 décembre 2000, points 11 et 12.

⁷⁴ Cas de l'« Initiative internationale pour le vaccin contre le sida », K. Buse, A. Waxman, « Partenariats public-privé pour la santé », *op. cit.*, p. 2.

⁷⁵ Le Programme de lutte contre l'onchocercose, ou cécité des rivières, en Afrique de l'Ouest regroupait ainsi les pays participants, les organismes de parrainage (OMS, Banque mondiale, PNUD et FAO), l'industrie pharmaceutique pour des dons de médicaments, la communauté scientifique pour un développement de la recherche fondamentale, les communautés touchées qui géraient le programme de traitement et enfin des ONG (OMS, *Agir contre les infections*, vol. 3 (1), janvier-février 2002, pp. 1-3).

⁷⁶ Sur cette typologie et de nombreux exemples, voir K. Buse, G. Walt, « Partenariats mondiaux public/privé, II : Enjeux d'une gestion mondiale », *Bulletin OMS*, Recueil d'articles, n° 3, 2000, pp. 198-209, spéc. pp. 199-201. V. également *L'OMS en partenariat : exemples du travail accompli avec les secteurs public et privé pour combattre les maladies infectieuses*, OMS, Aide-mémoire n° 35, octobre 1999.

⁷⁷ On peut citer l'« Opération médicaments anti-paludiques » (OMA) visant à la recherche de nouveaux antipaludéens, entre l'OMS, le gouvernement japonais et l'industrie pharmaceutique de ce pays. V. OMS, *Communiqué de presse*, 1999/63, 26 octobre 1999.

⁷⁸ Le Partenariat « Halte à la tuberculose » est ainsi parvenu à faire baisser de 94 % le prix des médicaments de seconde intention destinés aux malades des pays les plus pauvres atteints de tuberculose à bacille multirésistants, v. la « Déclaration de Bellagio », 22 février 2001, *Agir contre les infections*, vol 2(3), mai 2001, p. 2 et OMS, *Communiqué de presse* 2001/35 du 19 juillet 2001. Mais on peut se demander ce que représente concrètement cette baisse par rapport au prix des médicaments génériques (voir ci-après note 80). En ce qui concerne l'accès à ces derniers, v. les résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé WHA54.11, WHA55.14 et WHA56.16. On sait que la question est soumise à de nombreux aléas, depuis l'obstination des États-Unis à refuser aux pays les plus pauvres - ceux qui n'ont pas de capacité de production de génériques - la possibilité de les importer des pays en produisant, jusqu'à l'échec de la Conférence de Cancun en septembre 2003, alors même que le Conseil général de l'OMC avait pu entériner le 30 août un compromis sur cette possibilité, moyennant quelques assurances visant à ce que ces médicaments produits par l'Inde ou le Brésil à des prix très inférieurs ne se retrouvent *in fine* sur le marché des pays industrialisés (V. notamment *Le Monde* 3, 9 et 16 septembre 2003). Sur les caractéristiques de ce compromis qui sont jugées négatives par des ONG parce qu'introduisant des obstacles supplémentaires, v. sur le site de *Médecins sans frontières*

Des réticences ont pu cependant être émises, principalement sur deux points : l'indépendance de l'OMS et l'exercice par les Etats de leurs responsabilités en matière de santé publique.

- On peut ainsi redouter que les valeurs de l'OMS ne passent au second plan et que les priorités ne soient changées, influençant ainsi la prise de décisions qui serait alors guidée non plus par les seuls objectifs de santé publique mais par des considérations purement commerciales⁸⁰ et, qu'en conséquence, la capacité de l'OMS à fixer des normes libres de toute considération commerciale ne se trouve altérée, en dépit des précautions prises. Les *Principes directeurs* posent en effet clairement la nécessité que « la réputation et les valeurs de l'OMS » soient préservées et celle que la rigueur scientifique ne soit pas compromise (article 8). Ils rappellent également que « les entreprises commerciales travaillant avec l'OMS devront se conformer aux politiques de santé publique de l'OMS » (article 11). Mais, d'un point de vue moins général, s'il est établi que les « conflits d'intérêts » entre l'OMS et ses partenaires doivent être évités⁸¹, le concept reste flou : faute de définition précise, il est laissé à une appréciation au cas par cas qui peut elle-même être source de divergences ou de conflits⁸². Il est pourtant fondamental de pouvoir déterminer avec précision ce qui donne lieu à conflit d'intérêts et est donc susceptible d'entraver la conclusion de l'accord.
- On peut également craindre que les Etats ne s'appuient sur les facilités offertes par le Partenariat et n'abdiquent leurs responsabilités en matière de santé publique en les transférant purement et simplement à celui-ci⁸³.

Il apparaît donc nécessaire que soient réunis les éléments d'une gestion avisée qui, par l'établissement de « bonnes pratiques » créeraient un climat de confiance. Les questions à résoudre seraient alors les suivantes :

- recherche d'une légitimité de la représentation des différents acteurs par détermination, lors de la constitution du partenariat, des intérêts qui doivent être représentés et de ceux qui ne doivent pas l'être et recherche d'une convergence des objectifs ; mise en place de mécanismes indépendants d'évaluation des conflits d'intérêts et de règlement de ces conflits ;
- bonne définition des rôles et des pouvoirs respectifs, en particulier du rôle que doivent jouer l'Etat (énonciation d'une politique claire de collaboration, mesures à prendre pour améliorer l'accès aux services proposés⁸⁴) et le secteur privé, y compris les ONG (gestion des ressources financières et humaines, qualité des prestations)⁸⁵ ;

[<http://www.msf.fr>] : « L'accord du 30 août fera reculer l'accès aux médicaments dans les pays pauvres », 8 septembre 2003 et « Malades du commerce », 15 septembre 2003.

⁷⁹ V. *supra* le partenariat entre l'OMS, le secrétariat d'Etat à la santé, la Ville de Lyon et les laboratoires Mérieux.

⁸⁰ Il faut reconnaître que ces craintes ne sont pas sans fondement : l'élaboration de principes directeurs concernant l'hypertension a été, semble-t-il, quelque peu perturbée « en raison de l'influence exercée par une entreprise qui avait beaucoup à gagner dans cette affaire » (K. Buse, A. Waxman, « Partenariats public-privé pour la santé », *op. cit.*, p. 4) et les accords concernant l'accès aux antirétroviraux conclus avec les grandes compagnies pharmaceutiques par le Mali, la Côte d'Ivoire, le Rwanda, le Sénégal et l'Ouganda favorisent quand même ces dernières : « Une réduction de 80%, cela semble énorme, mais qu'est-ce que cela représente ? [...] avec des montants allant de 720 à 1320 dollars par personne et par an, les prix des cocktails de ces multinationales sont encore plus élevés que ceux pratiqués par trois fabricants indiens de génériques : 600, 347 et 285 dollars » (*Health Action International* - réseau non officiel d'environ 150 groupes d'intérêt public intervenant sur les problèmes liés à la santé et à l'industrie pharmaceutique : « Le partenariat grandissant de l'OMS avec le secteur privé répond-il aux besoins en matière de santé publique ou aux priorités des compagnies ? », mai 2001. Sur le site du réseau [www.haiweb.org]).

⁸¹ V. le § 1 du rapport du secrétariat et les articles 8 et 9 de l'annexe (doc OMS, EB107/20, 30 novembre 2000).

⁸² Ainsi le détachement de personnel, y compris provenant de compagnies pharmaceutiques, est certes encadré (articles 37 et 38 des *Principes*) mais, comme le souligne le rapport précité d'*Health Action international*, n'est pas en lui-même perçu comme conflit d'intérêts.

⁸³ Parfaitement crédible, cette conséquence peut néanmoins être évitée. En témoigne la réussite exemplaire du Programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest qui, après trente années d'existence, s'est terminé fin 2002 sur des résultats très positifs (diminution des transmissions par les simules - petites mouches vivant sur les cours d'eaux - au moyen d'épandage aérien de larvicides et régression des cas existants au moyen de traitement par l'ivermectine que Merck fournit gratuitement, et continuera de fournir tant que le besoin s'en fera sentir) ; relais passé aux Etats participants, qui assumeront seuls la suite du programme (*Agir contre les infections*, vol. 3(1), janvier-février 2002, pp. 1 à 3).

⁸⁴ Cette question de l'accès aux droits, plus particulièrement aux droits sociaux, fait actuellement l'objet d'études approfondies, notamment dans le cadre européen (Union européenne et Conseil de l'Europe). Voir Mary Daly, *L'accès aux droits sociaux en Europe*, Editions du Conseil de l'Europe, 2002, 120 p.

⁸⁵ V. *Partenariats avec les ONG*, *op. cit.*, points 13 à 15 ainsi que le rapport de synthèse OMS, *Société civile et organisations non gouvernementales*, OMS, Genève, 2002, 28 p.

- bonne gestion enfin⁸⁶ : respect des exigences de transparence (en particulier, décisions régulièrement communiquées à tous les intéressés, diffusion de comptes rendus, éventuellement réalisation d'une évaluation indépendante); respect des procédures régulières mises en place par l'accord. Pour sa part, l'OMS a désigné en 1999 un agent de liaison chargé de la coordination des interactions, créé un groupe de travail informel sur la mise en œuvre des partenariats et organise régulièrement des tables rondes avec l'industrie pharmaceutique⁸⁷.

En conclusion, il appartient à l'OMS de ne pas perdre de vue sa fonction normative et son rôle de décideur, de définir des règles claires et de démontrer que ce sont ceux qui en ont besoin qui bénéficient des partenariats. C'est par cette démarche que l'Organisation avancera utilement dans « la conduite de la réflexion mondiale sur la politique sanitaire »⁸⁸.

III. - L'ACTUALISATION DU CADRE JURIDIQUE

Elle concerne la révision du Règlement sanitaire international et la compatibilité de ses dispositions avec les normes de l'Organisation mondiale du commerce.

A. - La révision du Règlement sanitaire international⁸⁹

Le Règlement sanitaire international (RSI) est

« un mécanisme de régulation concernant le passage des informations épidémiologiques sur la propagation transfrontière des maladies infectieuses »⁹⁰.

Premier code international destiné à prévenir la propagation de certaines maladies, il a été adopté à la quatrième Assemblée mondiale de la Santé, le 25 mai 1951. Objet de trois révisions en 1969, 1973 et 1981⁹¹, il souffre de défauts qui le rendent peu efficace : en premier lieu, il ne concerne, depuis l'éradication de la variole, que trois maladies, le choléra, la peste et la fièvre jaune, qui font donc l'objet d'une prescription de déclaration obligatoire, mais il laisse en conséquence le champ libre à toute action, ou inaction, en ce qui concerne les autres et notamment les maladies émergentes ; en second lieu, l'inexistence de sanctions à l'égard des Etats contrevenants⁹² est aggravée de manière générale par la réticence de ceux-ci à toute déclaration par crainte de répercussions économiques⁹³ et n'est pas compensée par la présence de mécanismes de collaboration et de mesures d'incitation. Devant ces carences et l'augmentation parallèle des maladies infectieuses, la 48^{ème} Assemblée

⁸⁶ Pour différents éléments, v. K. Buse, G. Walt, « Partenariats mondiaux publics/privés », II, *op. cit.*, p. 204.

⁸⁷ K. Buse, A. Waxman, « Partenariats public/privé pour la santé », *op. cit.*, p. 2.

⁸⁸ R. Feachem, « Systèmes de santé : des données nouvelles alimentent le débat », *op. cit.*, p. 150.

⁸⁹ La révision du RSI est toujours en cours : la fin de la phase initiale de consultations a été achevée en mai 2003. Un projet de règlement révisé doit maintenant être établi de manière formelle et sera soumis à un groupe de travail intergouvernemental à composition non limitée, pour des modifications avant sa présentation à la 58^{ème} Assemblée mondiale de la santé, en mai 2005. (V. le rapport du secrétariat A56/25, 24 mars 2003, §§ 13-15 et la résolution WHA56.28, 28 mai 2003, point 2, § 2). Ces quelques commentaires n'ont donc pour objet que de mettre en lumière certains points sur lesquels on s'accorde déjà et certaines des questions qui devront, d'une manière ou d'une autre, être résolues.

⁹⁰ *A crises mondiales, solutions mondiales*, *op. cit.*, p. 2.

⁹¹ Voir *supra*, note 4.

⁹² Les seules sanctions prévues à l'égard d'un Etat membre de l'OMS sont celles qui sont précisées à l'article 7 de la Constitution : suspension des privilèges attachés au droit de vote et des services dont bénéficie l'Etat membre, dans le cas d'un Etat qui ne remplirait pas ses obligations financières à l'égard de l'Organisation ou dans d'autres circonstances exceptionnelles, au demeurant non précisées (italiques ajoutées). Actuellement, une suspension du droit de vote en application de l'article 7 concerne vingt-quatre Etats (résolution WHA56.32, 28 mai 2003).

⁹³ Celles-ci sont bien réelles : dans le cas du SRAS, ont été annulés de nombreux départs de circuits touristiques dans la région, la tournée des *Rolling Stones* à Hong Kong, Shanghai et Pékin, le *China Business Summit*, organisé à Pékin par le Forum économique international et la plupart des conférences et salons internationaux devant se tenir à Hong Kong (*Le Monde*, 20 mars et 2 et 5 avril 2003). Les grands groupes français ont généralement installé, dès la mi-mars, des cellules de veille et d'information leur permettant de prendre des mesures jugées appropriées : Casino et Carrefour ont ainsi cessé d'envoyer leurs acheteurs sur place, privilégiant les vidéoconférences et messages électroniques (*Le Monde*, 15 avril 2003).

mondiale de la santé, tenue en mai 1995, a demandé la révision du RSI⁹⁴. Celle-ci passe par des changements importants qui supposent le renouvellement complet de la nature de la coopération entre l'OMS et les Etats qui en sont membres⁹⁵ et par conséquent la recherche d'un consensus de toutes les parties concernées à toutes les étapes du processus de révision⁹⁶, en premier lieu les Etats membres, par qui le RSI sera, ou ne sera pas, appliqué, mais également les Bureaux régionaux de l'OMS et les organisations internationales dont la mission est en partie liée à une bonne application du Règlement (OACI, FAO, OMC). La révision concerne la définition d'un nouveau concept ainsi que la mise sur pied de mécanismes de coopération et de mesures d'incitation, étant entendu qu'elle doit « tenir compte des données, de l'expérience, des connaissances et des enseignements découlant de la riposte au SRAS »⁹⁷.

1. - De la déclaration de maladies à celle d'urgences sanitaires de portée internationale

Les travaux entrepris ont rapidement dégagé un certain nombre de nécessités : faire en sorte que seuls les risques infectieux qui revêtent un caractère d'urgence sur le plan international soient notifiés ; éviter d'entraver inutilement les échanges commerciaux et touristiques à la suite de notifications erronées et/ou précipitées ; établir un système suffisamment sensible pour repérer des risques réémergents ou nouveaux⁹⁸. D'où la conclusion que « cette démarche va au-delà de la notification fondée uniquement sur des maladies déterminées, bien qu'une liste de maladies puisse être aussi fournie à titre indicatif »⁹⁹ et le remplacement, en un premier temps de la notification de maladies par la notification de syndromes¹⁰⁰. A l'essai, celle-ci s'est toutefois révélée peu adaptée au cadre réglementaire, en particulier parce que l'on ne pouvait pas les relier à des règles préétablies destinées à empêcher la propagation de maladies¹⁰¹. L'équipe de révision s'est donc orientée, avec le soutien de l'Assemblée générale de la santé¹⁰², vers la notification d'« urgences de santé publique de portée internationale », nouveau concept qui permettrait d'identifier tous les événements de santé publique susceptibles d'avoir un impact international. Une définition est à l'étude dans le cadre d'un projet mené conjointement avec l'Institut suédois de lutte contre les maladies infectieuses, qui a conclu un accord avec l'OMS en mai 2001¹⁰³. Une liste de critères potentiels a été déterminée et doit être testée, à la fois sur les plans international et national, avant de pouvoir être incorporée au projet de RSI révisé¹⁰⁴.

2. - Les mécanismes de coopération

Il est proposé que différents mécanismes de coopération soient insérés dans le RSI révisé. Ce sont :

- un arbre de décision. Comme les urgences sanitaires devraient être évaluées en fonction de leurs possibles répercussions internationales, les travaux de l'équipe de révision portent sur la mise au point d'un arbre de décision qui aiderait les autorités sanitaires nationales à déterminer quand un événement constitue une situation d'urgence et quand il présente une portée internationale. Le projet contient actuellement quatre points de décision : gravité, caractère inattendu, risque de propagation internationale, restrictions internationales¹⁰⁵.

⁹⁴ Résolution WHA48.7, 12 mai 1995.

⁹⁵ Au 1^{er} juillet 2003, l'OMS compte 191 membres, comme l'ONU. Taïwan continue d'être tenue à l'écart puisque, comme le souhaite la Chine, sa demande d'admission est régulièrement rejetée. La gestion du SRAS par l'OMS a néanmoins montré que la situation de l'île était régulièrement évoquée dans les différentes instances et une équipe s'est d'ailleurs rendue sur place (v. *Le Monde*, 20 juin 2003).

⁹⁶ On citera, entre autres manifestations de collaboration, un atelier réunissant les six Etats andins les 5 et 6 mars 2002, un autre en octobre 2001 pour les pays du Mercosur, la visite de membres de l'équipe chargée de la révision à la demande des Etats eux-mêmes (Burkina Faso, Sénégal ou Maroc), ou encore des réunions de consensus dans les six bureaux régionaux de l'OMS fin 2002 (*A crises mondiales...*, pp. 17-18). Il est prévu, point important, que la participation des pays les moins avancés soit facilitée (v. Résolution WHA56.28, *op. cit.*, § 5.5).

⁹⁷ Résolution WHA56.29, 28 mai 2003, § 2, point 10.

⁹⁸ Sur tous ces points, v. notamment *Sécurité sanitaire mondiale : alerte et action en cas d'épidémie*, Conseil exécutif, EB107/INF.DOC/7, 16 janvier 2001, § 2.

⁹⁹ *Ibid.*

¹⁰⁰ Un syndrome est un ensemble de symptômes ou de signes cliniques.

¹⁰¹ *Sécurité sanitaire mondiale...*, *op. cit.*, § 3. V. également le document A/56/25, 24 mars 2003, § 3.

¹⁰² Voir résolution WHA 54.14, point 1, § 1.

¹⁰³ OMS, Conseil exécutif, document EB111/34, 15 décembre 2002, point 6 ; v. également *A crises mondiales...*, *op. cit.*, p. 16.

¹⁰⁴ *Ibid.*

¹⁰⁵ *Ibid.*, p. 5.

- un « point focal ». Afin de pouvoir réaliser une communication permanente entre les Etats et l'OMS, chaque Etat devra installer un « point focal », c'est-à-dire instaurer, par la voie électronique, un système de relais de telle sorte qu'une seule adresse mène toujours, et 24 h sur 24, à quelqu'un de disponible¹⁰⁶.
- le recours par l'OMS à des sources d'information non étatiques. Il s'agirait en particulier des réseaux d'alerte et d'action. Les Etats devraient donc s'attendre à recevoir des demandes de clarification émises par l'Organisation et à y répondre dans des délais très brefs¹⁰⁷.

3. - Mesures d'incitation

Dans un système reposant sur la combinaison de l'adhésion volontaire et de la capacité à s'exécuter, la mise en place de mesures incitatives est indispensable afin que les Etats qui acceptent le cadre proposé aient également la possibilité concrète de l'appliquer. Différentes mesures ont été ainsi imaginées :

- L'équipe de révision du RSI a organisé, en novembre et décembre 2001, des ateliers afin de définir ce qu'il faut attendre d'un système de surveillance nationale pour qu'un Etat soit à même de participer à l'identification d'une urgence de portée internationale et à l'élaboration de la riposte. A la suite de ces travaux, un document a été rédigé sur les exigences essentielles de surveillance de la santé publique et des directives sur les systèmes avancés en matière de surveillance sont en cours d'élaboration¹⁰⁸.
- Afin d'éviter des réactions désordonnées et négatives de la communauté internationale, les Etats membres auraient la possibilité de faire des notifications confidentielles et provisoires¹⁰⁹ qui donneraient lieu à des consultations avec l'OMS en vue de l'évaluation du risque, aucune information n'étant rendue publique jusqu'à preuve de la propagation de la maladie au niveau international.
- Enfin certaines obligations pèseraient sur l'OMS en vue de renforcer la transparence des mécanismes créés et la confiance corrélative que les Etats leur accorderaient, confiance indispensable à l'application du RSI : obligation serait ainsi faite à l'Organisation de porter rapidement assistance aux Etats déclarants afin que les risques internationaux puissent être clairement évalués ; le RSI contiendrait des recommandations constituant un cadre pour des mesures appropriées de riposte ainsi qu'une liste non exhaustive des mesures pouvant être appliquées¹¹⁰ ; en outre un mécanisme d'évaluation permanente du fonctionnement du Règlement serait créé, permettant d'en améliorer plus rapidement les points faibles.

¹⁰⁶ Quoique devant figurer dans le projet de RSI, cette mesure est d'ores et déjà réalisée : les Etats membres de l'OMS ont été priés de désigner ce « point focal » le 28 janvier 2002. A la fin de l'année, 57 pays s'étaient exécutés, l'équipe du RSI devant contacter ceux qui n'avaient pas répondu et communiquer avec les points focaux désignés (*A crises mondiales...*, p. 16). La résolution WHA56.28 du 28 mai 2003 invite tous les Etats membres à satisfaire à cette demande (point 3, § 2). A rapprocher du système mis au point dans le cadre de l'Union européenne : le pilier du réseau de contrôle des maladies transmissibles est un système télématique d'alerte précoce reliant la Commission et les autorités désignées par les Etats membres (Commission européenne, *communiqué de presse* IP/03/409, 19 mars 2003).

¹⁰⁷ *A crises mondiales*, p. 7.

¹⁰⁸ Sur ces questions, *ibid.*, p. 16 et Conseil exécutif, document EB 111/34, 15 décembre 2002, point 10. Les mesures d'assistance ont été évoquées *supra*.

¹⁰⁹ Option qui n'existe pas dans le RSI actuel, toute notification donnant lieu à publication automatique dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire*. Ceci permettrait d'éviter à l'avenir les errements survenus après la notification par l'Inde, en 1994, d'une flambée de peste alors que les médias internationaux avaient déjà diffusé l'information. D'importantes perturbations dans le monde entier ont alors engendré pour l'Inde une perte de 2 milliards de dollars : l'accès à certains aéroports a été interdit aux avions en provenance du pays, des travailleurs indiens à l'étranger ont été expulsés alors qu'ils ne s'étaient pas rendus en Inde depuis plusieurs années, l'importation de différentes denrées en provenance du pays s'est effondrée et, en Inde même, des populations se sont déplacées massivement, au risque de propager l'épidémie (OMS, *Rapport sur les maladies infectieuses*, 1999, point 4.2 (sur le site de l'OMS)). Cela étant, même dans le cadre d'une réglementation révisée, la mise en œuvre de ces prescriptions ne sera probablement pas aisée.

¹¹⁰ En particulier aux voyageurs, aux biens et aux moyens de transport. V. *A crises mondiales...*, pp. 8 à 10.

B. - La compatibilité entre les normes du RSI révisé et celles de l'accord OMC sur les mesures sanitaires et phytosanitaires

L'accord sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires a pour objet de réglementer, dans le contexte général des normes établies par l'Organisation mondiale du commerce, la circulation des biens et les éventuelles mesures que prendraient les Etats afin de se protéger contre des personnes, des animaux ou des marchandises en provenance de contrées atteintes, ou supposées atteintes, par une épidémie. La question de la compatibilité des normes du RSI concerne en particulier les points suivants de l'accord OMC : les mesures adoptées ne doivent pas servir de prétexte à des discriminations arbitraires ni constituer une restriction déguisée au commerce international (article 2, § 3) ; elles doivent être fondées sur des principes scientifiques et ne doivent pas être maintenues sans preuves scientifiques suffisantes (article 2, § 2) ; une évaluation des risques pour la santé des personnes et des animaux ou pour la préservation des végétaux doit être menée « compte tenu des techniques [...] élaborées par les organisations internationales compétentes » (article 5, § 1) ; enfin, des mesures provisoires peuvent être prises « sur la base des renseignements pertinents disponibles » à condition que les renseignements additionnels nécessaires à une évaluation plus objective soit obtenus « dans un délai raisonnable » (article 5, § 7).

Encore que la question soit toujours à l'étude, l'OMS et l'OMC ont, semble-t-il, l'intention de collaborer pour éviter tout conflit entre les deux séries de règles :

« lors de discussions récentes, on a évoqué la possibilité que l'OMS aide l'OMC à s'assurer que les pays prennent les mesures de santé publique qui s'imposent pendant une flambée. Il appartiendra à l'OMC de vérifier les pratiques commerciales »¹¹¹.

Il est également projeté que des comités d'arbitrage pour les différends relatifs aux pratiques commerciales après la survenue d'une flambée soient créés¹¹². Leur jurisprudence à venir sera particulièrement attendue, notamment en ce qui concerne l'application du principe de précaution, auquel l'article 5 § 7 fait implicitement référence. Mais on ne voudrait pas entrer dans le domaine incertain de la fiction juridique : avant tout commentaire, il convient, dans un premier temps, que le projet de RSI révisé soit définitivement établi et, dans un deuxième temps, qu'il soit adopté par l'Assemblée mondiale de la santé.

* * *

On pouvait, il y a peu, se demander s'il ne convenait pas d'en finir avec une Organisation dont la crédibilité avait été mise à mal par de multiples dysfonctionnements¹¹³. Quelques années plus tard, on reproche à cette même Organisation, à l'occasion d'une crise sanitaire à portée internationale majeure, d'en avoir trop fait¹¹⁴. Sans vouloir faire preuve de partialité à l'égard de l'OMS et pour s'en tenir aux seuls résultats, plusieurs éléments sont à mettre au crédit de l'Organisation : elle a réagi de manière remarquablement rapide et rationnelle ; elle a permis la prise de conscience par la Chine de ses responsabilités internationales ; elle a cherché à ce que les conséquences soient les moins lourdes possibles pour les Etats concernés, tout en veillant à ce que les précautions sanitaires indispensables soient prises ; elle a mis en place un processus d'analyse de la gestion étatique de cette crise ainsi que de sa propre gestion, afin d'en tirer des leçons applicables à la réponse aux crises futures ; enfin, *last but not least*, elle a contribué à ce que l'expansion de l'épidémie ait pu être contrôlée rapidement, du fait des actions entreprises sous son autorité ou avec son incitation, dans un système pourtant dépassé, entièrement soumis à la (bonne) volonté des Etats et en phase de

¹¹¹ R. Cash, V. Narasimhan, « Obstacles à la surveillance mondiale des maladies infectieuses... », *op. cit.*, p. 191.

¹¹² *Ibid.*

¹¹³ Voir notamment B. Deveaud, B. Lemennicier, *L'OMS, bateau ivre de la santé publique ; les dérives et les échecs de l'agence des Nations Unies*, Paris, L'Harmattan 1997, 177 p., *passim*.

¹¹⁴ « Le SRAS a entraîné une mobilisation sans précédent dans l'histoire de l'OMS par sa rapidité et par le degré de collaboration internationale, au point que des critiques se sont élevées pour estimer que l'institution internationale et certains gouvernements, en faisaient trop. D'autant que l'OMS trouvait là une occasion de recouvrer une autorité politique et une image internationale érodées par le passé » (Paul Benkimoun, *Le Monde*, 25 juin 2003). Dans le même sens, v. les déclarations du ministre de la santé de Hong Kong, accusant l'OMS d'avoir alimenté une « panique globale » (*Le Monde*, 20 mars 2003).

reconstruction de plusieurs de ses éléments, et non des moindres. Un bilan qui ne semble pas totalement dérisoire du double point de vue de la santé publique et des ressources qui peuvent lui être consacrées. Si, dans les années quatre-vingt, après la première publication concernant l'apparition, dans la communauté homosexuelle de Los Angeles, d'une forme rare de pneumonie¹¹⁵, de telles actions avaient été entreprises, la propagation du sida eût probablement été différente¹¹⁶.

* * *

Copyright : © 2003 Michèle Poulain. Tous droits réservés.

Mode officiel de citation :

POULAIN Michèle. - « La gestion par l'OMS des situations d'urgence sanitaire de portée internationale. L'exemple du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) ». - *Actualité et Droit International* <<http://www.ridi.org/adi>>, novembre 2003, 16 p.

¹¹⁵ *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 5 juin 1981.

¹¹⁶ On voudrait rappeler que, faute de cette prompte mobilisation de la communauté internationale, faute de cette coopération scientifique précoce, faute de cette volonté politique à tous les niveaux, faute enfin des moyens financiers – en croissance constante – nécessaires à la lutte contre la pandémie, quarante-deux millions de personnes vivent à l'heure actuelle avec le VIH-sida, dont trente pour la seule Afrique subsaharienne (ONUSIDA, *Communiqué de presse*, 30 juin 2003). Nombre d'entre elles en mourront.