HAL open science

Aperçu de la coopération internationale en matière de surveillance et de riposte aux épidémies et aux pandémies

Hélène De Pooter

▶ **To cite this version:**

Hélène De Pooter. Aperçu de la coopération internationale en matière de surveillance et de riposte aux épidémies et aux pandémies. Thibaut Fleury-Graff; Guillaume Le Floch. Santé et droit international, Actes du colloque de Rennes I de la SFDI, pp.225-245, 2019, 978-2-233-00910-4. hal-02504092

HAL Id: hal-02504092

https://hal.science/hal-02504092v1

Submitted on 27 Mar 2020

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

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

SOCIETE FRANÇAISE
POUR LE DROIT INTERNATIONAL

colloque
de Rennes

Santé et droit international

Editions A.Pedone - 13 rue Soufflot - Paris

SOCIETE FRANÇAISE
POUR LE DROIT INTERNATIONAL

colloque
de Rennes

Santé et droit international

L'objet de cet ouvrage est d'étudier le droit international de la santé : son existence, son effectivité, son avenir. La santé est une question au carrefour de différents domaines du droit international. Définie comme « un état de complet bien-être physique, mental et social [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », la santé est indiscutablement un thème transversal en droit international. Chacune de ses différentes branches, à l'instar notamment du droit international de l'environnement, du droit international des droits de l'homme, du droit du commerce international, du droit des investissements ou encore du droit international humanitaire, consacre des développements plus ou moins substantiels aux questions de santé. Pourtant, en dépit de son existence et de son importance, le droit international de la santé est indiscutablement un parent pauvre de la littérature juridique internationale. Le colloque 2018 de la Sfdi, dont cet ouvrage constitue les actes, vise à remédier à cette lacune.

Editions A.Pedone - 13 rue Soufflot - Paris

APERCU DE LA COOPERATION INTERNATIONALE EN MATIERE DE SURVEILLANCE ET DE RIPOSTE AUX EPIDEMIES ET AUX PANDEMIES

Hélène DE POOTER
Maître de conférences en droit public à l'Université Bourgogne Franche-Comté – CRJFC

La lutte contre la propagation internationale des maladies infectieuses fait l'objet d'une coopération internationale depuis le milieu du XIXème siècle[1]. Conformément à la recommandation figurant dans un rapport adressé en 1834 au ministre du commerce français de convoquer une réunion des Etats de la Méditerranée afin de convenir d'un « droit commun sanitaire »[2], l'objectif de la première Conférence sanitaire internationale organisée à Paris en 1851 sur invitation de Louis-Napoléon Bonaparte était d'inscrire dans un « Code sanitaire officiel de la Méditerranée » des dispositions sanitaires rendues uniformes pour toutes les parties intervenantes[3]. Le texte finalement adopté par les douze puissances européennes participantes[4] prit la forme d'une convention internationale suivie d'un règlement sanitaire[5] plutôt que celle d'un code. Mais l'objectif sous-jacent resta le même : éviter les entraves injustifiées au commerce en rationalisant les mesures sanitaires appliquées aux frontières pour limiter l'introduction de maladies[6]. Aujourd'hui, ces préoccupations économiques figurent

[1] Sur les nombreuses conférences sanitaires internationales organisées à partir de 1851, v. Hélène DE POOTER, *Le droit international face aux pandémies : vers un système de sécurité sanitaire collective ?*, Paris : Pedone, 2015, pp. 28-43.

[2] Philippe DE SEGUR DUPEYRON, *Rapport adressé à Son Exc. le Ministre du Commerce par M. de Ségur Dupeyron*, Secrétaire du Conseil supérieur de santé, chargé de procéder à une enquête sur les divers régimes sanitaires de la Méditerranée, et sur les modifications qui pourraient être apportées aux tableaux qui fixent la durée des quarantaines en France, Paris : Imprimerie Royale, 1834, pp. 83-84.

[3] « Séance du 5 août 1851 », p. 5, *in* France, Ministère des affaires étrangères, *Procès-verbaux de la Conférence sanitaire internationale ouverte à Paris le 27 juillet 1851*, vol. 1, Paris : Imprimerie nationale, 1852.

[4] Autriche, Duché de Toscane Espagne, France, Grande-Bretagne, Grèce, Portugal, Royaume des Deux-Siciles, Russie, Saint-Siège, Sardaigne, Turquie.

[5] « Annexe n° 2 au rapport de la Commission (Résumé analytique des études de la Commission sur le programme, et les solutions motivées qu'elle propose) », p. 9, n° 20, *in* France, Ministère des affaires étrangères, *Procès-verbaux de la Conférence sanitaire internationale ouverte à Paris le 27 juillet 1851*, *op. cit.* note 3.

[6] L'article 2 du programme précisait que « les conférences dont il s'agit auront exclusivement pour objet, en respectant les opinions diverses, ou plutôt en les laissant à l'écart, d'arriver, dans l'intérêt du commerce et par une sorte de transaction amiable, à s'entendre sur les questions de fait et d'application » (« Annexe n° 2 au rapport de la Commission (Résumé analytique des études de la Commission sur le programme, et les solutions motivées qu'elle propose) », p. 2, n° 2, *in* France,

© Tous pays, tous supports
Editions A. PEDONE – PARIS – 2019
I.S.B.N. 978-2-233-00910-4

toujours au cœur de la logique qui préside à la lutte internationale contre les épidémies et les pandémies[7]. Associées à la volonté de protéger la santé publique, ces préoccupations économiques ont donné lieu à l'adoption de nombreux instruments destinés à diminuer le risque de propagation internationale des maladies infectieuses et à organiser la riposte.

La lutte contre les épidémies et les pandémies appelle à une approche holistique, transsectorielle, car leur apparition est favorisée par un grand nombre de facteurs, parmi lesquels :

- La pauvreté et le sous-développement : certes, le bacille du choléra a été introduit en Haïti par des membres de la Mission des Nations Unies pour la stabilisation en Haïti (MINUSTAH) en provenance du Népal, mais la souche en question n'aurait pas été à l'origine d'une si grave épidémie sans les déficiences simultanées du système d'adduction d'eau, d'assainissement et de soins de santé[8].

- Les conflits armés : en entraînant des déplacements massifs de population et l'effondrement des infrastructures sanitaires, les conflits armés favorisent la résurgence et la propagation des maladies infectieuses, comme le montre le cas du Yémen où sévit une grave épidémie de choléra alors que le pays est en proie à un conflit armé.

- Les atteintes à l'environnement et leurs conséquences : la déforestation, la modification des milieux aquatiques, les sécheresses, la désertification et les inondations provoquées par les changements climatiques modifient les aires de distribution des animaux vecteurs et réservoirs de maladies. Ce faisant, elles favorisent le premier contact entre l'homme et certains agents pathogènes jusque-là confinés dans des zones reculées ou inaccessibles[9]. Ainsi, originellement présent dans la forêt tropicale au centre de l'Afrique, le virus Ebola qui causa la grande épidémie de 2014-2016 serait entré en contact avec l'homme à la suite de la déforestation massive subie par cette région. De même, la fièvre de la Vallée du Rift serait apparue en Egypte après la construction du barrage d'Assouan sur le Nil. En permettant le développement agricole, cette

---

Ministère des affaires étrangères, *Procès-verbaux de la Conférence sanitaire internationale ouverte à Paris le 27 juillet 1851*, *op. cit.* note 3.

[7] Le terme « pandémie » désigne l'apparition d'un grand nombre de cas d'une maladie infectieuse transmissible dans une région géographique étendue. Autrement dit, une pandémie est une grande épidémie, sans que soit établi clairement un palier de distinction.

[8] Independent Panel of Experts on the Cholera Outbreak in Haiti, *Final Report*, May 2011, p. 29, <http://www.un.org/News/dh/infocus/haiti/UN-cholera-report-final.pdf>.

[9] Bruce A. WILCOX, Brett ELLIS, « Les forêts et les maladies infectieuses émergentes chez l'homme », *Unasylva, revue internationale des forêts et des industries forestières de la division des forêts de la FAO*, vol. 57, 2006, n° 224, pp. 11-12. Catherine LEPORT, Jean-François GUÉGAN (dir.), *Les maladies infectieuses émergentes : état de la situation et perspectives*, Paris : La Documentation française, 2011, pp. 59 et s. CNRS, « Changement climatique : quel devenir pour les maladies ? », <http://www.cnrs.fr/cw/dossiers/dosbiodiv/?pid=decouv_chapC_p3_d1&zoom_id=zoom_d1_5>. Andrew K. GITHEKO *et al.*, « Changement climatique et maladies à transmission vectorielle : une analyse régionale », *Bulletin de l'OMS, recueil d'articles n° 4*, 2001, pp. 62-72.

© Tous pays, tous supports
Editions A. PEDONE – PARIS – 2019
I.S.B.N. 978-2-233-00910-4

infrastructure a favorisé l'instal-lation de populations non immunes qui auraient propagé le virus jusqu'au Caire[10].

- L'accroissement du volume et de la rapidité des échanges commerciaux et du transport civil : aujourd'hui, la durée du plus long voyage aérien est plus courte que la période d'incubation de n'importe quelle maladie. Un voyageur peut donc transporter un agent pathogène d'un continent à un autre sans présenter aucun signe de maladie. Le moustique tigre, porteur de maladies tropicales comme la dengue, le virus Zika ou le Chikungunya, aurait rejoint l'Europe grâce au transport terrestre et maritime et aurait colonisé 42 départements français en s'introduisant dans les véhicules arrêtés sur les aires d'autoroutes.

La lutte contre les épidémies et les pandémies peut intéresser le juriste à plus d'un titre puisqu'elle mobilise notamment le droit international du commerce, le droit international des transports, le droit de l'environnement, le droit de la paix et de la sécurité internationales (action du Conseil de sécurité), le droit international humanitaire, le droit international des droits de l'homme (liberté de circulation, liberté individuelle, droit à la vie privée et familiale, respect de la dignité humaine), le droit de la propriété intellectuelle (accès aux médicaments) ou encore le droit des organisations intergouvernementales. La lutte internationale contre les maladies infectieuses se situe au croisement de ces domaines, qui présentent leurs enjeux propres, ce qui explique sans doute certaines faiblesses auxquelles la reconnaissance d'un « droit international de la santé » comme branche à part entière du droit international ne sera pas forcément à même de remédier[11]. La lutte contre les épidémies et les pandémies est donc un problème complexe aux ressorts multiples, dont on présentera ici certains aspects en articulant notre propos autour d'un axe temporel schématique qui sépare le temps de la surveillance (I) de celui de la riposte (II).

[10] Yves MOREAU, Jean-François SALUZZO, *Maladies infectieuses et pratiques agricoles*, <www.globe-network.org/sites/default/files/en/article/maladies-infectieuses-et-pratiques-agricoles_fr.pdf>.

[11] Si la question de la reconnaissance d'un véritable « droit international de la santé », ou encore d'un « droit mondial de la santé » (expression utilisée pour souligner l'interdépendance, entraînée par la mondialisation, des Etats, des populations et des secteurs en matière de santé, et donc la communauté d'intérêt sur laquelle se fonderait cette discipline) est assez délaissée par la doctrine francophone, elle fait l'objet d'abondantes discussions dans la doctrine anglophone. Voir la publication à paraître de Gian Luca BURCI, Brigit TOEBES, *Research Handbook on Global Health Law*, Edward Elgar Publishing. Dans son introduction (version non publiée en possession de l'auteur), Brigit Toebes reconnaît que « *[g]iven its highly fragmented nature, we are unable to definitively determine whether global health law deserves the label of an emerging or existing branch of international law*. »

© Tous pays, tous supports
Editions A. PEDONE – PARIS – 2019
I.S.B.N. 978-2-233-00910-4

I. LA SURVEILLANCE DES MALADIES INFECTIEUSES : DÉTECTION, ÉVALUATION, NOTIFICATION

Les acteurs impliqués dans la surveillance sont nombreux (A) et leur coopération se matérialise notamment par la multiplication des réseaux, qui jouent un rôle très important (B).

A. Les acteurs impliqués dans la surveillance

1. Les Etats

L'instrument juridique central en matière de surveillance est le Règlement sanitaire international (RSI), adopté par l'Assemblée mondiale de la santé en 2005 sur la base de l'article 21 a) de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)[12]. Cet instrument vise à prévenir la propagation internationale des maladies[13]. Il est obligatoire pour ses 196 Etats parties, ce qui en fait un instrument universel, élément clé du succès de la lutte contre les épidémies et les pandémies puisque la non-participation d'un seul Etat est susceptible de mettre en péril les efforts de tous les autres.

En vertu de l'article 5 du RSI (complété par l'annexe 1), tous les Etats parties doivent acquérir des capacités minimales de surveillance des maladies infectieuses sur leur territoire. Cette surveillance repose sur le triptyque détection/évaluation/notification. Chaque Etat doit en effet être capable de détecter, dans toutes les zones de son territoire, les événements impliquant une morbidité ou une mortalité supérieure aux niveaux habituels pour la période et le lieu considéré. Une fois les cas détectés, l'Etat doit les évaluer pour savoir si l'événement peut être qualifié d'« urgence de santé publique de portée internationale ». Cette évaluation se fait au moyen d'un algorithme qui figure à l'annexe 2 du Règlement sanitaire international (v. schéma ci-après). Suivant l'algorithme, l'Etat est invité à répondre à une série de questions auxquelles il ne peut répondre que par oui ou par non, la réponse donnée conduisant à la question suivante. Après avoir répondu à toutes les questions, l'Etat est en mesure de savoir si l'événement en question peut constituer une « urgence de santé publique de portée internationale ». Si c'est le cas, il doit obligatoirement le notifier à l'OMS[14] par le biais d'une plateforme en ligne sécurisée.

Les Etats ont tendance à s'organiser à l'échelle régionale afin de renforcer leur capacité de surveillance collective. Ainsi, l'« ASEAN Plus Three » (associant les Etats de l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est (ANASE) à la Chine, à la Corée du Sud et au Japon) a lancé en 2007 le programme Emerging Infectious Diseases (EID) afin de concevoir une approche régionale

[12] Règlement sanitaire international (2005), adopté par la 58e Assemblée mondiale de la santé le 23 mai 2005 (WHA58.3). Le Règlement est entré en vigueur le 15 juin 2007 selon la procédure du *opting-out* (article 22 de la Constitution de l'OMS), qui permet aux règlements de l'article 21 d'entrer en vigueur automatiquement pour tous les Etats membres, sauf à ce que ces derniers manifestent leur refus exprès.
[13] RSI (2005), article 2.
[14] *Ibid.*, article 6, § 1.

© Tous pays, tous supports
Editions A. PEDONE – PARIS – 2019
I.S.B.N. 978-2-233-00910-4

intégrée de la lutte contre les pandémies. En 2013, ces Etats se sont engagés à améliorer la surveillance des maladies infectieuses et à renforcer leur préparation aux pandémies[15]. Cette coopération régionale s'organise parfois sous forme de réseau, comme nous le verrons plus loin.

En dépit de ces initiatives, l'une des difficultés majeures vient du fait qu'il n'est pas toujours possible de compter pleinement sur les Etats pour détecter, évaluer et notifier les cas de maladies infectieuses. D'une part, la plupart des Etats est encore loin de disposer des capacités minimales de détection et d'évaluation prévues par le RSI. Certaines zones peuvent en effet échapper au contrôle ou à la vigilance de l'Etat en raison d'un conflit armé ou d'un manque de ressources financières, humaines et logistiques. C'est ainsi que, du fait d'une surveillance et d'une évaluation défaillantes de la part de la Guinée, le virus Ebola a pu se propager pendant trois mois avant d'être finalement identifié. Le suivi de l'acquisition de ces capacités minimales repose essentiellement sur l'auto-évaluation, par le biais de rapports annuels[16], l'évaluation externe trouvant difficilement sa place à l'OMS du fait de la réticence des Etats membres[17]. D'autre part, ces derniers ne satisfont pas toujours à leur obligation de notification. La crainte d'être pénalisés économiquement par les restrictions au commerce et au trafic internationaux que les notifications entraînent dissuade les Etats de notifier rapidement et de manière transparente les flambées épidémiques. C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles, en 2014, les Etats d'Afrique de l'Ouest touchés par le virus Ebola ont tardé à notifier les premiers cas. Leur crainte s'est avérée fondée puisque près de 70 Etats auraient imposé 500 mesures de restriction à la circulation des personnes ou des marchandises provenant des Etats touchés. Ces mesures unilatérales sont bien souvent considérées comme dépourvues de fondement par les scientifiques[18]. Il conviendrait dès lors de développer des mesures incitant à une notification rapide et dissuadant l'adoption de mesures unilatérales qui perturbent inutilement le commerce et le trafic internationaux[19].

[15] Chairman's Statement of the 14th ASEAN Plus Three Foreign Ministers' Meeting, Bandar Seri Begawan, 30 June 2013. V. aussi Joint Statement on the Third ASEAN Plus Three Health Ministers Meeting, Manila, 10 October 2008 ; Joint Statement of ASEAN Plus Three Health Ministers, Special Meeting on Ebola Preparedness and Response, Bangkok, 15 December 2014 ; ASEAN Plus Three Ministers' Special VDO Conference on the Threat of MERS in the Region, 27 July 2015.

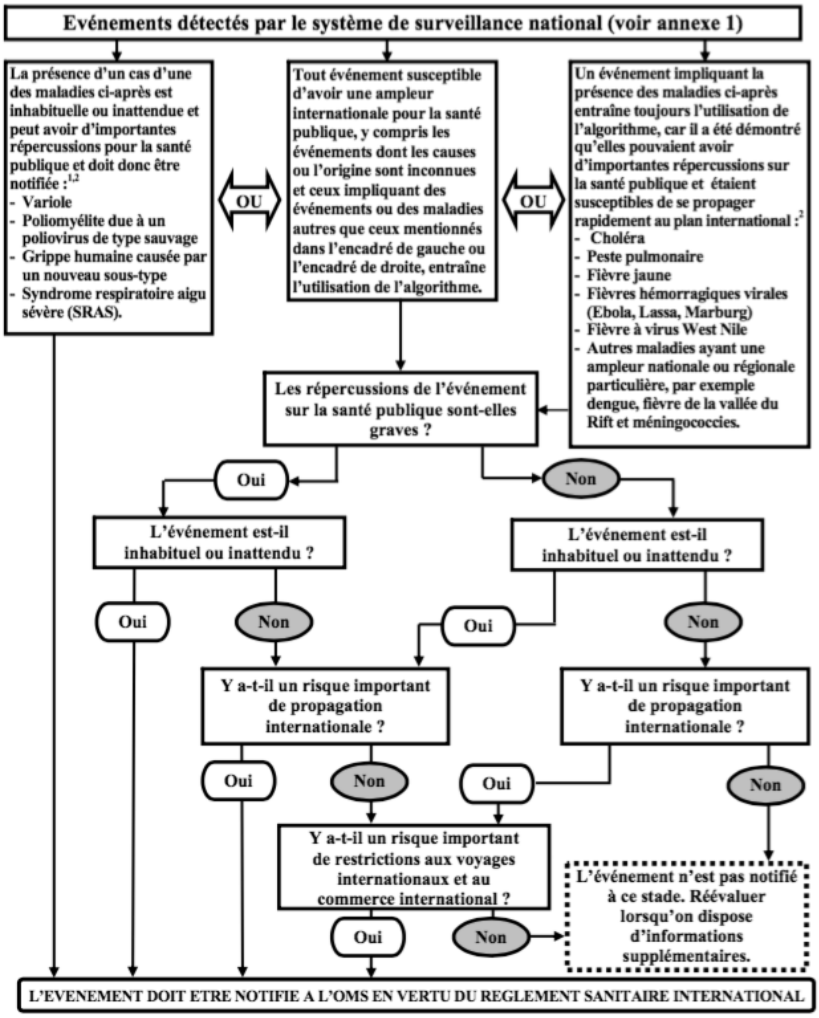
[16] RSI (2005), article 54, § 1.

[17] V. les remarques à ce sujet de Gian Luca BURCI, Jakob QUIRIN, « Implementation of the International Health Regulations (2005): Recent Developments at the World Health Organization », *ASIL Insights*, vol. 22, n° 13, September 25, 2018.

[18] « Protéger l'humanité contre les crises futures », rapport du Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires, A/70/723, pp. 33-34, §§ 45-47.

[19] Pour des suggestions en ce sens, v. le Rapport du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola, A68/25, §§ 31-32 et le Rapport du Comité d'examen sur le rôle du RSI (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte, A69/21, p. 30, § 62 et p. 37, § 3.1.4.

© Tous pays, tous supports
Editions A. PEDONE – PARIS – 2019
I.S.B.N. 978-2-233-00910-4



Annexe 2 du RSI (2005) :
Instrument de décision permettant d'évaluer
et de notifier les évènements qui peuvent constituer
une urgence de santé publique de portée internationale

2. Les autres acteurs

Fort heureusement, il existe des canaux d'information et d'expertise indépendants de l'Etat qui jouent un rôle crucial dans la surveillance des maladies infectieuses. Le Règlement sanitaire international autorise l'OMS à en tenir compte[20]. Outre les informations provenant de ses bureaux régionaux, l'OMS s'appuie également sur des informations provenant des médias et sur des

[20] RSI (2005), article 9.

© Tous pays, tous supports
Editions A. PEDONE – PARIS – 2019
I.S.B.N. 978-2-233-00910-4

rapports émanant d'agrégateurs de nouvelles. Dans les zones qui échappent au contrôle ou à la vigilance de l'Etat en raison d'un conflit armé ou de la faiblesse de son système de santé, les organisations humanitaires présentes sur le terrain, en contact avec les acteurs clés des communautés locales (responsables communautaires, groupes traditionnels, chefs religieux), peuvent être une source d'informations essentielle. Ainsi, Médecins sans frontières a très tôt attiré l'attention de l'OMS sur l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest. Il a donc été recommandé que l'OMS conclue des accords formels avec les organisations non gouvernementales afin de faciliter la reconnaissance et la notification rapides des événements de santé publique[21].

Plus généralement, le système de gestion des événements infectieux de l'OMS est majoritairement alimenté par des sources non officielles, que l'Organisation, tout en procédant à sa propre évaluation des risques, cherche toujours à vérifier auprès de l'Etat partie concerné[22].

B. L'importance des réseaux de surveillance

La mondialisation facilite certes la propagation internationale des maladies infectieuses, mais elle facilite également la communication. En dépit des limites qu'on a exposées plus haut quant à la surveillance, l'évaluation et la notification, liées à la défaillance ou aux réticences étatiques, il est frappant d'observer le grand nombre de réseaux de toutes sortes qui permettent, à l'échelle planétaire, le partage en temps réel de l'information et de l'expertise relatives aux maladies infectieuses[23].

1. Les réseaux de surveillance mondiaux

L'article 4 du Règlement sanitaire international assure la communication permanente entre ses 196 Etats parties et l'OMS, grâce à des Points focaux nationaux et des Points de contacts de l'OMS. L'ensemble est mis en réseau afin d'envoyer et de recevoir des informations urgentes 24 heures sur 24 (des progrès restant néanmoins à faire sur ce point[24]).

Parallèlement à ce réseau interétatique relié à l'OMS, le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (Global Outbreak Alert and Response Network – GOARN) est un réseau d'institutions, de laboratoires et de centres médicaux qui mettent en commun leurs ressources humaines et techniques pour identifier et confirmer rapidement les événements infectieux, et y répondre rapidement, sur la base d'un échange d'information en temps réel. Il fonctionne grâce à un secrétariat, assuré par l'OMS, ainsi qu'un Comité de surveillance composé de certains membres du réseau. De nombreuses institutions ou

[21] Rapport du Comité d'examen sur le rôle du RSI (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte, A69/21, p. 46, § 110 et p. 26, § 46.
[22] RSI (2005), article 10.
[23] Pour quelques remarques sur les réseaux comme phénomènes de la mondialisation, v. Geneviève BASTID-BURDEAU, « Le Conseil de sécurité et les défis de la mondialisation », *in Le 90e anniversaire de Boutros Boutros-Ghali. Hommage du Curatorium à son Président*, Académie de droit international de La Haye, Leiden : Martinus Nijhoff Publishers, 2012, p. 14.
[24] Rapport du Directeur général de l'OMS, A71/7, § 13.

© Tous pays, tous supports
Editions A. PEDONE – PARIS – 2019
I.S.B.N. 978-2-233-00910-4

organismes français y participent, tels Santé publique France, l'Institut Pasteur, Médecins sans frontières, l'Université d'Aix-Marseille ou encore le Museum national d'histoire naturelle[25].

Par ailleurs, le célèbre Centers for Disease Control and Prevention (CDC), agence fédérale américaine, a lancé en 2004, après l'épidémie de SRAS, le programme Global Disease Detection (GDD) qui fonctionne sur la base d'un réseau mondial de dix centres régionaux (localisés en Afrique du Sud, au Bangladesh, en Chine, en Egypte, en Géorgie, au Guatemala, en Inde, au Kazakhstan, au Kenya et en Thaïlande) interconnectés par le biais du GOARN et grâce auquel le CDC surveille la situation épidémiologique mondiale.

L'Organisation mondiale de la santé coordonne en outre le Système mondial de surveillance et de riposte à la grippe (GISRS). Mis en place dès 1952, ce réseau international de laboratoires est aujourd'hui composé de 143 centres nationaux de la grippe répartis sur le territoire de 112 Etats. Son but est d'identifier, grâce à l'analyse des échantillons prélevés sur des personnes infectées par le virus de la grippe, quel sera le virus responsable de la prochaine grippe saisonnière ou d'une grippe pandémique, afin de produire des vaccins de façon anticipée. Son fonctionnement est bien réglementé depuis 2011, grâce à l'adoption du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique (Cadre PIP)[26]. Cet instrument juridique hybride est particulièrement intéressant. Adopté par l'Assemblée mondiale de la santé sur la base de l'article 23 de la Constitution de l'OMS, il n'a valeur que de recommandation dans les relations interétatiques, mais sa portée est bien plus grande puisqu'un laboratoire pharmaceutique qui souhaite recevoir gratuitement des souches de semence en vue de la conception de vaccins doit désormais s'engager, par contrat conclu avec l'OMS, à fournir une contrepartie à ce don de souches (p. ex., un don de doses de vaccin).

Enfin, il ne faut pas omettre de mentionner le rôle joué par le plus grand des réseaux mondiaux dans la surveillance des maladies infectieuses : l'Internet. Des moteurs de recherche ont été conçus pour balayer le Web à la recherche d'informations sur des cas de maladies transmissibles. L'exploitation de messages postés sur les réseaux sociaux et des requêtes formulées par tout un chacun sur les moteurs de recherche classiques permettrait dans certains cas d'anticiper de plusieurs semaines l'évolution d'une épidémie[27].

---

[25] Sur le lancement du GOARN en 2000, v. OMS, *Global outbreak alert and response. Report of a WHO meeting*, Geneva, Switzerland, 26-28 April 2000, WHO/CDS/CSR/2000/3, 41 p.

[26] Cadre de préparation en cas de grippe pandémique, adopté par la 64e Assemblée mondiale de la santé le 24 mai 2011 (WHA64.5). Sur cet instrument peu connu, v. Hélène DE POOTER, *Le droit international face aux pandémies : vers un système de sécurité sanitaire collective ?*, *op. cit*. note 1, pp. 99-160. V. aussi la page de l'OMS consacrée au Cadre PIP, <http://www.who.int/influenza/pip/en/>.

[27] Camille PELAT, *Nouveaux outils et nouvelles données pour la surveillance des maladies infectieuses. Applications [stat.AP]*, thèse de doctorat soutenue à l'Université Pierre et Marie Curie – Paris VI le 24 septembre 2010, pp. 103-115, <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00690501>. V. aussi Julien LAUSSON, « Google observe l'évolution de la grippe en France », 8 octobre 2009, <https://www.numerama.com/magazine/14179-google-observe-l-evolution-de-la-grippe-en-france.html>, Robin PANFILI, « Twitter peut-il prédire les épidémies ? », 18 mai 2017, <http://www.slate.fr/story/145746/twitter-maladie-grippe>.

© Tous pays, tous supports
Editions A. PEDONE – PARIS – 2019
I.S.B.N. 978-2-233-00910-4

2. Les réseaux de surveillance régionaux

a. Le réseau de surveillance épidémiologique de l'Union européenne

L'Union européenne dispose d'une compétence de complément pour « la lutte contre les grands fléaux » ainsi que pour « la surveillance de menaces transfrontières graves sur la santé, l'alerte en cas de telles menaces et la lutte contre celles-ci »[28]. La décision 2119/98/CE du Parlement et du Conseil a instauré un réseau communautaire de surveillance épidémiologique et de contrôle des maladies infectieuses, étendu à d'autres menaces transfrontières par la décision 1082/2013/-UE du Parlement et du Conseil du 22 décembre 2013 relative aux menaces transfrontières graves sur la santé. Géré et coordonné par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (ECDC)[29], ce réseau de surveillance repose sur la mise en communication permanente des Etats membres, de la Commission et de l'ECDC[30], grâce à un système informatique confidentiel appelé le système d'alerte précoce et de réaction (SAPR). Les autorités nationales versent des informations au réseau[31] et ont l'obligation de notifier une alerte dans le SAPR lorsqu'une menace transfrontière grave pour la santé remplit certains critères[32]. Une telle notification déclenche la coordination de la riposte (v. ci-dessous).

b. L'embryon de réseau de l'Union africaine

La création du Centre africain pour le contrôle et la prévention des maladies (CACM ou CDC Afrique) a été évoquée en juillet 2013, lors du Sommet spécial de l'Union africaine sur le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme[33]. Sa création a été décidée en janvier 2015[34] et ses Statuts ont été adoptés un an plus tard[35]. Il a été officiellement lancé en mars 2017. Conçu comme une institution technique spécialisée de l'Union africaine, son siège est à Addis-Abeba. Des centres régionaux sont en cours de création dans les cinq régions du continent africain[36].

Sur le modèle de ce qu'a réalisé l'Union européenne, l'article 3 des Statuts prévoit à terme la mise en place de plates-formes d'alerte précoce en cas de situation sanitaire d'urgence. Depuis sa création, des épidémiologistes du Centre produisent des rapports hebdomadaires résumant les incidents de santé publique détectés par les médias et d'autres sources ouvertes, y compris les premiers signes d'épidémies possibles. Par ailleurs, une plate-forme d'échange a été créée afin de faciliter les discussions hebdomadaires entre les Etats membres, ce qui permet de signaler de manière informelle les épidémies[37].

---

[28] Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE), articles 6 a) et 168.
[29] Décision 1082/2013/UE, article 6, § 1.
[30] *Ibid.*, article 6, § 2.
[31] *Ibid.*, article 6, § 3.
[32] *Ibid.*, article 9, § 1.
[33] Déclaration d'Abuja, 16 juillet 2013.
[34] Décision sur la création d'un Centre africain de prévention et de lutte contre les maladies, Assembly/AU/Dec.554(XXIV), § 2.
[35] Décision sur les comités techniques spécialisés, Assembly/AU/Dec.589(XXVI), § 2, vii. Les Statuts sont consultables à l'adresse : <https://au.int/en/treaties/statute-african-cdc-and-its-framework-operation>.
[36] Statuts du Centre africain pour le contrôle et la prévention des maladies, article 24.
[37] V. le premier rapport d'étape du président de la Commission sur le Centre africain de prévention et de lutte contre les maladies, 29 mars 2018, PRC/2 (i) (7-2018). V. aussi le rapport d'activité de la

© Tous pays, tous supports
Editions A. PEDONE – PARIS – 2019
I.S.B.N. 978-2-233-00910-4

c. Le réseau de surveillance de santé publique du Pacifique

PACNET est le Pacific Public Health Surveillance Network. Il met en réseau les ministères de la santé publique de 22 îles du Pacifique, ainsi que des institutions et d'autres réseaux. Son but est d'harmoniser les données de surveillance et de développer les systèmes de surveillance dans la région. Il vise également à fournir une formation en épidémiologie de terrain et en surveillance dans le domaine de la santé publique, à étendre son réseau de communication électronique et à diffuser des informations précises et pertinentes.

d. Le Consortium sur la surveillance des maladies infectieuses au Moyen-Orient

Depuis 2003, un réseau des ministères de la santé, des universités et des instituts de recherche d'Israël, de la Jordanie et la Palestine a été mis en place, sous le nom de Consortium sur la surveillance des maladies infectieuses au Moyen-Orient (Middle East Consortium on Infectious Disease Surveillance – MECIDS). Créé par l'ONG Search for Common Ground, avec le soutien financier du Nuclear Threat Initiative, ce réseau permet de partager l'information et d'assurer une meilleure coordination des réponses transfrontalières rapides en cas d'épidémie, dans une région où cela ne va pas de soi[38].

II. LA RIPOSTE AUX ÉPIDÉMIES ET AUX PANDÉMIES : DÉNOMINATION, RÉACTION

La phase de réaction proprement dite succède souvent à une phase de dénomination, qui se fait grâce à un langage commun. Cette dénomination prend parfois la forme d'une qualification juridique, mais ceci est loin d'être systématique. En effet, la qualification juridique est une opération de rattachement en vue d'appliquer un régime juridique. Or, en matière de maladies infectieuses, les conséquences de la dénomination consistent avant tout en une réaction opérationnelle et empirique, si bien que l'on n'est pas toujours en présence d'une qualification de nature juridique.

A. La riposte à l'échelle mondiale

1. La riposte dans le cadre de l'OMS

L'OMS peut engager une riposte selon différents canaux. Elle administre et coordonne le Réseau d'évaluation et de réponse cliniques aux maladies émergentes (Emerging Diseases Clinical Assessment and Response Network – EDCARN), auquel participent des cliniciens et des experts d'organisations gouvernementales et non gouvernementales, du monde universitaire, de l'OMS et d'autres parties prenantes. Il est utilisé pour partager informations et

Commission sur la mise en place du Centre africain pour la prévention et la lutte contre les maladies, présenté à la 27e session ordinaire du Conseil exécutif, 7-12 juin 2015, EX.CL/912(XXVII).

[38] Pour une analyse du MECIDS, v. William J. LONG, *Pandemics and peace: Public Health Cooperation in Zones of Conflict*, Washington, DC : United States Institute of Peace, 2011, 160 p.

© Tous pays, tous supports
Editions A. PEDONE – PARIS – 2019
I.S.B.N. 978-2-233-00910-4

expériences afin d'améliorer la compréhension scientifique des maladies infectieuses émergentes et les soins cliniques, et il comprend un groupe d'experts cliniques capables de réagir rapidement aux épidémies.

En outre, le Conseil exécutif de l'Organisation peut estimer qu'il est face à un « événement exigeant une action immédiate » et se réunir en session extraordinaire pour prendre toute mesure d'urgence[39], comme il l'a fait le 25 janvier 2015 dans le contexte de l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest[40].

Par ailleurs, l'OMS peut déclarer qu'un événement infectieux est une « urgence de niveau 1, 2 ou 3 » à l'échelle du secteur Santé. Le niveau d'urgence choisi dépend du niveau de réponse opérationnelle requise de la part de l'OMS. Lorsque l'urgence est déclarée, l'Organisation déploie ses activités sur la base du *Cadre d'action d'urgence*, révisé en 2017[41].

Mais la dénomination la plus connue, qui revêt les qualités d'une véritable qualification juridique, est « l'urgence de santé publique de portée internationale » (USPPI). Elle est définie à l'article 1er du Règlement sanitaire international comme « un événement extraordinaire dont il est déterminé, comme prévu par le (…) Règlement, i) qu'il constitue un risque pour la santé publique dans d'autres Etats en raison du risque de propagation internationale de maladies ; et ii) qu'il peut requérir une action internationale coordonnée ». Pour être susceptible de constituer une USPPI, l'événement doit remplir au moins deux des quatre critères figurant à l'annexe 2 du Règlement : gravité des répercussions de l'événement sur la santé publique, caractère inhabituel ou inattendu de l'événement, risque important de propagation internationale, risque important de restrictions aux voyages internationaux et au commerce international. Nous avons vu plus haut que l'évaluation de la menace par les Etats doit se faire au regard de la *possibilité* qu'un événement constitue une USPPI. Mais, dans un second temps, l'autorité compétente pour confirmer cette qualification est le Directeur général de l'OMS, après avis d'un Comité d'urgence[42]. A ce jour, sur des milliers d'événements, quatre ont fait l'objet d'une qualification confirmée d'urgence de santé publique de portée internationale : les cas de grippe porcine A(H1N1) (25 avril 2009-10 août 2010) ; la propagation internationale du poliovirus sauvage en 2014 (5 mai 2014-toujours actif au 15 septembre 2018) ; l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest (8 août 2014-29 mars 2016) ; les cas de microcéphalie et de troubles neurologiques dans certaines régions affectées par le virus Zika (1er février 2016-18 novembre 2016).

Une telle qualification ouvre la possibilité au Directeur général de l'OMS de publier des recommandations temporaires[43]. Ces dernières sont des recommandations techniques concernant les personnes, bagages, cargaisons, conteneurs,

[39] Constitution de l'OMS, article 28, i) Règlement intérieur du Conseil exécutif, article 6, al. 2.
[40] Session extraordinaire sur l'épidémie d'Ebola, résolution EBSS3.R1.
[41] WHO, *Emergency Response Framework*, 2nd ed., Geneva : WHO, 2017, 68 p.
[42] RSI (2005), article 12.
[43] *Ibid.*, article 15, § 1.

© Tous pays, tous supports
Editions A. PEDONE – PARIS – 2019
I.S.B.N. 978-2-233-00910-4

moyens de transport, marchandises et/ou colis postaux destinées à prévenir ou réduire la propagation internationale de maladies tout en évitant toute entrave inutile au trafic international[44]. Cette qualification n'a donc pas de vocation humanitaire : il ne s'agit pas de venir en aide aux populations touchées mais de trouver le meilleur équilibre entre la limitation de la propagation internationale de la maladie et le maintien des échanges internationaux. Pour autant, en pratique, les mesures recommandées ne sont pas totalement décorrélées de toute perspective humanitaire. En effet, il a été constaté que les restrictions à la circulation des personnes et des marchandises imposées pendant l'épidémie d'Ebola – qui dépassaient les recommandations temporaires du Directeur général de l'OMS – avaient entravé le déploiement de l'aide humanitaire (experts et fournitures)[45]. Conformément à l'article 43 du Règlement sanitaire international, l'OMS s'attache à demander aux Etats parties qui appliquent des mesures sanitaires qui ne sont pas recommandées par le Directeur général de fournir les raisons de santé publique et les informations scientifiques pertinentes justifiant l'application de ces mesures, lorsque celles-ci entravent de manière importante le trafic et le commerce internationaux. Cependant, il arrive que certains Etats ne donnent pas suite à la demande de l'OMS ou présentent des informations très tardivement[46]. Comme on l'a déjà suggéré plus haut, des mécanismes dissuadant l'adoption de telles mesures devraient donc être développées.

2. Les épidémies et les pandémies saisies par le Conseil de sécurité des Nations Unies

L'idée que le Conseil de sécurité puisse intervenir dans le contexte d'une épidémie ou d'une pandémie a été souvent évoquée depuis les années 2000[47]. Selon une idée reçue, le Conseil de sécurité aurait qualifié la pandémie de VIH/sida de menace à la paix et à la sécurité internationales dans sa résolution 1368 (2000). En réalité, le Conseil ne fait que relever une « mise en danger de la stabilité et de la sécurité ». Le pas a été franchi pour la première fois avec la résolution 2177 (2014). Néanmoins, s'abstenant de se référer au chapitre VII de la Charte des Nations Unies, le Conseil de sécurité s'en est tenu à une série de demandes et d'encouragements (par exemple, il a demandé aux Etats membres de faciliter l'acheminement d'une assistance pour permettre aux Etats touchés d'enrayer l'épidémie (§ 5) ou encore de fournir une assistance et des ressources d'urgence, y compris des moyens médicaux (§ 7)). Le principal intérêt de cette qualification a donc été d'attirer l'attention de la communauté internationale et des bailleurs de fonds sur la crise en cours.

---

[44] *Ibid.*, article 15, § 2.

[45] Lettre datée du 29 août 2014 adressée au Secrétaire général de l'ONU par les présidents du Libéria, de la Sierra Leone et de la Guinée, S/2014/669. Dans le même sens, v. « Protéger l'humanité contre les crises futures », rapport du Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires, A/70/723, p. 81, § 224. V. aussi Institut d'études et de sécurité, *Rapport sur le Conseil de paix et de sécurité*, n° 68, mai 2015, p. 13.

[46] Rapport du Directeur général de l'OMS, A71/7, § 7.

[47] IDI, session de Bruges, 2003, « L'assistance humanitaire », art. VIII. Groupe de personnalités de haut niveau sur les menaces, les défis et le changement, « Un monde plus sûr : notre affaire à tous », A/59/565, 2 décembre 2004, § 184.

© Tous pays, tous supports
Editions A. PEDONE – PARIS – 2019
I.S.B.N. 978-2-233-00910-4

On relève, tant au niveau universel (Conseil de sécurité) qu'au niveau régional (v. ci-dessous, dans le cadre de l'Union africaine) une tendance à faire entrer les épidémies et les pandémies dans la logique de la sécurité collective, en les considérant comme des menaces pour la paix et la sécurité internationales ou régionales. Le Conseil de sécurité ne devrait toutefois pas abuser de cette qualification dans le contexte des crises sanitaires, car cela risquerait d'entraîner un effet d'accoutumance peu propice à la mobilisation massive qu'une telle qualification est censée déclencher.

3. Le rôle du Secrétaire général de l'ONU face aux « situations d'urgence »

L'Organisation des Nations Unies se mobilise régulièrement contre les « catastrophes naturelles et situations d'urgence du même ordre », qui ont fait l'objet de plusieurs résolutions de l'Assemblée générale portant sur l'assistance humanitaire[48]. Certaines épidémies, que l'organe plénier de l'Organisation a qualifiées de « situation d'urgence »[49], entrent dans ce cadre et ont conduit le Secrétaire général à se positionner comme un acteur clé de la coordination de l'aide humanitaire, conformément au rôle qui lui a été reconnu dans la résolution A/RES/46/182[50].

Ainsi, il s'est impliqué activement, bien que très tardivement, dans la riposte à l'épidémie de choléra en Haïti. Après une période de relative indifférence rompue par la publication d'un rapport mettant en évidence la responsabilité de l'ONU dans l'introduction du bacille sur le territoire haïtien[51], le Secrétaire général a finalement reconnu que l'ONU avait « une responsabilité morale envers les victimes de l'épidémie de choléra »[52] et a présenté à l'Assemblée générale une stratégie d'un coût d'environ 400 millions de dollars sur deux années[53].

---

[48] A/RES/43/131, A/RES/45/100, A/RES/46/182.

[49] A/RES/69/1, préambule, al. 6, A/RES/71/161 A, préambule, al. 8 et A/RES/71/161 B, préambule, al. 12.

[50] Voir l'annexe de la résolution, §§ 33 et s.

[51] Rapport du Rapporteur spécial sur l'extrême pauvreté et les droits de l'homme, A/71/367.

[52] SG/SM/17991, 19 août 2016, <http://www.un.org/press/fr/2016/sgsm17991.doc.htm>.

[53] Cette stratégie est centrée sur deux volets. Le premier vise à renforcer l'aide que l'Organisation apporte pour réduire et mettre un terme une fois pour toutes à la transmission du choléra, améliorer l'accès aux soins et aux traitements, et s'attaquer à des enjeux de plus long terme que sont les systèmes d'approvisionnement en eau, d'assainissement et de santé en Haïti. Le second consiste à élaborer un dispositif d'aide matérielle et financière en faveur des Haïtiens les plus directement touchés par l'épidémie. Une approche individuelle pourrait être envisagée qui consisterait à verser un montant substantiel par personne décédée des suites du choléra, mais le financement nécessaire n'est pas garanti (rapport du Secrétaire général, A/71/895, § 54). Des projets d'intérêt collectif sont donc les plus à même d'aboutir. Le Secrétaire général précise que le Secrétariat et les organismes des Nations Unies ne peuvent assumer à eux seuls la mise en œuvre de la nouvelle stratégie et que les Etats Membres et les partenaires extérieurs devraient s'impliquer. Un Fonds d'affectation spéciale pluripartenaires des Nations Unies, habilité à recevoir des donations provenant de gouvernements, d'ONG ou de donateurs privés, a été créé (rapport du Secrétaire général, A/71/620, §§ 7 et 61). L'Assemblée générale a demandé « à tous les Etats Membres, organismes compétents des Nations Unies et autres partenaires internationaux gouvernementaux et non gouvernementaux » de soutenir la

© Tous pays, tous supports
Editions A. PEDONE – PARIS – 2019
I.S.B.N. 978-2-233-00910-4

Durant l'épidémie d'Ebola, le Secrétaire général des Nations Unies a pris une série de mesures[54] dont la plus emblématique a été la création de la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (MINUAUCE)[55], une mission sanitaire d'urgence réunissant l'ensemble des acteurs et moyens du système des Nations Unies et déployée dans les Etats touchés afin d'y apporter un appui[56]. Un tel dispositif n'a pas vocation à être à nouveau mis en place car les acteurs de l'assistance humanitaire réunis au sein du Comité permanent interorganisations (CPI/IASC) (v. ci-dessous) semblent avoir pris la mesure de ce qu'une épidémie ne se résume pas toujours à une crise sanitaire et peut dégénérer en grave crise humanitaire. Ils devraient donc, à l'avenir, se saisir plus promptement d'une crise comme celle d'Ebola par le biais de cet organe de coordination.

4. La riposte du Comité permanent interorganisations face à une « urgence de niveau 3 à l'échelle du système humanitaire »

Le Comité permanent interorganisations (CPI/IASC) a été créé par l'Assemblée générale des Nations Unies en 1992 afin de renforcer la coordination de l'aide humanitaire d'urgence[57]. Il réunit les chefs d'organisations et de programmes du système des Nations Unies ou extérieurs à celui-ci comme l'UNICEF, le HCR, l'OMS, l'OIM, etc., ainsi que des organisations invitées (le CICR, la Banque mondiale, des ONG…)

Lorsque le CPI active l'« urgence de niveau 3 à l'échelle du système humanitaire », les organismes participants doivent se mobiliser pour contribuer à la réponse dans les domaines relevant de leur mandat. Une telle classification assure donc une mobilisation très large.

---

nouvelle stratégie (A/RES/71/161 A, § 2). Pour de plus amples détails sur l'assistance apportée à Haïti dans le cadre de la nouvelle stratégie, v. le rapport du Secrétaire général, A/71/895.

[54] Nomination le 12 août 2014 d'un Coordonnateur principal du système des Nations Unies pour l'Ebola (David Nabarro) ; activation le 8 septembre 2014 du mécanisme d'intervention d'urgence de l'ONU et nomination d'un Coordonnateur adjoint pour l'Ebola et Responsable de la gestion de la crise (Anthony Banbury).

[55] Voir ses deux lettres identiques datées du 17 septembre 2014, adressées au Président de l'Assemblée générale et au Président du Conseil de sécurité (A/69/389-S/2014/679), suivies de la résolution 2177 (2014) du Conseil de sécurité dans laquelle ce dernier prie implicitement le Secrétaire général de mener à bien ce projet (§ 11) et de la résolution 69/1 de l'Assemblée générale dans laquelle cette dernière qualifie la flambée de « situation d'urgence » et prie le Secrétaire général de prendre les mesures voulues pour mettre rapidement son projet à exécution (§§ 1-2).

[56] La MINUAUCE a été déployée du 19 septembre 2014 au 31 juillet 2015. Après son démantèlement, les partenaires ont établi une entité qui lui a succédé jusqu'en mars 2016 : le Dispositif de collaboration interinstitutions sur Ebola, dirigé et coordonné par l'OMS. Pour de plus amples détails sur la MINUAUCE et le Dispositif de collaboration interinstitutions, on renvoie aux rapports et lettres mensuelles du Secrétaire général de l'ONU faisant le point sur l'action menée (A/69/404, 573, 720, 759, 812, 871, 908, 939, 992 et 1014) ainsi qu'aux nombreux *Situation Reports* (<http://ebolaresponse.un.org/situation-reports>). On renvoie aussi au rapport de Adam LUPEL et Michael SNYDER, *The Mission to Stop Ebola: Lessons for UN Crisis Response*, New York : International Peace Institute, February 2017, 17 p.

[57] A/RES/46/182.

© Tous pays, tous supports
Editions A. PEDONE – PARIS – 2019
I.S.B.N. 978-2-233-00910-4

Or, dans le cas d'Ebola, cette possibilité n'a pas été utilisée car cette épidémie a d'abord été vue comme un problème sanitaire et non pas humanitaire. Cette approche a été critiquée car l'épidémie a provoqué de graves conséquences sur les populations[58]. C'est pourquoi, en décembre 2016, le CPI a repensé ses procédures pour qu'elles puissent être utilisées lors d'une épidémie. Il a adopté le « Document de référence sur l'activation du niveau 3 en cas d'événements liés à une maladie infectieuse »[59]. Ce document porte adaptation des procédures tant au niveau de l'activation de l'urgence que des conséquences de l'activation.

Ainsi, en ce qui concerne l'activation de l'urgence, le Document de référence prévoit que, dans certains cas, l'OMS doive obligatoirement informer le CPI en cas d'événement infectieux, ou encore que le Directeur général de l'OMS puisse recommander l'activation d'une urgence de niveau 3. Il est également envisagé, et c'est un aspect éminemment novateur, que le CPI puisse se mobiliser pour prévenir une flambée épidémique et pas seulement pour y répondre. Le document permet encore que les chefs d'organismes non-membres du CPI qui possèdent des compétences en matière de maladies infectieuses (par exemple, le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN), MSF, le Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ou encore l'Organisation mondiale de la santé animale) peuvent être invités à prendre part aux délibérations sur de tels événements.

Du point de vue des conséquences de l'activation, le Document de référence prévoit notamment la désignation d'un responsable des incidents de l'OMS chargé de diriger les aspects techniques de la réponse liés à la santé humaine ; l'établissement par l'OMS d'un rapport commun hebdomadaire sur la situation épidémiologique et la réponse, afin de guider la riposte et la planification internationales ; ou encore le déploiement de matériel et d'un appui logistique suffisants pour une durée de trois mois, en vue de la mise en œuvre immédiate de mesures de prévention, de diagnostic, de gestion des cas et d'autres mesures pertinentes pour lutter contre le pathogène en cause.

Le Comité permanent interorganisations constitue donc un exemple positif de mécanisme de coordination institutionnelle qui a su se réformer pour s'adapter aux enjeux contemporains.

5. Le Mécanisme de financement d'urgence en cas de pandémie de la Banque mondiale

La mise à disposition rapide de fonds aurait permis d'épargner de nombreuses vies emportées par l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest (2014-2016). Lors de la rencontre des ministres des finances du G7 à Sendai, en mai 2016, le groupe de la Banque mondiale a donc annoncé la création, en partenariat avec l'Allemagne, le Japon et l'OMS, du Mécanisme de financement d'urgence en cas de pandémie (Pandemic Emergency Financing

[58] « Protéger l'humanité contre les crises sanitaires futures », rapport du Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires, A/70/723, pp. 62-63, §§ 159-162.
[59] IASC, Reference Document, *Level 3 (L3) Activation Procedures for Infectious Disease Events*, endorsed by the IASC Principals on 6 December 2016.

© Tous pays, tous supports
Editions A. PEDONE – PARIS – 2019
I.S.B.N. 978-2-233-00910-4

Facility – PEF)[60]. Il s'agit du premier fonds d'urgence spécialement dédié aux épidémies et pandémies. Son objectif est de permettre le déblocage de fonds suffisamment tôt pour endiguer une épidémie avant qu'elle n'atteigne son pic de gravité. Ses bénéficiaires sont les Etats en développement[61] ainsi que les organisations intergouvernementales et les ONG qui s'impliquent dans la riposte aux épidémies auprès des Etats touchés (les « agences d'intervention »).

Le PEF est composé de deux guichets. Le premier est un guichet d'assurance, financé à hauteur de 425 millions de dollars sur trois ans par des obligations pandémies et des produits dérivés mis sur le marché par la Banque mondiale, acquis par le Japon et l'Allemagne. Ce guichet concerne les flambées épidémiques d'un groupe prédéfini de maladies susceptibles d'engendrer des pandémies majeures[62]. Le versement des fonds est automatique dès lors que l'événement remplit certains critères relatifs à sa gravité (nombre de cas/de décès, leur augmentation et leur propagation).

En plus de ce premier guichet, un guichet de liquidités complémentaires permet de faire face à des situations qui ne rempliraient pas les conditions de déclenchement prévues au titre du dispositif d'assurance. Il est alimenté par un fonds fiduciaire classique financé par les bailleurs. L'Allemagne et l'Australie auraient déjà contribué à hauteur respective de 61 et 7,2 millions de dollars. Le premier versement, ponctionné sur ce guichet des liquidités complémentaires, a eu lieu le 22 mai 2018 au profit de la République démocratique du Congo afin d'aider cet Etat à faire face à une épidémie d'Ebola qui sévissait dans la province de l'Equateur.

Ce Fonds est dirigé par un organe de pilotage (*Steering Body*) composé *a minima* de l'OMS et de la Banque mondiale, ainsi que des donateurs, lesquels disposent seuls du droit de vote[63]. Un coordinateur (*Coordinator*) assure le secrétariat et le soutien technique[64]. La Banque mondiale joue le rôle d'administrateur (*Trustee*) et de trésorier (*Treasury Manager*)[65].

[60] Ce Fonds repose sur des Statuts (Pandemic Emergency Financing Facility (PEF) Framework, adopted by the Steering Body on June 27, 2017) et un Manuel des opérations (Operations Manual, version approved and adopted by the PEF Steering Body on September 13, 2017) disponibles sur le site de la Banque mondiale, à l'adresse <http://www.worldbank.org/pef>.

[61] Il s'agit des 77 pays qui peuvent bénéficier des financements de l'Association internationale de développement (IDA), le fonds du Groupe de la Banque mondiale pour les pays les plus pauvres.

[62] Ces maladies comprennent la grippe pandémique (virus de la grippe A nouveau ou émergent), les maladies entraînées par les Coronavirus (SRAS, MERS, etc.) et les Filovirus (virus Ebola, Marburg, etc.) ainsi qu'un certain nombre de zoonoses (fièvre hémorragique de Crimée-Congo, fièvre de la vallée du Rift et fièvre de Lassa). Les flambées d'autres maladies ne donnent pas droit à un payement du guichet d'assurance.

[63] PEF, *Operations Manual*, version approved and adopted by the PEF Steering Body on September 13, 2017, section 4.1.

[64] *Ibid.*, section 4.2.

[65] *Ibid.*, sections 4.3 et 4.4.

© Tous pays, tous supports
Editions A. PEDONE – PARIS – 2019
I.S.B.N. 978-2-233-00910-4

B. La riposte à l'échelle régionale

1. La riposte dans le cadre de l'Union européenne

a. La riposte aux « menaces transfrontières graves sur la santé »

Après la notification d'une alerte dans le système d'alerte précoce et de réaction (SAPR) mis en place par la décision 1082/2013/UE (v. ci-dessus), la Commission fournit une évaluation des risques effectuée par l'ECDC et indique de possibles mesures de santé publique[66]. Les Etats membres de l'Union européenne sont ensuite appelés à coordonner leurs réactions nationales, en concertation avec la Commission, au sein du Comité de sécurité sanitaire (CSS)[67]. Ainsi, lors de la pandémie de grippe A(H1N1) qui a sévi en 2009, les Etats membres se sont mis d'accord sur la fermeture des écoles, la prise en charge des ressortissants tombant malades à l'étranger et la définition des groupes à risque qui devaient être vaccinés en priorité. Lors de l'épidémie d'Ebola qui a touché l'Afrique de l'Ouest entre 2013 et 2016, les Etats membres ont décidé de l'évacuation médicale vers l'Union du personnel de santé atteint ou suspecté d'avoir été atteint par le virus et des mesures ont été mises en place pour faciliter le dépistage des voyageurs arrivant dans l'Union européenne en provenance des Etats touchés.

D'après la Commission, la mise en œuvre de la décision 1082/2013/UE aurait produit de très bons résultats face au virus Ebola, au coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS CoV) et à la menace de la poliomyélite[68].

b. La riposte aux « situations d'urgence »

La situation d'urgence est une qualification juridique qui déclenche la possibilité de recourir à des exceptions, des dérogations. Elle n'a encore jamais été utilisée. En vertu de la décision 1082/2013/UE, la Commission européenne peut reconnaître une situation d'urgence en matière de santé publique dans deux situations qui concernent directement les épidémies et les pandémies. Dans le cas d'une épidémie de grippe humaine susceptible de se transformer en pandémie, la qualification de situation d'urgence permet aux autorités compétentes ou à la Commission d'accepter, exceptionnellement et temporairement, une modification des termes d'une autorisation de mise sur le marché d'un vaccin contre la grippe humaine (règlement 1234/2008/CE de la Commission). Dans les autres cas, lorsqu'une menace transfrontière grave sur la santé en question met en danger la santé publique au niveau de l'Union et que des besoins médicaux ne sont pas satisfaits, la qualification de situation d'urgence permet la mise sur le marché de médicaments sur lesquels on dispose de données moins complètes que celles exigées normalement (règlement 507/2006/CE de la Commission).

---

[66] Décision 1082/2013/UE, article 10, § 1.
[67] *Ibid.*, article 11, § 1.
[68] Rapport de la Commission sur la mise en œuvre de la décision n° 1082/2013/UE, COM(2015) 617 final, 7 décembre 2015, point 1.

© Tous pays, tous supports
Editions A. PEDONE – PARIS – 2019
I.S.B.N. 978-2-233-00910-4

c. La riposte à une « catastrophe naturelle ou d'origine humaine »

Cette qualification est utile à plusieurs titres, tant au sein de l'Union européenne qu'au titre de l'action extérieure. Premièrement, elle permet de mettre en œuvre le mécanisme de protection civile, qui est un mécanisme de solidarité entre Etats membres et non membres de l'Union européenne, en cas de catastrophe naturelle ou d'origine humaine. Aujourd'hui, ce mécanisme repose sur la décision 1313/2013/UE du Parlement européen et du Conseil, prise sur la base de l'article 196 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE). Les Etats membres ont dans ce cadre développé la Capacité européenne d'intervention d'urgence, qui repose sur la mise en commun, à l'avance, des moyens humains et matériels, afin de les mettre au service d'un Etat qui en formulerait la demande, en cas de catastrophe. Il a été activé en novembre 2010 pour venir en aide aux victimes du choléra en Haïti, puis en 2014-2015 dans le contexte de l'épidémie d'Ebola. Ainsi, grâce à un cofinancement par le mécanisme européen de protection civile à hauteur de 1,4 million d'euros, le Luxembourg a contribué à l'évacuation médicale depuis la Sierra Leone en adaptant des avions à l'évacuation de patients atteints de la maladie à virus Ebola[69].

Depuis 2016, en réponse aux insuffisances constatées pendant l'épidémie d'Ebola, les moyens humains déployés dans le cadre du mécanisme européen de protection civile peuvent être des spécialistes en santé publique, qui forment le nouveau Corps médical européen. Onze Etats membres de l'Union européenne ont engagé des équipes et du matériel à ce titre. Dès le mois de mai 2016, des experts médicaux et en santé publique en provenance d'Allemagne, de Belgique et du Portugal avaient été déployés en Angola pour lutter contre la fièvre jaune[70].

Deuxièmement, en vertu de la clause de solidarité de l'article 222 du TFUE, précisée par la décision du Conseil 2014/415/UE, l'Union européenne et ses Etats membres portent assistance à un autre Etat membre, à sa demande, en cas de catastrophe naturelle ou d'origine humaine, ce qui pourrait s'avérer pertinent dans le contexte d'une épidémie.

Troisièmement, le règlement 2016/369/UE permet à l'Union européenne de fournir une aide d'urgence à ses membres, en particulier des soins de santé[71], dans des circonstances exceptionnelles dans lesquelles aucun autre instrument à la dispo-sition des Etats membres ou de l'Union n'est suffisant[72]. La catastrophe doit avoir une ampleur et un impact exceptionnels qui pourraient entraîner

[69] Cour des comptes européenne, *Mécanisme de protection civile de l'Union : la coordination des réactions en cas de catastrophe en dehors de l'UE jugée globalement efficace*, Rapport spécial n° 33, 2016, 44 p. Evaluation intermédiaire du mécanisme de protection civile de l'Union 2014-16, Document de synthèse, août 2017, vii p. Rapport de la Commission au Parlement européen et au Conseil sur l'évaluation intermédiaire du mécanisme de protection civile de l'Union pour la période 2014-2016, COM(2017) 460 final, § 6.
[70] Corps médical européen, Fiche-Info ECHO, décembre 2016, 4 p.
[71] Règlement (UE) 2016/369 du Conseil du 15 mars 2016 relatif à la fourniture d'une aide d'urgence au sein de l'Union, considérant 5.
[72] *Ibid*, article 1.

© Tous pays, tous supports
Editions A. PEDONE – PARIS – 2019
I.S.B.N. 978-2-233-00910-4

d'importantes conséquences humanitaires dans un ou plusieurs Etats membres (ce qui inclut donc certaines épidémies)[73].

Quatrièmement, au-delà du mécanisme bien spécifique de protection civile, les catastrophes naturelles ou d'origine humaine peuvent également déclencher une assistance humanitaire, dans le cadre de l'action extérieure de l'Union. Les articles 21 du Traité sur l'Union européenne (TUE), 214 du TFUE et le règlement 1257/96/CE constituent le fondement juridique de cette assistance, qui a par exemple bénéficié au Yémen, touché par une grave épidémie de choléra dans le contexte du conflit armé ayant débuté en 2015, ainsi qu'aux Etats d'Afrique de l'Ouest touchés par l'épidémie de maladie à virus Ebola (2014-2016)[74]. Une telle assistance peut consister en une assistance financière, l'envoi de fournitures d'urgence, une expertise ou des évacuations médicales.

Enfin, mentionnons par ailleurs que l'Union européenne a récemment mis au point ce qu'elle appelle une « boîte à outils d'urgence dans le domaine de l'aide humanitaire », qui inclut un mécanisme de financement de 3 500 000 euros visant spécifiquement à faire face aux épidémies[75].

2. La riposte dans le cadre de l'Union africaine

L'article 6, § 1, f) du Protocole relatif à la création du Conseil de paix et de sécurité donne compétence à ce dernier en matière d'action humanitaire et de gestion des catastrophes. Sur cette base, le Conseil a décidé en août 2014 du déploiement d'une Mission médicale civile et militaire afin de soutenir l'action internationale contre l'épidémie d'Ebola[76]. Cette Mission a été établie par la Commission de l'Union africaine sous le nom d'ASEOWA (African Union Support to Ebola Outbreak in West Africa – Soutien de l'Union africaine aux pays de l'Afrique de l'Ouest touchés par l'épidémie d'Ebola), et elle a été prolongée jusqu'en septembre 2015 sur recommandation de la Conférence[77]. Conduite sur le territoire de la Guinée, du Libéria et de la Sierra Leone, cette mission, dont la composante militaire fut peu importante[78], a essentiellement consisté à déployer plus de 800 cadres médicaux et de santé publique volontaires, originaires de 17 Etats membres de l'Union africaine, comprenant

[73] *Ibid*.

[74] Pour d'autres exemples d'intervention de l'Union européenne au titre de l'aide humanitaire dans le contexte d'une épidémie, v. les rapports annuels de la Commission au Parlement européen et au Conseil sur les politiques de l'Union européenne en matière d'aide humanitaire et de protection civile et leur mise en œuvre. Les rapports 2015 et 2016 sont disponibles sous les cotes COM(2016) 751 final et COM(2017) 662 final.

[75] Rapport de la Commission au Parlement européen et au Conseil sur les politiques de l'Union européenne en matière d'aide humanitaire et leur mise en œuvre en 2016, COM(2017) 662 final, p. 8.

[76] Décision sur l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, reproduite dans le communiqué PSC/PR/COMM.(CDL) adopté lors de sa 450e réunion tenue le 19 août 2014.

[77] Décision sur l'épidémie de la fièvre à Ebola, Assembly/AU/Dec.553(XXIV), § 2.

[78] Elle s'est résumée à la présence d'un major-général en tant que chef de la Mission, et de deux colonels chargés de la logistique. Institut d'études et de sécurité, *Rapport sur le Conseil de paix et de sécurité*, n° 68, mai 2015, p. 13.

© Tous pays, tous supports
Editions A. PEDONE – PARIS – 2019
I.S.B.N. 978-2-233-00910-4

des médecins, des infirmières, des techniciens de laboratoire, des informaticiens, des épidémiologistes et des travailleurs humanitaires[79].

Pour l'avenir, la Conférence a chargé la Commission de créer un Corps africain de volontaires de la santé qui sera déployé dans les situations d'épidémies et autres urgences sanitaires[80]. A ce jour cependant, cette demande n'a pas été suivie d'effet.

Au début de l'année 2018, le Conseil de paix et de sécurité de l'Union africaine a souligné la nécessité pour l'Organisation et ses Etats membres d'intégrer la santé publique comme composante de la paix et de la sécurité en Afrique, et d'adopter une approche de « sécurité collective » en matière de lutte contre les épidémies. Il a décidé de tenir des réunions d'informations périodiques régulières avec le Centre africain pour le contrôle et la prévention des maladies (CACM ou CDC Afrique) sur les menaces à la paix et à la sécurité en Afrique liées à la santé publique[81]. Le Conseil de paix et de sécurité pourrait à l'avenir être amené à déployer de nouvelles missions d'appui à la paix dans le contexte d'épidémies, en particulier afin de créer les conditions de sécurité nécessaires à l'acheminement de l'aide humanitaire.

3. La riposte dans le cadre de l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est (ANASE)

La Charte constitutive de l'ANASE indique que l'un des objectifs de l'Association est de répondre aux « défis transfrontières »[82]. En particulier, le Sommet de l'ANASE engage les actions appropriées pour faire face aux « situations d'urgence » affectant l'Association[83]. Cependant, ces dispositions ne semblent pas avoir donné naissance à des outils de riposte coordonnée destinés à lutter contre les épidémies et les pandémies. Bien que les membres de l'ANASE aient conclu plusieurs accords sur la gestion des catastrophes, les interventions d'urgence et l'assistance humanitaire[84], une étude de 2014 relève que la coordination régionale des membres de l'ANASE face aux épidémies devrait être améliorée[85].

*

[79] Rapport d'activité de la Commission sur l'appui de l'Union africaine à la lutte contre le virus Ebola en Afrique de l'Ouest (ASEOWA), présenté à la 27e session ordinaire du Conseil exécutif, 7-12 juin 2015, EX.CL/911(XXVII).
[80] Décision sur l'épidémie de fièvre à virus Ebola, Assembly/AU/Dec.570(XXV), § 6.
[81] Communiqué PSC/PR/BR.(DCCXLII) adopté lors de sa 742e réunion, le 11 janvier 2018.
[82] Charte constitutive de l'Association, article 1, § 8.
[83] *Ibid.*, article 7, § 2 (d).
[84] Accord de l'ANASE sur la gestion des catastrophes et les interventions d'urgence, adopté à Vientiane le 26 juillet 2005 et entré en vigueur le 24 décembre 2009. Accord sur l'établissement du centre de coordination pour l'assistance humanitaire dans la gestion des catastrophes, adopté à Bali le 17 novembre 2011, entré en vigueur le 7 avril 2014. Accord sur l'établissement du centre de coordination pour la santé animale et les zoonoses, adopté le 7 octobre 2016, non encore en vigueur.
[85] Lilianne FAN, Hanna B. KREBS, *Regional organisations and humanitarian action : the case of ASEAN*, HPG Working Paper, September 2014, p. 15.

© Tous pays, tous supports
Editions A. PEDONE – PARIS – 2019
I.S.B.N. 978-2-233-00910-4

Bien qu'il existe encore des carences dans la surveillance et l'évaluation des cas de maladies infectieuses, on peut se féliciter de cette coopération qui, dans l'intention du moins, place la plus grande partie du globe sous surveillance sanitaire. On observe également que la riposte aux épidémies et aux pandémies est loin de se limiter à une riposte « passive », qui consisterait en la sécurisation des frontières. De nombreux instruments de riposte « active » ont été développés. Le panorama – non exhaustif – que l'on vient de présenter montre que, parce qu'elles placent les Etats en situation d'interdépendance et qu'elles révèlent l'une des rares facettes de l'égalité réelle des Etats, les maladies infectieuses produisent une coopération qui témoigne de ce que l'expression « communauté internationale » n'est pas toujours une fiction.

Afin d'améliorer la préparation collective face aux épidémies et aux pandémies, la priorité est à l'acquisition par les Etats des capacités minimales de détection, d'évaluation et de notification des maladies infectieuses, visées par le Règlement sanitaire international. Pour les Etats les moins développés, cette mise à niveau requiert une assistance financière et humaine qui bénéficiera en retour à l'ensemble de la communauté internationale. Par ailleurs, afin d'instaurer un rapport de confiance propice à la transparence sanitaire, les Etats devraient s'abstenir d'appliquer des mesures sanitaires qui ne sont pas recommandées par l'Organisation mondiale de la santé, sauf à apporter la preuve de leur bien-fondé. En dépit de dispositions explicites figurant dans le Règlement sanitaire international, l'OMS peine à encadrer l'application de telles mesures par des Etats désireux de préserver leur « souveraineté sanitaire » et de rassurer leurs populations. Il paraît pour l'heure peu vraisemblable que des mécanismes dissuadant efficacement l'adoption de mesures supplémentaires non justifiées soient adoptés. Il ne serait donc sans doute pas sans intérêt que les Etats parviennent à mettre en place des outils les protégeant efficacement contre les préjudices économiques qui pourraient découler des mesures sanitaires supplémentaires à celles qui sont recommandées par l'OMS. De fait, les Etats n'ont aujourd'hui parfois d'autre choix que de porter le problème devant l'Organe de règlement des différends de l'OMC, qui le traitera des années plus tard.

© Tous pays, tous supports
Editions A. PEDONE – PARIS – 2019
I.S.B.N. 978-2-233-00910-4

TABLE DES MATIERES

Avant propos 3
Sommaire 5

RAPPORT INTRODUCTIF

Santé et droit international : l'ébullition permanente
Guillaume LE FLOCH 7

I. LES STATUTS DE LA SANTÉ

Le droit à la santé, un droit internationalement protégé
Stéphanie DAGRON 51

La santé en tant qu'élèment de sécurité collective
Franck LATTY 73

La santé en tant que marché
Régis BISMUTH 87

II. NORMES ET ACTEURS DE LA SANTÉ

Le système normatif de l'OMS
Gian-Luca BURCI 103

L'influence des personnes privées sur l'élaboration de la norme sanitaire internationale
Maryline GRANGE 107

La mise en œuvre des normes sanitaires internationales dans les ordres juridiques internes
Alina MIRON 125

Quel droit pour les partenariats public-privé ?
Patrick JACOB 143

III. ATTEINTES À LA SANTÉ ET DÉROGATIONS AU NOM DE CELLE-CI

Quelle(s) responsabilité(s) en cas d'atteinte à la santé ?
Sarah CASSELLA 163

L'exception de santé dans la jurisprudence de l'Organe de Règlement des Differends de l'OMC
Sabrina ROBERT-CUENDET 185

Droit international des investissements et législations de santé publique

Arnaud DE NANTEUIL 207

IV. LES ENJEUX CONTEMPORAINS

Apercu de la coopération internationale en matière de surveillance et de riposte aux épidemies et aux pandémies
Hélène DE POOTER 223

Santé et migrations internationales
Thibaut FLEURY GRAFF 245

Le droit international face à la bioethique : vues depuis le droit européen
Estelle BROSSET 261

V. ATELIERS

Santé et nouvelles technologies

La protection internationale et européenne des données de santé à caractère personnel
Anne-Thida NORODOM 293

Défis et opportunités de la cybersanté : quelques réflexions au regard du droit international et européen
Sandrine TURGIS 313

Nouvelles technologies et biodiversité marine : impacts sur la santé humaine
Niki ALOUPI 335

Le droit à l'accès aux nouvelles technologies compensatrices du handicap
Marie BAUDEL 343

Santé et organisations régionales

Le droit à la santé et les rapports de normes entre l'UE, le Conseil de l'Europe et l'OIT devant les juridictions européennes
Laurence POTVIN-SOLIS 355

L'institutionnalisation d'un régionalisme sanitaire
Marie-Clotilde RUNAVOT 381

Le rôle des organisations régionales africaines dans la lutte contre les pandémies
Mutoy MUBIALA 407

Accès à la santé et droit international

L'accès des détenus aux soins de santé
Mihaela Anca AILINCAI 435

L'impact des accords commerciaux sur la libéralisation des services de santé
Alan HERVÉ 457

Accès aux soins et proprieté intellectuelle
Nicolas BINCTIN 465

L'universalisation de l'accès aux essais cliniques
Antoine JAMET 495

Santé et droit international

Colloque de Rennes

Rapport introductif

Santé et droit international : l'ébullition permanente

I.
Les statuts de la santé

Le droit à la santé, un droit internationalement protégé
La santé en tant qu'élément de sécurité collective
La santé en tant que marché

II.
Normes et acteurs de la santé

Le système normatif de l'OMS
L'influence des personnes privées sur l'élaboration de la norme sanitaire internationale
La mise en œuvre des normes sanitaires internationales dans les ordres juridiques internes
Quel droit pour les partenariats public-privé ?

III.
Atteintes à la santé et dérogations au nom de celle-ci

Quelle(s) responsabilité(s) en cas d'atteinte à la santé ?
L'exception de santé dans la jurisprudence de l'Organe de Règlement des Différends de l'OMC
Droit international des investissements et législations de santé publique

IV.
Les enjeux contemporains

Apercu de la coopération internationale en matière de surveillance et de riposte aux épidémies et aux pandémies
Santé et migrations internationales
Le droit international face à la bioéthique : vues depuis le droit européen

V.
Ateliers

Santé et nouvelles technologies

La protection internationale et européenne des données de santé à caractère personnel
Défis et opportunités de la cybersanté : quelques réflexions au regard du droit international et européen
Nouvelles technologies et biodiversité marine : impacts sur la santé humaine
Le droit à l'accès aux nouvelles technologies compensatrices du handicap

Santé et organisations régionales

Le droit à la santé et les rapports de normes entre l'UE, le Conseil de l'Europe et l'OIT devant les juridictions européennes
L'institutionnalisation d'un régionalisme sanitaire
Le rôle des organisations régionales africaines dans la lutte contre les pandémies

Accès à la santé et droit international

L'accès des détenus aux soins de santé
L'impact des accords commerciaux sur la libéralisation des services de santé
Accès aux soins et proprieté intellectuelle
L'universalisation de l'accès aux essais cliniques

Santé et droit international - Colloque de Rennes

Commande soit aux Editions A. PEDONE - 13 Rue Soufflot - 75005 PARIS, soit par télécopie: +33 (0)1.46.34.07.60 ou sur editions-pedone@orange.fr - 70 € l'ouvrage - **Nous consulter pour envoi.**

Le montant peut être envoyé par :

❏ Chèque bancaire

❏ Règlement sur facture

❏ Carte Visa

N°...../...../...../.....

Cryptogramme.....

Date de validité.....

Signature :

Nom.....

Adresse.....

Ville.....Pays.....

ISBN 978-2-233-00910-4