



HAL
open science

La sécurité sanitaire internationale face à la pandémie de la Covid-19

Louis Balmond

► **To cite this version:**

Louis Balmond. La sécurité sanitaire internationale face à la pandémie de la Covid-19. Paix et sécurité européenne et internationale, A paraître. hal-03300110v1

HAL Id: hal-03300110

<https://hal.science/hal-03300110v1>

Submitted on 26 Jul 2021 (v1), last revised 30 Jul 2021 (v2)

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.

La sécurité sanitaire internationale face à la pandémie de la Covid-19

Louis Balmond

Professeur émérite, Université de Toulon

Résumé

La pandémie de la Covid-19, crise sanitaire majeure, s'est progressivement transformée en crise globale touchant tous les domaines économiques, sociaux et culturels et tous les États du monde. La riposte a été à la fois globale parce qu'elle a mobilisé aussi bien les institutions internationales, les États que les acteurs privés mais fractionnée parce qu'elle s'est développée sans gouvernance réelle de la part notamment de l'ONU et de l'OMS. Crise dont tous les effets ne sont pas encore mesurés, elle a accentué la tendance à une nouvelle bipolarisation entre les États-Unis et la Chine et confirmé l'influence des grands groupes privés dans les relations internationales.

Abstract

The Covid-19 pandemic, a major health crisis, has gradually turned into a global crisis affecting all economic, social and cultural fields and all States of the world. The response was both global because it mobilized both international institutions, States and private actors, but fragmented because it developed without real governance on the part of the UN and the United Nations in particular. WHO. A crisis whose full effects have not yet been measured, it has accentuated the trend towards a new polarization between the United States and China and confirmed the influence of large private groups in international relations.

Mots clés

Épidémie, pandémie, Organisation des Nations Unies, Assemblée générale, Conseil de sécurité, Secrétaire général, Organisation Mondiale de la Santé, vaccin, traitement, solidarité, souveraineté, coopération, multilatéralisme, biens publics mondiaux, Chine, États-Unis, Union européenne, groupe pharmaceutique, dette, puissance, brevet, État, mondialisation, influence, lobbying

Keywords

Epidemic, pandemic, United Nations, General Assembly, Security Council, Secretary-General, World Health Organization, vaccine, treatment, solidarity, sovereignty, cooperation, multilateralism, global public goods, China, United States, European Union, pharmaceutical group, debt, power, patent, state, globalization, influence, lobbying

I. Introduction

La sécurité internationale est confrontée, depuis janvier 2020, à l'onde de choc de la pandémie¹ de la COVID-19 (formule utilisée ci-après pour évoquer le SARS-COV-2) dont les conséquences se manifestent bien au-delà des questions de sécurité sanitaire : aucun domaine des relations internationales n'est en effet épargné, fut-ce indirectement. La présente chronique consacrée précédemment aux « Grandes épidémies, catastrophes victimes » s'efforcera cette année de rendre compte de l'omniprésence de la COVID-19 sur la scène internationale sans pour autant ignorer les questions de sécurité internationale qui ont pu se poser par ailleurs et dont les liens avec la pandémie sont avérés

Pour plusieurs générations, la pandémie de la COVID 19 est révolutionnaire car « ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés »² soit directement, soit indirectement dans leurs modes de vie et dans leur activité professionnelle. Elle a placé le monde dans « un état de sidération »³ alors même que l'alerte avait été donnée depuis longtemps⁴ sur le développement des risques sanitaires dus au développement de la mobilité des populations et que le SARS-Cov-2 est le troisième coronavirus humain responsable d'un syndrome respiratoire sévère à avoir émergé dans les années 2000, après le SARS-CoV en 2002 et le MERS-CoV en 2012. Malgré ces avertissements, le système sanitaire international a rapidement révélé ses limites dans ses capacités de prévention et de riposte, notamment les États les plus riches, habituellement épargnés ou capables de maîtriser ces phénomènes. Sa réforme en profondeur est donc apparue indispensable.

II. La situation sanitaire internationale

Depuis janvier 2020, la situation sanitaire internationale est fortement dégradée d'abord par le développement de la pandémie de la COVID 19 mais aussi, plus généralement, par ses conséquences sur le traitement des autres pathologies, victimes potentielles de la surmobilisation des politiques sanitaires publiques contre la pandémie. Ces conséquences ont été trop souvent minimisées voire ignorées même si les débats sur le tri des patients dans les hôpitaux venaient périodiquement le rappeler. Il est sans doute trop tôt pour le quantifier mais un recul sensible du niveau général de la santé des populations dans le monde est à craindre, accompagné d'une remise en cause de l'objectif de la santé pour tous.

II.1. La pandémie de la Covid-19, remarques sur son origine et son développement

La période allant du 1er-janvier 2020 au 1er janvier 2021, *annus horribilis* pour la sécurité sanitaire internationale ou première phase d'une crise sanitaire, politique et sociale, plus profonde et plus durable ? Il est encore impossible d'en faire un bilan exhaustif mais quelques tendances et enseignements significatifs peuvent déjà être tirés.

¹ L'épidémie de la Covid-19 est devenue une pandémie le 11 mars 2020, par une déclaration du Directeur général de l'OMS qui la justifiait à la fois par la « propagation » mais aussi « la gravité des cas ». Toutefois, « le fait de qualifier la situation de pandémie ne change pas la façon dont l'OMS évalue la menace que représente ce virus ».

² J. de La Fontaine, *Les Animaux malades de la peste*, Livre VII-I.

³ P. Boniface, *Géopolitique du Covid-19, Ce que nous révèle la crise du Coronavirus*, Paris, 2020, p. 17 et s.

⁴ Par des rapports officiels notamment aux États-Unis du National Intelligence Council et en France avec les Livres blancs successifs depuis 2008 et la Revue stratégique de défense et de sécurité nationale de 2017.

II.1.1. L'origine de la pandémie de la Covid 19

L'origine de la pandémie de la Covid19 fait l'objet de quelques certitudes et de beaucoup de questions dans un contexte où les considérations géopolitiques sont omniprésentes.

Le premier cas d'une personne infectée par un virus inconnu aurait été détecté le 17 novembre 2019 dans la ville de Wuhan, dans la province de Hubei en Chine⁵. Ce n'est que le 31 décembre que la Chine, en application du Règlement Sanitaire International (RSI) de 2005, notifie à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) l'existence d'un groupe de cas de pneumonie due à un nouveau virus respiratoire susceptible d'entraîner une épidémie massive. Le 9 janvier 2020 est enregistré à Wuhan le premier décès dû à la Covid 19 et le 14 janvier, la Thaïlande signale un premier cas d'infection d'une Chinoise venant de Wuhan par un vol direct ce qui entraîne la fermeture de l'aéroport international de la ville. Le processus de la pandémie est enclenché : la France notifie à l'OMS le 24 janvier les premiers cas dans la Région européenne. Alors que la Chine commence à confiner massivement (le 22 janvier, les 11 millions d'habitants de Wuhan, le 25 janvier, les 60 millions d'habitants de la province de Hubei), l'OMS après avoir hésité à déclencher une Urgence de Santé Publique à Portée Internationale (USPPI), s'y résout finalement le 30 janvier 2020.

Au-delà de ces certitudes, des zones d'ombre existaient qui n'ont été levées qu'imparfaitement. Dans un premier temps, le phénomène a été minimisé, comparé parfois à une forme anodine de la grippe et sans qu'il y ait de transmission interhumaine possible. Cette position affirmée par les autorités chinoises, contre l'opinion de certains de leurs médecins, est reprise aussi bien par l'OMS que par le Centre européen de contrôle des maladies, tout en faisant état de nombreuses inconnues. Et en effet, le 20 janvier 2020, la transmission interhumaine est avérée, selon les scientifiques chinois, ce que l'OMS confirmera deux jours plus tard⁶.

Si l'espace géographique dans lequel est apparu le virus qui a provoqué la pandémie est bien identifié, en Chine, dans la province du Hubei, en septembre-décembre 2019, il reste néanmoins à en déterminer l'origine. Cela reste compliqué, faute d'éléments réellement probants et, de ce fait, par la multiplication des hypothèses avancées au rythme du développement de la pandémie. Ont été évoqués ainsi un accident de laboratoire survenu à l'Institut de virologie P4 de Wuhan mais aussi la création du virus à partir de celui du sida, ou la création d'une arme biologique. La multiplication de ces hypothèses a été encouragée par le peu de transparence de la Chine et les accusations du président des États-Unis, dénonçant un « virus chinois ». Si l'accident de laboratoire n'était pas totalement écarté, l'hypothèse apparue dans un premier temps la plus probable était celle d'une zoonose, maladie infectieuse transmise de l'animal à l'homme. Les analyses génomiques montrant que le coronavirus dont il est le plus proche est celui d'une chauve-souris, celle-ci serait donc, selon toute vraisemblance, le réservoir naturel du virus, comme elle l'a été pour le SRAS en 2003. Toutefois, aucune épidémie liée à la transmission directe de la chauve-souris à l'homme, n'ayant pu être démontrée pour l'instant, le coronavirus aurait dû utiliser une espèce hôte intermédiaire dans laquelle il a pu évoluer vers des formes susceptibles d'infecter des cellules humaines⁷. Mais ce n'est le cas ni du pangolin, un temps soupçonné d'être l'hôte intermédiaire, ni plus généralement des animaux d'élevages ou sauvages vendus sur le marché de Wuhan. L'incertitude demeure donc sur la nature de celui-ci⁸. C'est à cette conclusion qu'est parvenue également l'équipe internationale réunie par l'OMS ayant enquêté à Wuhan sur la pandémie. Composée de 17 experts internationaux et d'un nombre égal d'experts chinois, elle a conclu, dans un rapport final très attendu, le 15 mars 2021 que

⁵ Selon un rapport officiel, South China Morning Post, cité par H. de Pooter, *Chronique des faits internationaux, Revue générale de droit international public*, 2020-2, p. 357 qui présente une chronologie très complète des événements jusqu'au 30 janvier 2020.

⁶ Voir H. de Pooter, op. cit. pp. 360-361.

⁷ Ont été ainsi identifiés la civette en 2000 comme l'hôte intermédiaire du SARS-CoV2 et le dromadaire en 2010 du MERS-CoV.

⁸ Y. Pigenet, La question de l'origine du SARS-CoV-2 se pose sérieusement, 28/10/2020, <https://lejournel.cnrs.fr/articles/la-question-de-lorigine-du-sars-cov-2-se-pose-serieusement>.

l'hypothèse d'un incident de laboratoire pour expliquer l'introduction du virus dans la population humaine était « extrêmement peu probable » et qu'elle ne nécessitait donc pas « de futures études ». L'hypothèse privilégiée était celle de l'introduction par une espèce hôte intermédiaire mais elle exigeait des recherches ciblées supplémentaires. Il n'est pas exclu par ailleurs que le virus ait pu traverser la chaîne alimentaire, à partir des produits surgelés fabriqués au moyen d'animaux sauvages importés d'autres régions et vendus sur le marché de Wuhan, les produits surgelés pouvant fournir une surface de transmission.

Les conclusions présentées et les conditions dans lesquelles les experts y étaient parvenus ne sont pas apparues convaincantes à de nombreux scientifiques. La question cruciale des origines était loin d'être réglée et la thèse d'un accident de laboratoire ne pouvait être totalement écartée tant que l'hôte intermédiaire n'était pas identifié et son génome séquencé. On ne peut ignorer en effet que « le SARS-CoV2 qui est apparu en 2002 est sorti au moins quatre fois de laboratoires lors d'expérimentations » et que « le coronavirus était étudié dans les laboratoires proches de la zone d'émergence du SARS-CoV-2 qui désiraient entre autres comprendre les mécanismes de franchissement de la barrière d'espèce ». Tant qu'on n'aurait pas trouvé l'hôte intermédiaire, cette hypothèse d'un échappement accidentel ne pouvait être écartée. Les scientifiques notamment occidentaux, ont poursuivi leurs recherches et réclamé une nouvelle enquête, position reprise par le Directeur général de l'OMS lui-même. Celui-ci, critiquant le partage insuffisant des données par les scientifiques chinois lors de la mission, a demandé le 30 mars 2021 une nouvelle enquête sur l'hypothèse d'une fuite du virus d'un laboratoire pour expliquer l'origine de la pandémie et s'est déclaré prêt à déployer une nouvelle mission d'experts. Le 14 mai, par une lettre ouverte, 18 scientifiques américains affirmaient que "des recherches supplémentaires sont encore nécessaires pour déterminer l'origine de la pandémie", mais aussi, que "les deux thèses, celle d'une fuite accidentelle d'un laboratoire ou celle d'une contagion par transmission de l'animal à l'homme du virus, restent toutes deux possibles." Ils réclamaient pour faire la lumière sur l'origine du virus, une nouvelle enquête « transparente et objective ». Cette prise de position a incité le président des États-Unis à décider de faire la lumière sur l'origine du virus. Sur la base de la lettre ouverte des scientifiques américains, il a demandé, le 26 mai, à « la communauté du renseignement » de « récolter et analyser des informations pouvant rapprocher d'une conclusion définitive [sur l'origine de la pandémie], et de présenter un compte-rendu dans 90 jours", précisant que dans le cadre de ce rapport, « des zones d'enquête supplémentaires pourraient être nécessaires, dont des questions spécifiques pour la Chine ». Cette initiative a été peu appréciée par les dirigeants chinois qui considèrent que cette "politisation des origines du Covid-19 entraverait la poursuite des enquêtes et saperait les efforts mondiaux pour enrayer la pandémie." Ils s'en tiennent désormais à la thèse selon laquelle, "il est infiniment probable que le virus du Covid 19 se soit déclaré en de nombreux endroits simultanés de la planète et qu'il n'y a pas de raison de penser qu'il ait son origine en Chine."

Dans l'attente des éventuels éclaircissements que pourrait apporter l'enquête menée par les services américains, on notera que si l'hypothèse de l'accident de laboratoire se confirmait, une réflexion critique s'imposerait d'urgence sur les outils et les méthodes de reconstruction de virus actuellement à l'œuvre dans les laboratoires de recherche⁹.

II.1.2. Le développement de la pandémie de la Covid 19

Partie de Wuhan, l'épidémie s'est progressivement étendue au monde entier et devenant ainsi une pandémie. Aucun continent n'a été épargné même si la vitesse et l'intensité à laquelle ils ont été touchés ont varié fortement. De multiples raisons expliquent ces différences. De manière générale, le nombre et la rapidité des liaisons internationales à partir de Wuhan et de la Chine, puis sur un plan universel, ont été un facteur de développement rapide de la pandémie. A contrario, les zones plus éloignées des flux de personnes occasionnés par la mondialisation ont

⁹ Y. Pigenet, *op. cit.*

été épargnées, au moins dans un premier temps. Ce fut également le cas des États voire même des continents plus isolés par la géographie comme la Nouvelle Zélande et à un degré moindre l'Australie. Une fois le virus présent sur l'ensemble de la planète, des considérations sociologiques et politiques ont déterminé, dans chaque État, les conditions de sa propagation et ses effets, ceux-ci étant tributaires ensuite de la présence et de l'importance de variants et de la capacité de vaccination.

II.1.2.1. La mondialisation du virus de la Covid-19

II.1.2.1.1. Le développement de la pandémie en Asie du Nord-est

Un certain nombre de zones disposaient d'expériences récentes pour avoir été confrontées à des virus, voire, dans le nord-est asiatique, à des virus entraînant des syndromes respiratoires sévères comme le SARS-Covid 2. En Corée du sud ou à Taïwan, les pouvoirs publics et les populations disposaient dès lors d'un degré de préparation réel face à la pandémie. Dans les deux États, cela s'est manifesté par une réaction rapide des pouvoirs publics diffusant une information claire et argumentée permettant une adhésion de la population, accoutumée aux exigences résultant de la protection de la santé publique et au respect des mesures barrières. La stratégie reposant sur un contrôle rapide et efficace aux frontières, sur un recours systématique aux tests et au traçage de tous les cas d'infection et sur l'assistance apportée aux personnes mises en quarantaine ont permis ainsi d'obtenir des résultats significatifs sans pour autant remettre en cause les principes de fonctionnement démocratique de leur régime politique. Ce ne fut pas le cas dans d'autres États de la région et notamment en Chine où des résultats, comparables si on les rapporte aux populations respectives, ont été obtenus mais selon des méthodes autoritaires de confinement à grande échelle et de contrôle de la population. Au Vietnam, les mécanismes de contrôle social mis en place par le pouvoir central ont pu s'appuyer aussi sur la vision confucéenne du rapport entre l'individu et le groupe dont « le fonctionnement a été absorbé par le Parti Communiste Vietnamien »¹⁰. Des circonstances propres à certains États ont cependant entravé la réponse à la pandémie : au Myanmar, par exemple, à la faiblesse de la gouvernance et aux limites du système de santé s'est ajoutée la présence de vingt groupes armés ethniques qui contrôlent le territoire et avec lesquels un cessez-le-feu général est apparu impossible.

II.1.2.1.2. Le développement de la pandémie en Afrique

L'Afrique est apparue dans un premier temps comme relativement épargnée par la pandémie et plusieurs explications ont été avancées : conditions climatiques, jeunesse de la population ; potentielle immunité collective. Elle a bénéficié surtout dans un premier temps, au printemps 2020, de la « mémoire des pandémies »¹¹ qui a permis aux autorités publiques africaines de réagir rapidement en mettant en place des contrôles dans les aéroports et aux frontières, en fermant les écoles et en édictant des couvre-feux (Côte d'Ivoire), en déployant des centres d'opérations d'urgence sanitaire pour dépister et isoler les cas positifs, en instaurant un état d'urgence sanitaire avec obligation du port du masque pour la population (Sénégal)¹². L'efficacité de ces mesures a pu s'appuyer sur la faculté des populations, ayant, pour certaines, l'expérience de lutte contre les épidémies comme celle du virus Ebola, à appliquer très rapidement des gestes barrières et à s'organiser pour repérer les personnes contaminées. Les situations étaient toutefois très diverses et les réponses des États variables, certains évitant le confinement en raison de la fragilité de leur système politique et de santé. La situation s'est dégradée à l'automne 2020 avec la deuxième vague de la pandémie qui a suivi un assouplissement des restrictions et une baisse d'adhésion de la population et mis en évidence les faiblesses

¹⁰ J.-R. Chaponnière, Coronavirus au Vietnam : les succès d'une stratégie "low cost", *Asialyst* qui fait référence aux « gardiens de voisinage », grands-pères ou grands-mères élus pour quatre ans, chargés de la surveillance de la communauté mais aussi de conseiller et d'assurer la fonction de médiateurs.

¹¹ F. Eboko, S. Schlimmer, *COVID-19 : l'Afrique face à une crise mondiale*, Politique étrangère, 2020-4, p. 124.

¹² P. Hérard, *Covid-19 : Pourquoi l'Afrique est le continent le moins touché par l'épidémie*.

structurelles du continent : moyens de dépistage inexistant hors des capitales ; limites des capacités des systèmes de santé sous-dimensionnés et sous-équipés. En mars 2021, le continent africain recensait 4, 03 millions de cas, l'Afrique du sud étant le pays le plus touché notamment du fait de l'émergence d'un variant dit « sud-africain ». Si l'Afrique restait alors plutôt épargnée par rapport au reste du monde, elle subissait par contre les conséquences de la grande pauvreté d'une partie importante de sa population et l'impact socio-économique des mesures adoptées pour lutter contre la crise¹³. Un observateur pouvait ainsi estimer que « au lieu du Coronavirus, c'est la faim qui va nous tuer »¹⁴. À ce stade de la pandémie, une assistance massive des pays développés était indispensable à l'Afrique pour permettre la vaccination la plus large et maintenir les économies des États à flot.

II.1.2.1.3. Le développement de la pandémie en Amérique latine

La situation qu'a connue l'Amérique latine s'est apparentée globalement à celle de l'Afrique. La distance a fait que dans un premier temps, le sous-continent a été épargné. Les pouvoirs publics ont pu adopter des mesures de restrictions, notamment un confinement strict pour limiter la propagation du virus. Les résultats obtenus ont permis dès lors d'assouplir les mesures adoptées pour ne pas causer l'effondrement de l'économie mais une forte reprise épidémique s'est ensuite manifestée, faisant de l'Amérique latine en septembre 2020, l'une des régions les plus touchées par la pandémie¹⁵. Si la faiblesse des systèmes de santé et la vétusté des structures hospitalières ont contribué partout à son aggravation, le bilan n'est cependant pas homogène. Quelques rares États ont réussi à tirer leur épingle du jeu, comme le Costa Rica, bénéficiant d'un système de santé plus performant et d'un niveau de pauvreté inférieur et d'indicateurs sociaux, notamment l'éducation bien meilleurs que ceux des autres États de la zone. De plus parmi ceux-ci, deux des plus importants, le Brésil et à un degré moindre le Mexique, ont à leur tête des présidents pratiquant le « déni dogmatique »¹⁶ les ayant conduits à réfuter le niveau de gravité de la pandémie. Il en a résulté le refus de suivre les recommandations de l'OMS notamment sur la nécessité de contrôler les frontières afin d'éviter de paralyser l'économie au prix d'une progression fulgurante de la pandémie. En mars 2021, le Brésil était ainsi le deuxième État le plus endeuillé du monde après les États-Unis avec près de 270 000 morts. Au Brésil comme au Mexique, la crise sanitaire s'est accompagnée également d'une crise de la gouvernance marquée par les contradictions entre le pouvoir central et les gouverneurs, obligés d'adopter des mesures de distanciation et notamment de confinement, sous la pression de la population. Les effets de la pandémie en Amérique latine ont été d'autant plus forts qu'elle a touché des sociétés marquées par de très fortes inégalités, une hausse brutale de la pauvreté et un niveau élevé de violence.

II.1.2.1.4. Le développement de la pandémie en Moyen orient et dans le monde arabe

Au Moyen orient et dans le monde arabe touché par la pandémie via l'Iran, les États ont pu dans un premier temps limiter son impact du fait de la jeunesse de la population, et d'une réaction anticipée des autorités, s'appuyant sur l'expérience de la lutte contre le virus MERS-Cov apparu dans la région en 2012 et utilisant les méthodes classiques d'interdiction des déplacements et de confinement de la population.

Un certain nombre de facteurs de risques particuliers existaient cependant : la densité de la population dans une zone de transit entre l'Asie et l'Europe, l'importance de la pratique religieuse et les résistances qu'elle entraîne face à la médecine et notamment aux vaccins¹⁷ ;

¹³ Les conséquences ont été en particulier désastreuses pour le secteur de l'économie informelle.

¹⁴ A. Latif Dahir, « Instead of Coronavirus, Hunger will kill us », *New York Times*, 13 mai 2020, cité par F. Eboko et S. Schlimmer, op. cit., p. 128.

¹⁵ En mars 2021, le sous-continent atteignait le chiffre de 700 000 décès liés à la COVID-19 depuis décembre 2019.

¹⁶ F. Vidal, « L'Amérique latine à l'épreuve du COVID-19 », *Politique étrangère*, 2020-4, p. 138.

¹⁷ D. Schmid, *Afrique du Nord et Moyen Orient face au Covid 19 : une immunité opportuniste*, Annuaire RAMSES 2021, p. 139.

l'existence de plusieurs conflits armés dans la région (Yémen, Syrie, Libye)¹⁸ et de cessez-le-feu plus ou moins respectés ; les profondes inégalités entre les États de la région et au sein même des États. Si dans les monarchies du Golfe, les systèmes de santé et l'accès aux soins sont équivalents à ceux des États occidentaux, au moins pour les nationaux¹⁹, ailleurs, ils sont très loin de ces standards et rendent la sortie de la crise beaucoup plus difficile. Faute de mécanismes de collecte des données fiables mais aussi parfois par volonté politique, les chiffres de la pandémie sont particulièrement incertains.

Israël et la Palestine du fait de leur imbrication spatiale présentent un cas particulier. Israël a répondu à la pandémie d'une manière particulièrement efficace, montrée en exemple en Europe, en s'appuyant sur le niveau élevé de sa recherche en santé publique, la capacité de mobilisation de la population face aux menaces à sa sécurité et à la détermination des pouvoirs publics dans l'acquisition et la mise en œuvre des moyens sanitaires. Bien que subissant comme les autres les conséquences de la multiplication des variants, Israël apparaît en avance sur la sortie de crise. Si les autorités palestiniennes ont pris dès le début des mesures d'urgence (fermeture de mosquées et d'écoles, confinement imposé à la population, couvre-feu) la situation à Gaza est très particulière du fait de la surpopulation du territoire qui ne peut qu'accélérer toute pandémie et du délabrement du système de santé du fait de l'instauration du blocus israélien mais également égyptien. Dans un premier temps, les deux parties ont coopéré, les Israéliens fournissant du matériel (masques, respirateurs, tests...) et formant médecins et infirmiers palestiniens en Cisjordanie, mais également à Gaza. Les présidents des deux États, dans un entretien en mars 2020 avaient souligné que "la coopération entre nous [était] vitale pour assurer la santé des Israéliens et des Palestiniens », donnant sens ainsi à l'impératif de solidarité mis en avant par les instances internationales. Alors que le Secrétaire général des Nations Unies avait salué cette coopération exemplaire, eu égard aux circonstances, la politique a repris le dessus²⁰ avec la signature, le 20 avril 2020 de l'accord de "gouvernement d'urgence nationale" israélien comportant une clause sur l'annexion de 30 % de la Cisjordanie par Israël²¹. Les tensions puis les conflits ont dès lors repris dans un contexte sanitaire détérioré, non seulement à Gaza mais aussi en Israël du fait de l'apparition des variants.

II.1.2.1.5. Le développement de la pandémie dans le monde occidental

Dans le monde occidental, en Europe et aux États-Unis, par contre, le développement de la pandémie a suivi un cours un peu différent. Arrivée en Europe via l'Italie et les relations entretenues avec Wuhan, elle s'est ensuite propagée dans tous les pays sans déclencher dans un premier temps de réaction vigoureuse pour au moins deux raisons. D'abord, de l'expérience du virus H1N1, ces États avaient surtout retenu la disproportion de la riposte déclenchée au plan international et la capacité qu'avaient démontré leurs systèmes de santé nationaux à y faire face. Ensuite, cette confiance dans des systèmes de traitement et de soins technologiquement avancés les a conduits dans un premier temps à minimiser la portée de la pandémie. Ce phénomène a été aggravé aux États Unis et au Royaume Uni par le fait que le scepticisme à l'égard de la gravité de la pandémie émanait du plus haut niveau de l'État²².

¹⁸ M.-N. Tannous, « La Syrie face au Coronavirus : fragmentation, manipulation et politisation », ThucyBlog n° 40, 28 mai 2020 ; B. Oumansour, « Le Maghreb à l'épreuve de la pandémie de Covid-19 », Observatoire (Dés)information & Géopolitique au temps du Covid-19, IRIS, 14 décembre 2020.

¹⁹ Les très nombreux travailleurs étrangers notamment de l'Asie du sud-est ayant été soit renvoyés dans leurs pays, y aggravant ainsi la crise économique faute de transférer des fonds, soit bloqués sans travail dans leur pays d'accueil.

²⁰ Coronavirus : Israël rompt l'embellie des relations avec les Palestiniens, Challenges.fr le 03.05.2020.

²¹ Cette mesure résulte du Plan Trump, l'« Accord du siècle » dont la mise en œuvre, prévue, au plus tôt, à partir du 1^{er} juillet 2020 a été précipitée du fait des élections présidentielles américaines.

²² Le phénomène, qui a disparu pour ces deux États du fait de l'élection du président Biden, succédant au président Trump et de l'évolution de la position du Premier ministre du Royaume-Uni, B. Johnson subsiste néanmoins pour un autre État important, le Brésil du président Bolsonaro.

Or, il s'avère que les systèmes de santé ont eu beaucoup de difficultés à résister à la crise, affichant un bilan de décès dus à la COVID-19, inconcevable jusque-là pour des États ayant le statut de puissances développées. Ensuite, la riposte mise en œuvre par ces États est apparue hésitante et désordonnée. Quelques très rares États comme la Suède ont choisi de répondre à la crise en s'appuyant d'emblée sur la responsabilité et la liberté de leurs citoyens mais ils ont été néanmoins rattrapés ensuite par la pandémie. D'autres, plus nombreux, ont choisi une approche plus directive voire contraignante, avec des mesures impliquant un niveau d'obligation et donc de sanction réel mais variable, dans l'espace et dans le temps. Là où, en Asie du Sud-est, l'expérience des épidémies précédentes conduisait chacun à percevoir ces mesures comme nécessaires à la protection de tous, elles sont apparues aux Occidentaux comme avant tout attentatoires à leurs droits individuels, d'autant qu'elles se sont accompagnées de la mise en place de régimes juridiques (état d'urgence sanitaire) ou de mécanismes institutionnels (en France Conseil de défense sanitaire) d'exception. La liberté de déplacement (international, interrégional, local) et le libre exercice de l'activité économique ont ainsi été particulièrement mis en cause. Il est vrai cependant que le scepticisme quant au bien-fondé de l'action des pouvoirs publics était alimenté par les contradictions entre les experts scientifiques et la concurrence qui s'est développée entre ces derniers et le pouvoir politique et si les instruments mis en œuvre sont demeurés naturellement communs (mesures barrières et distanciation ; tests, traçage, isolement ; confinement ; interdiction des déplacements), chaque État les a appliquées à son rythme et avec plus ou moins de rigueur et surtout d'efficacité. Deux paramètres ont été particulièrement pris en compte : le degré d'acceptabilité des mesures par la population et leur impact sur la vie économique, aucun État n'ayant décidé de choisir radicalement entre santé et économie. Cela a sans doute conduit au phénomène perturbant de *stop and go* qui s'est souvent manifesté, faisant se succéder mesures d'ouverture puis mesures de fermetures et inversement. Il serait toutefois exagéré de considérer ces politiques comme manifestant l'influence du succès revendiqué des solutions autoritaires dans la lutte contre la pandémie et cela pour deux raisons au moins. D'une part, l'intervention du législateur n'a pas été remise en cause et le contrôle juridictionnel s'est exercé. D'autre part et surtout, les pouvoirs locaux, du fait de leur plus grande proximité avec les populations, se sont établis progressivement comme de véritables contre-pouvoirs finissant par peser sur les décisions d'un pouvoir central incertain, qu'il s'agisse aussi bien des États fédérés aux États-Unis décidant de mesures de confinement contre la volonté fédérale, que des collectivités territoriales françaises, notamment régionales, se posant contre Paris sur l'évaluation de la situation sanitaire ou mettant en œuvre leur propre stratégie pour acquérir des masques ou vacciner la population.

II.1.2.2. L'apparition des variants et la mise au point des vaccins, une nouvelle étape du développement de la Covid-19

L'apparition de variants traduisant la mutation du virus ainsi que la mise au point et l'utilisation des premiers vaccins constituent enfin une nouvelle étape, actuellement en cours. Les mutations des virus sont des phénomènes connus et la COVID-19 n'échappe pas à la règle. Plusieurs variants à l'origine de foyers d'importance variable ont été identifiés et jugés « préoccupants » : Alpha (« anglais »), Beta (« sud-africain »), Gamma (« brésilien ») Delta et Kappa (« indien »)²³. Ils ont créé des incertitudes nouvelles quant à leur potentiel de diffusion et de morbidité ainsi que sur leur capacité de résistance aux vaccins, alors même que les campagnes de vaccination sont avancées dans de nombreux États. Les processus de déconfinement engagés se trouvent ainsi fragilisés et remis en cause, au moins localement, comme par exemple en Australie et la possibilité de nouvelles vagues est désormais envisagée. Par voie de conséquence, la réponse est considérée comme dépendant d'une immunité collective obtenue par l'accélération de la vaccination. Mais outre le fait que les seuils de cette immunité collective sont discutés, les processus de vaccination engagés sont loin d'avoir atteint les

²³ L'OMS a décidé, le 31 mai 2021 de remplacer les appellations « stigmatisantes et discriminatoires » faisant référence au lieu où les premiers cas de variant ont été détectés, par des lettres grecques.

objectifs escomptés. Les vaccins disponibles et commandés sont au nombre de 15²⁴ : un vaccin russe, Spoutnik V décliné ensuite en plusieurs formules, six vaccins états-uniens, Pfizer, Moderna, Janssen, Novavax, Arcturus Therapeutics et United Biomedical ; quatre vaccins européens, Astra Zeneca, Sanofi-GSK, Curevac et Valneva ; quatre vaccins chinois : Coronavac de Sinovac, Sinopharm, Anhui ZhiFei Longcoim et Cansino Biologics. Mais leur taux d'efficacité est variable, comme les risques d'éventuels effets secondaires²⁵. Ces phénomènes n'ont pas favorisé l'objectif d'une vaccination de masse d'autant qu'une partie non négligeable des populations est hostile à toute vaccination, et qu'au plan mondial, une partie encore plus grande ne peut pour l'instant y avoir matériellement accès du fait d'une production insuffisante, des difficultés de la mise à disposition des plus démunis et bien sûr du coût des vaccins. Cette contradiction entre la recherche d'une immunité collective par la vaccination universelle et les blocages que celle-ci rencontre est ainsi un obstacle majeur à l'éradication de la pandémie.

Le stade actuel auquel la pandémie est parvenue permet difficilement de tirer des conclusions définitives. Il se caractérise par de nombreuses incertitudes que peu de certitudes viennent tempérer. Alors que la connaissance du virus a rapidement progressé et a permis d'élaborer des vaccins en un temps record, toutes les interrogations, que les variants contribuent de plus à alimenter, sont loin d'être levées, notamment sur les conditions et la durée de la sortie de la crise sanitaire. Des incertitudes scientifiques subsistent que vient aggraver la guerre de l'information et les fausses informations auxquelles ces questions donnent lieu et qui constituent un enjeu majeur pour les pouvoirs publics nationaux et internationaux. Pour ces raisons, la ligne politique suivie par la très grande majorité des États demeure hésitante : s'ils se sont engagés dans une sortie de crise en s'efforçant de relancer l'économie, ils ne peuvent ignorer la fragilité d'une telle démarche qui exige à moyen terme une situation sanitaire complètement maîtrisée. Plusieurs conséquences de la pandémie sont néanmoins dès à présent avérées. La COVID-19 a produit une « crise économique sans précédent »²⁶ car touchant l'économie réelle et se développant dans un contexte de mondialisation avancée. Quelle que soit l'importance d'un rebond, toujours possible, la crise aura pour conséquence d'accroître les inégalités entre les États et au sein même des États, la situation des populations les plus pauvres, et d'interroger sur la pertinence des dogmes libéraux mis à mal par les politiques de relance des États. On a pu constater, en effet, une relative déconnexion entre les effets sanitaires directs et les effets économiques et sociaux indirects de la crise²⁷. La pandémie a eu également pour conséquence la mise en place généralisée de régimes juridiques d'exception entraînant des restrictions des libertés publiques, plus ou moins étendues et efficaces suivant qu'elles se sont produites dans des régimes autoritaires, des démocraties « illibérales » ou des démocraties libérales. Pour ces dernières, même si le caractère liberticide des mesures adoptées doit être nuancé²⁸, il reste néanmoins que leur utilisation, pour faire face à de nouvelles menaces, aujourd'hui sanitaires mais peut-être demain climatiques, alors que d'ordinaire elles sont caractéristiques d'une situation de conflit ou de menace de conflit, interroge sur le risque de les voir pérennisées et donc de la capacité des régimes démocratiques à gérer les crises sans faire appel à un droit d'exception.

²⁴ Duke University et Banque Mondiale, E. Berg, « La bataille mondiale des vaccins a commencé », *Conflits*, NS n° 12, p. 58.

²⁵ Ceux-ci ayant conduit à l'interruption des vaccinations avec le vaccin Astra Zeneca dans de nombreux pays.

²⁶ F. Nicolas, « COVID-19, une crise économique sans précédent », *Annuaire RAMSES*, 2021, pp. 192-195.

²⁷ Ainsi, comme la plupart des États d'Asie du sud-est, la Thaïlande a plutôt bien maîtrisée la pandémie mais celle-ci a particulièrement touché l'économie à cause du niveau de son insertion dans la mondialisation.

²⁸ Dans le cas de la France, ces mesures souvent hésitantes et dont le bien-fondé était discuté, se sont dès lors avérées peu efficaces d'autant qu'elles étaient combattues sur le plan politique, juridique ou sociétal. Plus que d'avoir été liberticides, il doit plutôt leur être reproché, faute d'avoir été strictement appliquées, d'avoir conduit à la confusion.

II.2. Les acteurs du système de sécurité sanitaire internationale face à la Covid 19

Si elle a pu apparaître tardive, parfois chaotique et en ordre dispersé, souvent ambiguë, la mobilisation du système de sécurité sanitaire internationale contre la COVID-19 a atteint un niveau rarement égalé. Tous les acteurs, États, organisations internationales, organisations non gouvernementales, entreprises privées et plus généralement la société civile y ont largement contribué. Le fait que ses effets se soient manifestés bien au-delà du domaine sanitaire a sans doute favorisé ce mouvement mais aussi quelque peu modifier la répartition des rôles dans le pilotage de la riposte. La crise s'avérant rapidement non plus seulement sanitaire mais globale, la responsabilité principale de la riposte est passée logiquement à l'Organisation des Nations Unies, l'OMS étant chargée, dans le système des Nations Unies, de sa dimension sanitaire.

II.2.1. L'ONU, pilote naturel de la riposte à une crise globale

L'Organisation des Nations Unies occupe légitimement une place centrale dans l'architecture de la sécurité sanitaire internationale même si son rôle apparaît d'ordinaire secondaire par rapport à celui de l'OMS. Les caractéristiques propres de la crise de la COVID-19 qui dépasse de beaucoup le domaine sanitaire ont justifié une intervention accrue de l'ONU pour y faire face et jusqu'à un certain point, une réorganisation des responsabilités. L'épidémie, devenue pandémie a pris en effet rapidement une dimension universelle, touchant l'ensemble de la planète mais également tous les domaines de l'activité humaine. Il était donc normal que l'organisation censée représenter le mieux la communauté internationale dans son ensemble s'en soit emparé, sauf à susciter l'incompréhension²⁹. L'Organisation a ainsi mobilisé l'ensemble des institutions qui constituent le système des Nations Unies, chacune s'efforçant d'agir sur les conséquences de la pandémie dans son domaine d'activité³⁰. Au sein de cette mobilisation générale, l'OMS a joué naturellement un rôle décisif en tant que responsable principal des questions de santé publique internationale.

II.2.1.1. L'ONU face à la crise de la Covid 19 et le rôle du Secrétaire général

Dans des délais relativement brefs, l'Organisation des Nations unies est parvenue à se mobiliser pour élaborer une stratégie face à la pandémie, stratégie qui a été adaptée avec le temps. Cette mobilisation s'est traduite par une inflexion dans la répartition des rôles parmi les organes principaux de l'Organisation, inflexion qui s'est opérée notamment au profit du Secrétaire général

Dès le 31 mars 2020, M. Guterrez, suite à son rapport « Responsabilité partagée, solidarité mondiale : répondre aux conséquences socio-économiques du Covid-19 », soulignant la vitesse et l'ampleur de la pandémie, la gravité des cas et les perturbations provoquées sur les plans économique et social, présentait un plan pour faire face aux conséquences socio-économiques de la pandémie de la COVID-19 et créait un fonds mondial pour soutenir les pays à revenu faible et intermédiaire. Le rapport appelait à une réponse multilatérale à grande échelle, représentant au moins 10 % du PIB mondial et s'appuyant sur une approche mobilisant l'ensemble des institutions du système des Nations-unies travaillant pour la paix, les droits de l'homme, le développement durable et l'action humanitaire. Cette réponse dans l'urgence allait être complétée le 25 juin 2020, par un nouveau rapport du Secrétaire général « Riposte globale du

²⁹ Ce qui s'est manifesté par exemple face au retard avec lequel le Conseil de sécurité a répondu à la crise.

³⁰ Toutes les institutions spécialisées mériteraient ainsi une étude détaillée débouchant sur un bilan de leur action. Nul doute qu'il sera effectué. L'Unesco, par exemple a lancé La Coalition mondiale pour l'éducation, plateforme de collaboration et d'échange visant à protéger le droit à l'éducation pendant et après la pandémie. Elle rassemble plus de 175 membres venant de la famille des Nations Unies, de la société civile, du monde universitaire et du secteur privé afin d'œuvrer pour garantir la continuité pédagogique.

Système des Nations Unies face à la COVID-19 » reprenant la rhétorique guerrière³¹ déjà utilisée dans de nombreux États et présentant un premier bilan de l'action de l'Organisation. Le contenu de ce document révélait déjà le rôle central du secrétariat et de son chef dans la riposte à la pandémie. Véritable feuille de route pour tous les acteurs du système des Nations unies, il a été développé et précisé en septembre 2020. Le rapport part du constat selon lequel la pandémie n'est pas seulement une crise sanitaire mais aussi une crise économique, humanitaire, de sécurité, et une crise des droits humains mettant en évidence la « fragilité des nations ». La riposte exigera donc de « remodeler et réinventer les structures mêmes des sociétés et la manière dont les pays coopèrent au nom du bien commun ». L'action des Nations Unies s'articule dès lors autour de trois axes principaux : une action curative sur le plan sanitaire, une action de soutien sur le plan économique et social, enfin, une action de « relèvement transformateur pour « reconstruire le monde en mieux ». La riposte sanitaire conduite par l'OMS, vise à mobiliser tous les secteurs et toutes les communautés contre la transmission du virus pour la maîtriser et y mettre fin, réduire la mortalité et mettre au point des vaccins et des traitements thérapeutiques sûrs et efficaces disponibles à grande échelle et en quantité suffisante. Pour faire disparaître la menace de la COVID-19, une action massive s'impose en matière de santé publique, de manière à faire de l'accès universel aux soins de santé un bien public mondial essentiel. Sur le plan économique et social, face aux aspects dévastateurs à court terme de la pandémie sur les droits humains notamment des personnes les plus vulnérables, « la priorité est de sauver des vies ». Pour cela, il est nécessaire de « préserver l'accès aux services vitaux, de maintenir les ménages à flot, les entreprises solvables, d'assurer le fonctionnement des chaînes d'approvisionnement, la solidité des institutions et la fiabilité des services publics »³². Dans ce contexte, l'ONU est favorable à une aide aux pays en développement, « dont la dette pourrait par exemple être gelée ou restructurée ou auxquels les institutions financières internationales pourraient offrir un soutien plus important ». Le troisième axe, enfin, est résolument prospectif puisqu'il propose un programme de relèvement transformateur, qui « permette de reconstruire le monde en mieux après la pandémie » en décelant les fragilités systémiques et en analysant les moyens de transformer les sociétés et les économies pour les rendre plus justes, plus équitables et plus résilientes. La sortie de crise doit s'appuyer sur le Programme de développement durable avec pour objectif de passer à l'énergie renouvelable, de construire des systèmes alimentaires durables, une sécurité sociale plus solide et de parvenir à une couverture sanitaire universelle.

Des moyens de financement spécifiques accompagnent les trois volets. Pour le volet sanitaire, ils reposent sur le Fonds central pour les interventions d'urgence et le Fonds de réponse solidaire à la COVID-19 de l'OMS, qui est ouvert aux entreprises et aux particuliers et a obtenu plus de 230 millions de dollars à ce jour, grâce auxquels l'OMS peut exécuter ses plans de riposte pour 2020³³. Pour le volet socioéconomique, le Plan de réponse humanitaire global, coordonné par le Bureau de la coordination des affaires humanitaires est destiné à atténuer les impacts de la COVID-19 dans 63 pays très vulnérables³⁴. Enfin, le Fonds des Nations Unies pour l'action face à la COVID-19 et le relèvement socioéconomique dans les pays à revenu faible ou intermédiaire bénéficie d'une réorientation d'une part importante du portefeuille de 17,8 milliards de dollars disponibles au titre des programmes de développement durable, mais des fonds supplémentaires sont nécessaires.

³¹ « Soixante-quinze ans après la fin de la dernière guerre mondiale, l'humanité se retrouve à nouveau prise dans un combat mondial ».

³² Un soutien humanitaire immédiat a été apporté aux populations les plus touchées dans les 63 pays les plus vulnérables, dans le cadre d'un plan de réponse humanitaire global ; plus de 120 autres pays reçoivent également un appui pour lancer une riposte socioéconomique immédiate guidée par le cadre du système des Nations-Unies pour le développement.

³³ Ressources nécessaires : 1,74 MILLIARD de dollars jusqu'en décembre 2020 ; Ressources collectées, 1,44 MILLIARD de dollars de promesses de dons au 3 septembre 2020.

³⁴ Ressources nécessaires : 10,31 MILLIARDS de dollars jusqu'en décembre 2020 : Ressources collectées : 2,48 MILLIARDS de dollars au 3 septembre 2020. (Ressources nécessaires : 1 MILLIARD de dollars pour les neuf premiers mois Ressources collectées à ce jour : 58 MILLIONS de dollars levés au 3 septembre).

L'action projetée par l'ONU, à la fois ambitieuse et cohérente, a conféré un rôle considérable au Secrétaire général dans la mesure où, en tant que premier fonctionnaire de l'Organisation, et chef de son administration, il en a été naturellement le pilote. De manière générale, M. Guterres a été omniprésent dans la réponse internationale à la Covid 19. Il a utilisé son pouvoir de rassemblement et de plaidoyer pour mobiliser les dirigeants mondiaux sur les questions cruciales touchant à la pandémie telle que la coopération aux fins de la mise au point d'un vaccin, le financement et l'allègement de la dette des États les plus pauvres et il a mis en lumière des problèmes systémiques comme la tendance des États à l'unilatéralisme et l'importance de la lutte contre la désinformation en matière sanitaire. Ses interventions et prises de position ont été constantes et certaines ont été particulièrement remarquées d'autant plus que dans le même temps, le Conseil de sécurité demeurait muet. Ce fut le cas en particulier, dès le 23 mars 2020, lorsqu'il a exhorté les parties belligérantes dans le monde à renoncer aux hostilités. Cet appel a été approuvé par près de 180 États Membres, plus de 20 mouvements armés et autres entités, diverses organisations régionales, des chefs religieux, des organisations non gouvernementales et plus de 800 organisations de la société civile³⁵. Un an après, le 11 mars 2021, le Secrétaire général appellera à faire du vaccin un bien public mondial et à passer du confinement des sociétés au confinement du virus³⁶. Enfin, il fournira aux gouvernements des pistes pour faire face aux conséquences de la crise en publiant systématiquement des notes de synthèse³⁷.

II.2.1.2. Le rôle du Conseil de sécurité et de l'Assemblée générale face à la pandémie de la COVID-19

La pratique institutionnelle des Nations unies révèle le lien fonctionnel existant entre l'action du Conseil de sécurité et celle de l'Assemblée générale : lorsque le Conseil rencontre des difficultés à exprimer sa volonté ou en est empêché, l'Assemblée générale aura tendance à occuper le terrain abandonné, retrouvant ainsi une plus grande marge d'action et surtout une plus grande visibilité. La crise de la Covid 19 en donne un nouvel exemple.

II.2.1.2.1. Le Conseil de sécurité entravé

Eu égard à la rhétorique guerrière mobilisée par de nombreux États au début de la crise, on aurait pu s'attendre à ce que le Conseil de sécurité intervienne rapidement en sa qualité de responsable principal du maintien de la paix et de la sécurité internationale (article 24 de la Charte). N'avait-il pas, en 2014, discrétionnairement qualifié, dans une résolution 2177 du 18 septembre 2014, l'épidémie du virus Ebola en Afrique comme une menace à la paix et à la sécurité internationale, alors qu'elle s'est avérée avoir plutôt une portée régionale ? Il est vrai que plusieurs États, notamment des membres permanents du Conseil de sécurité, avaient fait part de leur scepticisme quant à la capacité de celui-ci à lutter efficacement contre les pandémies, faute que la Charte lui en fournisse les moyens adéquats. Ce n'est pourtant pas cette justification qui a longtemps empêché le Conseil de prendre position sur la crise de la COVID-19 mais les oppositions entre les membres permanents, singulièrement les États Unis et la Chine, pour lesquels la pandémie est devenue le lieu privilégié de leur affrontement géopolitique. Dès lors, les projets de résolution envisagés ont été voués à l'échec. Ce fut le cas, en mars 2020, avec un texte élaboré par les membres non permanents du Conseil destiné à appuyer l'appel du Secrétaire général pour la mise en place d'un cessez-le-feu universel. Mais l'initiative n'a pas été suivie d'un vote, le texte ne pouvant échapper au veto, des États-Unis s'il avait mentionné la suspension des sanctions internationale ou de la Russie s'il ne l'avait pas fait. De même, le projet présenté le 6 mai par la France et qui poursuivait le même objectif de cessation des hostilités dans tous les dossiers à l'agenda du Conseil de sécurité, s'est trouvé confronté au risque de veto

³⁵ Le Secrétaire général a également lancé le 5 avril 2020 un appel mondial soulignant la nécessité de mettre fin à toutes les violences contre les femmes, partout, y compris dans les foyers. 146 États membres et observateurs de l'ONU ont adopté une déclaration par laquelle ils s'engagent à inclure la prévention et la répression de la violence contre les femmes dans leurs plans nationaux de riposte à la COVID, ainsi que par la société civile.

³⁶ Déclaration du Secrétaire général, 11 mars 2021, SG/SM/20621.

³⁷ Parmi beaucoup d'autres on peut signaler par exemple la Note de synthèse « L'éducation en temps de Covid 19 et après » du 4 août 2020.

des États-Unis s'il y était fait mention de l'OMS et de la Chine si celle-ci était ignorée. Après des discussions diplomatiques restées infructueuses, un nouveau projet, particulièrement bref, limité à un appel à la cessation des hostilités a été présenté le 12 mai 2020 par l'Allemagne et l'Estonie mais sans qu'une date de mise au vote ne soit précisée. Ce n'est finalement que le 1^{er} juillet 2020 que le Conseil de sécurité a pu, grâce à un assouplissement de la position de la Chine, n'exigeant plus une mention du rôle de l'OMS, adopter à l'unanimité la résolution 2532³⁸. Le projet, présenté par la France et la Tunisie, n'a donc retenu que les thèmes faisant consensus. Parce que « l'ampleur sans précédent de la pandémie de COVID-19 risque de menacer le maintien de la paix et de la sécurité internationales », le Conseil a exigé, la cessation générale et immédiate des hostilités dans toutes les situations dont il est saisi. Il a demandé également à toutes les parties à des conflits armés de prendre part immédiatement à une pause humanitaire durable pendant au moins 90 jours consécutifs « de façon à permettre l'acheminement sûr, sans entrave et durable de l'aide humanitaire, la fourniture des services y afférents par des intervenants humanitaires impartiaux ». Toutefois la cessation des hostilités ne s'appliquera pas aux opérations militaires dirigées contre l'État islamique et tous les autres groupes terroristes désignés comme tels. Le Conseil demande ensuite au Secrétaire général de mobiliser toutes les entités du système des Nations unies dans la lutte contre la Covid-19 et « de donner pour instruction aux opérations de maintien de la paix de fournir un appui aux autorités du pays hôte dans les efforts qu'elles déploient pour contenir la pandémie ».

La résolution 2532, avec le compromis minimaliste qu'elle traduisait, était déjà dépassée lors de son adoption ; en particulier, elle ne présentait plus aucun intérêt pour les gouvernements et les groupes armés qui avaient répondu positivement à l'appel du Secrétaire général. Cela ne signifiait pas pour autant que le Conseil de sécurité n'avait pas pris en considération la pandémie et ses effets sur la sécurité internationale, notamment dans son examen des opérations de paix. Pour certaines situations, il a été ainsi amené à l'aborder comme dans le cas du Soudan et du Soudan du sud³⁹, d'Abiyé⁴⁰ ou de la Somalie⁴¹ confirmant ainsi que ce sont avant tout des considérations géopolitiques qui avaient entravé son action. On en aura rapidement confirmation avec les changements intervenus à la suite de l'accession de J. Biden à la présidence des États-Unis qui se marqueront à l'ONU, notamment à propos de la crise de la Covid, par l'adoption de la résolution 2565 du 26 février 2021⁴². Négociée en 2 semaines, elle marque la volonté de la nouvelle administration américaine de donner la priorité au « réengagement de l'OMS »⁴³ en soulignant le « rôle de leadership clé » de l'agence dans la coordination de la réponse mondiale au virus. Contrairement à la résolution 2532, elle tente d'inscrire l'action du Conseil de sécurité face à la pandémie, dans le moyen terme au moins, et elle marque, de ce point de vue, une inflexion dans son attitude face aux nouvelles menaces. Elle comporte en effet deux volets qui, pour être liés, ne doivent pas moins être distingués. D'une part, la résolution, jugeant que « l'ampleur sans précédent de la pandémie de COVID-19 risque de menacer le maintien de la paix et de la sécurité internationales », rappelle la nécessité d'une cessation générale et

³⁸ M. Arcari, « Some Thoughts in the Aftermath of Security Council Resolution 2532(2020) on Covid 19 », QIL Zoom-out 70, pp. 59-76 ; L. Balmond, « Le Conseil de Sécurité des Nations Unies face à la pandémie de Covid-19 : pourquoi ce silence ? », *Paix et Sécurité Européenne et Internationale*, n° 14, <http://revel.unice.fr/psei/index.html?id=2219>.

³⁹ Où il prendra note « de l'action menée par le gouvernement provisoire d'union nationale revitalisé pour lutter contre la pandémie de COVID-19 », S/RES.2559 (2020) du 12 novembre 2020.

⁴⁰ Où il devra, « pour maintenir le niveau des forces de la Force Intérimaire de Sécurité des Nations Unies pour Abiyé (FISNUA), tenir compte des rapatriements de troupes liés à la Covid-19 », S/RES 2519(2020) du 14 mai 2020.

⁴¹ A l'occasion de la prorogation du mandat de la Mission de l'Union africaine en Somalie (AMISOM), il se déclarera « vivement préoccupé par la situation humanitaire en Somalie et par les répercussions de la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) » et se félicitera « du rôle joué par l'AMISOM, pour soutenir la gestion de la catastrophe, et de l'action de secours menée par la Somalie », S/RES 2520 (2020) du 20 mai 2020.

⁴² S/RES.2565(2021) du 26 février 2021.

⁴³ Selon la formule de R. Gowan, « Une nouvelle chance pour le Conseil de sécurité de s'attaquer à la Covid-19 », International Crisis Group, <https://www.crisisgroup.org/global>, 6 avril 2021.

immédiate des hostilités à l'exception des opérations conduites contre des groupes terroristes, d'une pause humanitaire durable afin que les vaccins puissent être acheminés et répartis de manière équitable dans les zones où existent des conflits armés et, pour les mêmes raisons, d'un accès humanitaire complet pour le personnel médical. Le Conseil adopte dans ce cas une démarche classique en s'efforçant de traiter les conséquences humanitaires que peuvent produire les relations entre les conflits armés et la pandémie. Mais d'autre part, la résolution aborde des questions générales touchant à la pandémie elle-même et à son traitement. Pour y mettre fin, elle met l'accent sur la vaccination, rendue indispensable par l'urgence de la situation et considère que l'immunisation à grande échelle doit être comprise comme un « bien public mondial dans le domaine de la santé », de nature à arrêter « la transmission du coronavirus et de ses mutations, et à mettre un terme à la pandémie ». Il importe donc d'agir pour que, sans négliger la mise au point de nouveaux produits sanitaires, « des vaccins sûrs, efficaces et d'un coût abordable soient mis à disposition de façon équitable », que les efforts de vaccination ne soient pas compromis par des difficultés techniques, logistiques ou financières ni par des actes de spéculation ou des opérations de stockage excessives. « La solidarité, l'équité et l'efficacité [...] étant de rigueur en la matière », les économies développées et « tous ceux qui le peuvent » sont invités à faire don de doses de vaccins aux pays qui peuvent en avoir besoin. Enfin, à plus long terme, les États Membres et toutes les parties concernées sont invités à promouvoir les initiatives de recherche et de renforcement des capacités et à améliorer l'accès à la science, à l'innovation, aux technologies et à l'assistance technique, ainsi que le partage des connaissances et la coopération dans ces domaines. Le Secrétaire général devra rendre compte, « fréquemment et selon les besoins », de la suite donnée à la résolution 2565, en procédant en particulier à une évaluation complète des obstacles qui entravent l'accessibilité des vaccins et la lutte contre la COVID-19.

La résolution 2565 n'est donc pas anodine : le Conseil de sécurité intervient directement face à une crise sanitaire majeure, affirme des principes dont certains (par exemple la qualification de l'immunisation comme bien public mondial) sont toujours discutés, réclame des actions précises en coopération de la part des Parties concernées, actions qu'il s'engage à suivre à partir des informations que le Secrétaire général devra lui fournir. Le Conseil pourrait-il néanmoins aller plus loin, c'est-à-dire mettre en œuvre certains des pouvoirs exceptionnels que lui confère la Charte face à une situation qu'il qualifie lui-même de crise sanitaire « sans précédent susceptible de menacer la paix et la sécurité internationales » ? Cette interrogation, qui réapparaît toujours dans les cas où le Conseil de sécurité a été amené à prendre position sur des menaces nouvelles (sanitaires ou climatiques) ne trouve pas, une fois encore, de réponse définitive. Le prisme humanitaire dans lequel il envisage son action ne peut en effet que s'appuyer sur les expériences en matière de campagne de vaccination de l'OMS, des autres agences de l'ONU et des ONG. Dès lors, « les membres du Conseil de sécurité seront bien avisés de laisser les professionnels s'acquitter de ces tâches par leurs propres moyens »⁴⁴. Pour autant, son intervention pourrait être rendue plus efficace, à la fois de manière générale, considérant que les membres du Conseil de sécurité sont les principaux producteurs de vaccins, en soutenant politiquement et matériellement la campagne de vaccination, mais aussi en faisant évoluer le mandat des opérations de paix par lesquelles il est déjà engagé sur le terrain. Cette évolution pourrait suivre deux modalités : d'une part, intégrer et adapter pour chaque opération la dimension nouvelle constituée par la pandémie, en ce qui concerne le respect des cessez-le-feu, l'aide aux opérations de vaccination et la protection et le soutien aux agents de santé ; d'autre part, profitant du défi de la crise de la Covid 19 pour les opérations de paix, en repenser le contenu pour pouvoir faire face de manière plus adaptée aux nouvelles menaces sanitaires. Il y a sans doute place, sur ce point, à une résolution générale, de type « législatif » sur le modèle de celles adoptées contre le terrorisme et les armes de destruction massive, réaffirmant les obligations des États face aux crises sanitaires et surveillant leur mise en œuvre.

⁴⁴ R. Gowan, *op. cit.*

II.2.1.2.2. L'Assemblée générale, expression de la Communauté internationale contre la Covid-19 ?

C'est bien cependant l'Assemblée générale, qui avec le Secrétaire général, a concentré toute l'attention en particulier au début de la crise sanitaire, comblant au moins partiellement le vide longtemps laissé par le Conseil de sécurité. Elle a usé pour cela du pouvoir qui lui est reconnu de discuter « toutes questions ou affaires entrant dans le cadre de la Charte », aussi bien « les principes généraux de la coopération pour le maintien de la paix » (art. 11) que « la coopération internationale...dans le domaine de la santé publique » (art. 13). De par sa composition, elle dispose d'une légitimité qui lui permet d'adopter parfois des positions différentes de celles du Conseil, voire de le suppléer lorsque celui-ci ne peut agir du fait du veto d'un membre permanent. Le jeu de pouvoir qui anime les relations entre les deux organes fait que, face à la crise de la Covid 19, l'Assemblée générale sera conduite à prendre position dans plusieurs résolutions de sens et de portée différents et à tenir une session extraordinaire pour faire un bilan neuf mois après le début de la pandémie.

Deux résolutions ont une portée générale et affirment la position commune des États membres à travers leur adoption par consensus. Par la première, du 2 avril 2020⁴⁵, l'Assemblée générale présente les principes qui doivent commander l'action des États face à la pandémie. Celle-ci constitue en effet « une menace pour la sécurité et le bien-être de l'humanité » et va entraîner des perturbations graves des sociétés et des économies touchant en particulier les plus pauvres et les plus vulnérables. La seule méthode pouvant permettre de surmonter la crise repose donc sur la « solidarité, la coopération et le multilatéralisme ». La résolution résulte d'une initiative de six pays – Suisse, Singapour, Norvège, Liechtenstein, Indonésie et Ghana – qui ont élaboré un projet adopté par l'Assemblée générale par procédure d'acceptation tacite, c'est-à-dire par consensus, sans vote. Elle développe une réaffirmation universelle des enjeux de la crise et les méthodes à utiliser pour y faire face. La seconde résolution du 21 avril 2020⁴⁶ a une portée tout aussi essentielle mais aborde un problème très concret : l'accès aux médicaments et aux vaccins. Par consensus également, les États membres ont en effet adopté un texte réclamant un "accès équitable" aux "futurs vaccins" contre le Covid-19, et soulignant le "rôle dirigeant crucial de l'Organisation mondiale de la Santé" pourtant mise en cause par les États-Unis. Centré sur la riposte sanitaire à opposer à la pandémie, le texte, initié par le Mexique et incluant l'approbation de Washington, demande de "renforcer la coopération scientifique internationale pour combattre la Covid-19 et d'intensifier la coordination", y compris avec le secteur privé. Alors que les industriels pharmaceutiques et les laboratoires de recherche se sont lancés dans une course à la mise au point de vaccins pour neutraliser la COVID-19, ce qui représente un enjeu considérable, la résolution appelle le Secrétaire général de l'ONU à s'assurer que les moyens engagés permettent de "garantir un accès et une distribution justes, transparents, équitables, efficaces, aux outils de prévention, aux tests de laboratoire (...), aux médicaments et futurs vaccins Covid-19". L'objectif doit être "de les rendre disponibles à tous ceux qui en ont besoin, notamment dans les pays en développement".

L'Assemblée générale a consacré ensuite trois autres résolutions à la lutte contre la Covid 19 mais dans un contexte politique différent du fait de la disparition du consensus. Le 11 septembre 2020, l'Assemblée générale a d'abord adopté à une très large majorité une résolution « Action globale et coordonnée face à la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) »⁴⁷, résolution omnibus négociée depuis mai 2020⁴⁸. Texte programmatique amendé et oralement modifié⁴⁹, il

⁴⁵ « Solidarité mondiale dans la lutte contre la maladie à coronavirus 2019 », résolution 74/270 du 2 avril 2020.

⁴⁶ « Coopération internationale visant à assurer l'accès mondial aux médicaments, aux vaccins et au matériel médical pour faire face à la COVID-19 », résolution 74/274 du 20 avril 2020.

⁴⁷ Résolution A/74/306 du 11 septembre 2020, adoptée par 169 voix contre 2 (États-Unis et Israël) et 2 abstentions (Hongrie, Ukraine).

⁴⁸ Ce qui a entraîné la critique de l'Allemagne au nom de l'Union européenne, sur la méthode employée, certains éléments du texte pouvant apparaître obsolètes.

⁴⁹ L'amendement présenté par Cuba (adopté par 84 voix pour, 13 contre et 60 abstentions) porte sur l'inclusion d'un libellé qui demande instamment aux États « de s'abstenir d'adopter et d'appliquer des mesures

contient un ensemble de plus de 50 engagements pour « Protéger ensemble », « Se relever ensemble » et « Reconstruire en mieux ». Il demande aux États Membres de concevoir des stratégies de relance fondées sur des politiques de financement durables, de tenir compte du climat et de l'environnement dans les mesures de relance liées à la COVID-19 et d'accélérer le rôle de catalyseur que jouent les technologies numériques pour réduire l'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'éducation, la santé, la communication, le commerce et la continuité des activités. Le même jour a été également adoptée une résolution 74/307⁵⁰ intitulée « Une riposte unie face aux menaces sanitaires mondiales : lutter contre la COVID-19 », demandant des actions d'urgence à court terme pour intensifier les efforts mondiaux de lutte contre les crises sanitaires mondiales et les pandémies et pour maintenir la stabilité économique.

Outre ces prises de position générale, l'Assemblée générale a adopté également trois résolutions ayant des objets particuliers : la situation des gens de mer⁵¹ et la prise en considération du genre dans la riposte à la pandémie⁵²

La session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée à la Covid 19 qui s'est tenue les 3 et 4 décembre a réuni en distanciel 105 chefs d'États, chefs de gouvernements ou ministres qui ont partagé leurs expériences sur la riposte au niveau national et parfois régional, ainsi que de hauts responsables du système des Nations-Unies, des experts et des chercheurs. Elle s'est efforcée de tirer un bilan de l'action du système des Nations-Unies depuis le début de la pandémie autour de trois tables-rondes. Lors de la première table ronde portant sur la riposte du système des Nations unies, les responsables de l'OMS, du Programme alimentaire mondial (PAM), du HCR, du Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA) et du PNUD ont fait le point sur la réponse apportée par leurs agences. En dépit d'un élan de solidarité sans précédent depuis 30 ans, elles se sont trouvées face à un manque de financement, assistance vitale qui dépendra en 2021 de la mise en place des plans de relance. « S'il a été possible d'éviter des famines, le pari n'est pas gagné pour l'an prochain ». Centrée sur le développement du vaccin contre la COVID-19, la deuxième table ronde a réuni des experts scientifiques ainsi que la Directrice exécutive de l'OMS. Pour les chercheurs, le succès de la fabrication d'un vaccin dans le délai record de 320 jours tient au fait que la communauté scientifique a su partager ses données. En réponse aux craintes exprimées par plusieurs États Membres quant à la distribution équitable des vaccins, la représentante de l'OMS a rappelé qu'il s'agissait bien de l'objectif majeur du Mécanisme COVAX de l'OMS (voir infra). La troisième table ronde enfin s'est intéressée aux voies et moyens de la relance post-COVID-19 qui s'apparente à « une tâche herculéenne » et qui ne doit pas se manifester uniquement par des solutions à court terme. Aider les personnes les plus vulnérables « laissées pour compte depuis des années » doit être la priorité du relèvement, Face à des dégâts qui pourraient s'étaler sur des décennies, la solution ne peut passer uniquement par les vaccins ; elle exige que « la communauté internationale reconstruise le monde en mieux ». Deux points ont particulièrement retenu l'attention des États qui ont multiplié les appels en ce sens : faire du vaccin un bien public mondial et annuler les dettes extérieures des États les plus pauvres.

II.2.2. L'Organisation Mondiale de la Santé

Quel qu'ait été le rôle de l'Organisation des Nations Unies, c'est bien à l'OMS qu'a été confiée l'organisation de la riposte internationale à la pandémie de la COVID-19. Elle y a consacré une

économiques, financières ou commerciales unilatérales qui font obstacle à la pleine réalisation du développement économique et social, en particulier dans les pays en développement ».

⁵⁰ Résolution 74/307 du 11 septembre 2020, adoptée par 122 voix pour, 0 contre et 31 abstentions.

⁵¹ « Coopération internationale face aux difficultés connues par les gens de mer à cause de la pandémie de COVID-19 et en appui aux chaînes d'approvisionnement mondiales », A/RES/75/17 du 1^{er} décembre 2020.

⁵² « Améliorer la riposte rapide à l'échelle nationale et internationale face à l'impact de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) sur les femmes et les filles » A/RES/75/156 du 16 décembre 2020 et « Les femmes et les filles et la riposte à la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) » A/RES/75/17 du 16 décembre 2020.

très large part de son activité. On se bornera ici à mettre l'accent sur quelques points touchant aux aspects institutionnels, à l'action menée par l'OMS et aux partenariats sur lesquels elle s'est appuyée avant de tenter d'en faire un bilan.

*II.2.2.1. Les aspects institutionnels : retrait puis retour des États-Unis à l'OMS
(29 mai 2020 - 21 janvier 2021)*

La composition de l'OMS a connu, au début de la crise, de la Covid-19, un changement qui s'est avéré en définitive, pour des raisons politiques, très bref. En effet, les États-Unis se sont retirés de l'OMS le 29 mai 2020, issue sans surprise d'un positionnement de l'Administration Trump à l'égard du multilatéralisme et plus particulièrement des organisations internationales. Tout ce qui pouvait porter atteinte à l'identité des États-Unis et à leur indispensable liberté d'action devait être combattu. Les institutions multilatérales, même régionales comme l'OTAN jugée « obsolète », ont donc été attaquées, bloquées (comme l'OMS) ou abandonnées (comme l'Unesco ou le Comité des droits de l'homme). Le cas de l'OMS était d'autant plus illustratif qu'il est un des lieux privilégiés où se manifeste la volonté de la Chine de prendre une plus grande part dans le système international, voire d'y devenir dominante. La conjonction de ces deux tendances a conduit le président des États Unis à critiquer vivement l'OMS et son Directeur général, pour la complaisance de l'Organisation à l'égard de la Chine, notamment sur l'origine d'un virus devenu pour Washington le « virus chinois ». Cette campagne de dénigrement était destinée parmi d'autres arguments, à mobiliser l'électorat du président sortant pour des élections à la Maison Blanche prévues en novembre 2020. L'échec du président Trump lors de ce scrutin, face à un candidat démocrate, J. Biden, qui avait annoncé, en cas de succès, le retour des États-Unis à l'OMS a conduit ainsi les États Unis à réintégrer l'organisation le 21 janvier 2021. La décision de retrait n'avait d'ailleurs pas encore pris effet ce qui a permis aux experts américains de reprendre sans délai leurs activités. Comme on pouvait s'y attendre, cette décision a été saluée par les institutions du système des Nations unies et singulièrement par l'OMS, consciente du poids financier et scientifique représenté par Washington dans la lutte contre la pandémie.

II.2.2.2. L'action de l'OMS face à la pandémie de la Covid 19

II.2.2.2.1. La déclaration de la COVID-19 comme Urgence de santé publique de portée internationale

Une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) est définie par le Règlement sanitaire International (RSI) (révisé en 2005 et entré en vigueur en 2007, il s'applique à 196 États) comme « un événement extraordinaire dont il est déterminé qu'il constitue un risque pour la santé publique dans d'autres États en raison du risque de propagation internationale de maladies et qu'il peut requérir une action internationale coordonnée ». Cette définition implique une situation grave, soudaine, inhabituelle ou inattendue, ayant des répercussions de santé publique dépassant les frontières du pays touché et pouvant exiger une action internationale immédiate.

La déclaration d'USPPI est prononcée par le Directeur Général de l'OMS après avis du Comité d'urgence du RSI, organe consultatif créé en 2005, dont les membres sont nommés par lui, à partir d'une liste d'experts internationaux. Ce comité d'urgence se réunit pour évaluer le caractère d'USPPI d'un événement et, si c'est le cas, pour présenter des recommandations temporaires destinées aux pays touchés ou par d'autres pays menacés pour prévenir la propagation internationale de la maladie et éviter de perturber le commerce et les voyages internationaux et pour fixer le terme de l'USPPI. La décision finale appartient donc au Directeur Général de l'OMS.

Le Comité s'est réuni le 22 janvier 2020 mais ses membres ayant émis « des vues divergentes », et estimé pour certains qu'il était trop tôt pour se prononcer, il a considéré que l'évènement, la flambée de nouveau coronavirus 2019 survenue en Chine, ne constituait pas une USPPI. Les membres du Comité toutefois sont convenus de l'urgence de la situation du fait notamment de la transmission interhumaine du virus et ont suggéré qu'une nouvelle réunion ait lieu dans les dix jours pour la réexaminer.

En attendant, le Comité a produit un ensemble de recommandations dont les intérêts sont multiples. D'abord, concernant l'OMS, il l'a appelée logiquement à déployer une mission internationale multidisciplinaire composée d'experts nationaux, ayant pour mission notamment d'appuyer les efforts visant à déterminer la source animale de la flambée et d'évaluer l'ampleur de la transmission interhumaine. Il a surtout, dès ce moment, encouragé l'OMS à continuer à fournir l'appui technique et opérationnel nécessaire pour y faire face, à mettre en œuvre une stratégie globale de communication sur les risques, et à soutenir la recherche concernant ce nouveau coronavirus. Mais surtout, de manière prospective, considérant que « la situation épidémiologique évolue et que déclarer ou non une USPPi présente un caractère binaire restrictif », il a suggéré à l'OMS d'envisager un « système plus nuancé, qui permettrait un niveau d'alerte intermédiaire », ce qui impliquerait une révision du RSI. De même, les recommandations adressées à la République populaire de Chine renvoyaient déjà à des questions qui seraient par la suite largement débattues : notamment « fournir davantage d'informations sur les mesures de gestion des risques » et « collaborer avec l'OMS et ses partenaires pour mener des investigations afin de comprendre l'épidémiologie et l'évolution de cette flambée », en particulier « des investigations spécifiques visant à comprendre quelle est la source du nouveau coronavirus ». Pour tous les autres pays, où l'on peut s'attendre à l'apparition de nouveaux cas exportés de Chine, ils doivent se préparer à prendre « des mesures de surveillance active », de « dépistage précoce », « d'isolement » et « de prise en charge des cas » préfigurant ainsi la stratégie qui s'imposera finalement dans un grand nombre d'États. Enfin, le Comité appelle la Communauté Internationale « à faire preuve de solidarité et de coopération, conformément à l'article 44 du RSI (2005) », principes qui seront solennellement réaffirmés par les organes principaux des Nations unies.

Pour sa deuxième réunion tenue le 30 janvier 2020, du fait de l'augmentation importante du nombre de cas et du fait que de nouveaux pays rapportaient des cas confirmés, le Comité a adopté une déclaration qui, elle aussi, doit être considérée en fonction des développements futurs. Elle accorde d'abord un satisfecit appuyé à la Chine⁵³, saluant « le leadership et l'engagement politique au plus haut niveau du Gouvernement chinois en faveur de la transparence et les efforts déployés pour enquêter sur la flambée en cours et l'endiguer. La Chine a rapidement identifié le virus et communiqué sa séquence, de sorte que d'autres pays puissent le diagnostiquer rapidement et se protéger » Elle a pris des « mesures très fortes [...] pour que le virus cesse de se propager », mesures qui sont « bonnes non seulement pour ce pays, mais aussi pour le reste du monde ». Il reste que le Comité reconnaît aussi « qu'il subsiste encore de nombreuses inconnues ». S'il est encore possible « d'interrompre la propagation du virus », « la flambée épidémique remplit désormais les critères d'une USPPi ». Toutefois, « cette déclaration d'USPPi doit être comprise dans un esprit de soutien et de reconnaissance envers la Chine, son peuple et les mesures que ce pays a engagées en première ligne pour combattre cette épidémie en toute transparence ». Sur cette base, le Directeur général a déclaré que la flambée épidémique due à la Coviv19 constitue une USPPi. Par ailleurs, les recommandations émanant de l'avis du Comité constituent une véritable feuille de route pour l'action de l'OMS. Elle doit, grâce à la mission technique pluridisciplinaire qu'elle va mettre en place, enquêter en Chine sur la source animale de la flambée afin de s'assurer qu'il n'y ait pas de sources non détectées. Elle doit également évaluer comment enrayer le plus efficacement cette flambée à l'échelle mondiale, intensifier son soutien à la préparation et à la riposte, en particulier dans les pays et les régions vulnérables et enfin prendre des mesures visant à garantir un développement et un accès rapides aux médicaments et plus particulièrement aux vaccins pour les pays à revenu faible ou intermédiaire. Sur la base des informations disponibles, le Directeur général n'a pas recommandé de restreindre les voyages ou les échanges commerciaux. Toutefois, les États doivent informer l'OMS de toute mesure prise en matière de voyage, comme l'exige le RSI. En

⁵³ Comme le note justement H. de Pooter, *op. cit.* p. 363, ces « formules de courtoisie...ont sans doute vocation à ménager la susceptibilité d'un État dont la coopération continue est cruciale pour la protection de la santé publique mondiale ».

effet, en vertu de l'article 43 du RSI, les États Parties qui appliquent des mesures sanitaires supplémentaires entravant de manière significative le trafic international (refus d'entrée ou de sortie de voyageurs internationaux, de bagages, de cargaisons, de conteneurs, de moyens de transport, de marchandises et autres, ou mesure entraînant leur retard, pendant plus de 24 heures) sont tenus d'envoyer la justification et la raison de santé publique dans les 48 heures suivant leur application à l'OMS qui examinera la justification et pourra demander aux États de reconsidérer leurs mesures. Elle est tenue de partager avec les autres États Parties les informations sur les mesures et les justifications reçues.

II.2.2.2. 73^e Assemblée mondiale de la santé : Riposte à la COVID-19, 19 mai 2020

L'Assemblée mondiale de la Santé a adopté, lors de la 73^e session le 19 mai 2020, une résolution⁵⁴ qui expose, après les 6 premiers mois de l'épidémie, quels seront les éléments principaux qui doivent commander la riposte de l'OMS. Celle-ci doit se fonder sur un certain nombre de principes et mobiliser l'ensemble des acteurs. La résolution rappelle d'abord le partage institutionnel sur lequel repose l'action de l'organisation : à l'OMS incombe en vertu de son mandat constitutionnel, l'obligation d'assurer son rôle « d'autorité directrice et coordonnatrice dans le domaine de la santé », dans le cadre de la riposte des Nations Unies et telle qu'elle est détaillée dans le Plan stratégique de préparation et de riposte de l'OMS à la COVID-19 ; aux États membres appartient la responsabilité d'adopter et de mettre en œuvre les interventions nécessaires et adaptées à leur contexte national. Elle décline ensuite les principes d'unité, de solidarité et de coopération qui doivent inspirer toutes les parties prenantes, publiques et privées, dans la lutte contre la pandémie. Son action doit considérer plus particulièrement les répercussions disproportionnées de la pandémie sur les États à revenu faible ou intermédiaire et sur les personnes les plus vulnérables qui doivent être spécialement protégées de même que les professionnels de santé. Au nom de la solidarité, elle juge comme une « priorité mondiale » « l'accès universel, rapide et équitable et la juste distribution de tous les produits et de toutes les technologies de santé essentiels de qualité, sûrs, efficaces et abordables, y compris leurs éléments constitutifs et leurs précurseurs, qui sont nécessaires à la riposte contre la pandémie de COVID-19 ». L'accès universel aux vaccins, en particulier, doit permettre une « immunisation à grande échelle », « bien public mondial en rapport avec la santé ». Cela suppose donc que soient « éliminés d'urgence les obstacles injustifiés à cet accès dans le respect des accords internationaux concernés »⁵⁵. Elle souligne enfin l'importance pour tous les acteurs d'envisager dès à présent la planification et la préparation de la phase de relèvement, notamment pour « atténuer l'incidence de la pandémie et les conséquences non voulues des mesures de santé publique sur la société, la santé publique, les droits humains et l'économie ».

La résolution s'adresse d'abord aux États membres qui doivent, par leur action s'inscrivant dans les orientations de l'OMS, mettre en place une riposte engageant aussi bien les pouvoirs publics que la société afin de renforcer durablement leur système de santé et leur système de protection sociale. En particulier, la continuité opérationnelle du système de santé, envisagé sous tous ses aspects, devra être assurée pour apporter une réponse aussi bien à la pandémie qu'aux autres épidémies en cours. Plus généralement, la prestation de services de santé devra être maintenue pour l'ensemble de la population et face à toutes les maladies comme les mesures, globales, proportionnées et assorties de délais contre la COVID-19, en veillant au respect des droits fondamentaux. L'Assemblée mondiale de la santé insiste également sur l'importance de l'exigence d'information qui pèse sur les États, à l'égard de la population pour qu'elle dispose d'informations fiables sur la Covid-19 et sur les mesures adoptées par les autorités et soit protégée des fausses informations, à l'égard de l'OMS qui doit disposer en temps voulu d'informations exactes et suffisamment détaillées, comme l'exige le RSI. Enfin, la

⁵⁴ Document A73/3.WHA73.1.

⁵⁵ Ce qui vise particulièrement l'Accord sur les aspects de droit de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et l'Accord de Doha sur les ADPIC et la santé publique

résolution rappelle, si nécessaire, l'obligation pour les États de fournir à l'OMS un « financement durable » pour lui permettre de répondre aux besoins résultant de la riposte à la pandémie.

Aux organisations internationales et aux autres parties prenantes, il est demandé de soutenir tous les pays qui le sollicitent pour la mise en œuvre des plans nationaux et le renforcement de leur système de santé et de collaborer à tous les niveaux pour « mettre au point, tester et produire à grande échelle des produits de diagnostic, des traitements, des médicaments et des vaccins sûrs, efficaces, de qualité et abordables pour la riposte à la COVID-19 »

Enfin, le Directeur général doit manifester « son leadership en matière de santé dans le système des Nations Unies et de continuer de jouer le rôle de chef de file du Groupe sectoriel pour la santé dans l'action humanitaire des Nations Unies ». Conforté, après de multiples critiques, par les États membres de l'Organisation, il est appelé à intervenir dans tous les domaines de la riposte contre la pandémie afin d'impulser l'action des autres acteurs. On notera plus particulièrement qu'il doit aussi fournir aux États Membres, des informations sur les résultats des collectes de fonds et sur l'affectation des ressources y compris les déficits de financement, « de manière transparente, responsable et rapide » et que c'est à lui qu'il incombe de présenter des options « conformes aux dispositions des traités internationaux pertinents », pour renforcer les capacités de « mise au point, de production et de distribution des produits de diagnostic, des traitements, des médicaments et des vaccins de qualité, sûrs, abordables et efficaces ». Enfin, il devra lancer, « au moment approprié et en consultation avec les États Membres », un processus d'évaluation impartiale, indépendante et complète, pour examiner « l'expérience acquise et les leçons tirées de la riposte sanitaire internationale coordonnée par l'OMS face à la COVID-19 et de formuler des recommandations en vue d'améliorer les capacités mondiales de prévention, de préparation et de riposte face aux pandémies, notamment en renforçant, le cas échéant, le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire.

Cette résolution est intéressante à plusieurs titres. Elle montre la volonté des États membres de soutenir l'OMS et son Directeur général, quelles que soient les critiques présentées sur sa gestion des débuts de la pandémie. Par ailleurs, elle fournit aux États membres un cadre d'action qui fixe des principes qu'ils doivent respecter et identifie un certain nombre d'instruments dont elle recommande l'utilisation. Sur ces deux points, elle s'inscrit dans la ligne définie par l'Assemblée générale des Nations Unies dans ses résolutions des 2 et 21 avril 2020, ce qui souligne la cohérence du système des Nations-Unies face à la Covid-19. Elle souffre toutefois des mêmes limites, renvoyant à des États dont les capacités sont très différentes, la charge de mettre en œuvre les mesures qu'elle suggère. Pour autant, le texte n'est pas un blanc-seing : des informations transparentes doivent être fournies aux États membres sur les ressources obtenues et leur affectation et le Directeur général doit lancer un processus indépendant d'évaluation de la riposte apportée par l'OMS à la pandémie.

III.2.2.2. Les modalités de l'action de l'OMS face à la COVID-19

Si l'ONU a pu afficher sa position de pilote d'une action internationale visant à lutter contre une pandémie ayant des incidences globales, l'OMS a été néanmoins omniprésente de par la compétence spécifique qui lui est attribuée par son statut dans le domaine de la santé. Elle a donc pris en charge, dans le cadre du système des Nations unies, la responsabilité de la riposte à la dimension sanitaire de la crise. Ses modes d'intervention ont été multiples et l'on n'en donnera ici qu'un panorama général.

L'OMS exerce d'abord une fonction stratégique : elle tend à fournir à tous les acteurs internationaux un cadre d'action face à la COVID-19. À cette fin, elle a publié plusieurs plans successifs qui se sont efforcés d'adapter la riposte au rythme de l'évolution de l'épidémie devenue pandémie. Plusieurs étapes essentielles peuvent être notées. Dès le 4 février 2020, 4 jours après le déclenchement de l'URPPS par son Directeur général était publié le premier Plan de préparation et de riposte à la Covid-19 qui mettait l'accent sur les actions essentielles à conduire au niveau national, régional et global pour supprimer la transmission, protéger les personnes vulnérables réduire la mortalité et accélérer le développement des outils dont le

monde avait besoin pour sortir de la crise. La stratégie proprement dite a fait l'objet d'une mise à jour en avril 2020⁵⁶ sur la base de l'expérience acquise durant les 100 premiers jours de la pandémie. Cinq objectifs ont ainsi été définis : mobiliser tous les acteurs pour qu'ils participent à la riposte et à la prévention par le respect des règles d'hygiène et la distanciation physique ; maîtriser les foyers épidémiques en identifiant et en isolant tous les cas, en leur fournissant des soins appropriés, ainsi qu'en recherchant tous les contacts, en les plaçant en quarantaine ; éliminer la transmission par des mesures de distanciation physique des personnes, et des restrictions appropriées et proportionnées des déplacements nationaux et internationaux non essentiels ; réduire la mortalité en fournissant des soins aux personnes touchées par la COVID-19, en assurant la continuité des services sanitaires et sociaux essentiels et en protégeant les travailleurs de première ligne et les populations vulnérables ; développer des vaccins et des traitements sûrs et efficaces qui peuvent être administrés à grande échelle et qui sont accessibles en fonction des besoins. La stratégie déclinait désormais le rôle crucial de chacun face à la pandémie, qu'il s'agisse aussi bien des individus (qui doivent se protéger et protéger les autres en adoptant les comportements appropriés) que des communautés (qui doivent être habilitées à veiller à ce que les services et l'aide soient planifiés et adaptés en fonction de leurs propositions et des contextes locaux), des gouvernements (qui doivent diriger et coordonner la réponse de manière à permettre à tous de s'approprier la réponse à travers la communication, l'éducation, l'engagement, le renforcement des capacités et le soutien) et enfin des entreprises privées (qui doivent assurer la continuité des services essentiels, et la fabrication de fournitures nécessaires pour soutenir la riposte, notamment à travers la production et la distribution équitable de tests, d'équipements de protection individuelle et d'équipements essentiels à des prix justes, et à travers la recherche et le développement de tests, de traitements et de vaccins).

En février 2021, enfin, l'OMS a adopté un plan stratégique de préparation et de réponse à la Covid 19⁵⁷ couvrant la période 1^{er} février 2021-31 janvier 2022 qui doit tenir compte de deux évolutions fondamentales mises en lumière par le Directeur général : d'une part, la course au développement de vaccins, de diagnostics et de traitements a permis d'obtenir des résultats dans des délais sans précédents, notamment, l'arrivée de la première génération de vaccins sûrs et efficaces ; de l'autre, le développement continu de la pandémie dans le monde a accéléré l'émergence de nouveaux variants susceptibles d'affaiblir l'efficacité des traitements et des vaccins. Face à cette évolution, les principes de solidarité et d'équité ont été quelque peu ignorés au profit d'une approche « moi d'abord » (« Me First ») retenue par plusieurs États qui ont contourné le mécanisme ACT en passant des accords bilatéraux avec les producteurs de vaccins, au détriment des États les plus pauvres. Une telle attitude, non seulement condamne les plus vulnérables mais elle est surtout stratégiquement et économiquement autodestructrice⁵⁸. L'urgence commandant de faire de la vaccination universelle une priorité absolue, « tous les États et tous les partenaires doivent soutenir en priorité le mécanisme ACT afin de pouvoir distribuer 2 milliards de doses de vaccins pour décembre 2021 ». Solidarité, équité et leadership global sont les seules voies pour sortir de la pandémie ».

Le document, the COVID-19 SPRP 2021 est donc destiné à aider à diriger la réponse de santé publique à la Covid 19 au niveau national et infra national et à adapter les priorités stratégiques à l'appui de cet effort. La première partie du document donne un bref aperçu de la situation épidémique globale à la fin de 2020 et résume les principaux défis à relever. La deuxième partie présente les objectifs pour 2021 et décrit une stratégie de réponse, du niveau national à la

⁵⁶ Riposte globale du Système des Nations Unies face à la COVID-19 Sauver des vies, protéger les sociétés, reconstruire en mieux JUIN 2020 comprehensive_response_to_covid-19_french_.pdf.

⁵⁷ COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan, 1^{er} février 2021-31 janvier 2022, WHO/2021.02 (COVID-SPRP 2021).

⁵⁸ Selon la Chambre de Commerce Internationale, même avec une couverture vaccinale étendue dans les États à haut revenu, la limitation de la couverture partout ailleurs coûterait à ces mêmes économies au moins 2,4 milliards de dollars en 2021 Dès lors « l'équité vaccinale n'est pas seulement un impératif moral mais un impératif stratégique et économique ».

coordination globale et régionale, impliquant les individus, les familles, les communautés, les États, et les organisations régionales et internationale, intervenant solidairement. Le document est accompagné du Plan Opérationnel COVID 19 qui comporte des Lignes directrices pour soutenir les États dans la préparation et la riposte à la Covid 19 et en particulier la mise à disposition des populations de nouveaux vaccins, traitements et diagnostic dans chaque État, « quelles que soient la difficulté du contexte et les capacités de financement ». Le Plan définit également les priorités globales et régionales pour soutenir les efforts nationaux, dans le cadre de pas moins de 10 piliers qu'il énumère et détaille⁵⁹, organise le soutien pour accélérer l'accès équitable aux nouveaux outils contre la COVID 19, définit les priorités dans le domaine de la recherche et de l'innovation pour chaque pilier réponse et les indicateurs principaux de performance pour le contrôle et l'évaluation.

II.2.2.3 Les partenariats de l'OMS : l'expérience de l'ACT et du COVAX

Les précédentes chroniques sur ce thème ont insisté sur l'importance des partenariats dans lesquels est impliquée l'OMS pour conduire son action au service de la sécurité sanitaire internationale. La pandémie de la COVID-19, par son ampleur, a conduit à renforcer encore le recours à cet instrument. On ne retiendra ici que les formes originales dont les plus significatives sont l'Accélérateur pour accéder aux outils de lutte contre la COVID-19 (Accélérateur ACT) et le dispositif COVAX

II.2.2.3.1. L'Accélérateur ACT

L'Accélérateur ACT se présente comme un partenariat novateur visant à accélérer la mise au point et la production de produits de diagnostic, de traitements et de vaccins contre la COVID-19 et à en assurer un accès équitable.

Lancé en avril 2020, il trouve son origine dans une initiative conjointe du Directeur général de l'OMS, du Président de la République française, du Président de la Commission européenne, et de la Fondation Bill & Melinda Gates. Cet instrument réunit des gouvernements, des scientifiques, des entreprises, la société civile, des organismes philanthropiques et des organisations mondiales œuvrant dans le domaine de la santé comme l'OMS, la Banque Mondiale, la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies, CEPI⁶⁰, l'Alliance GAVI⁶¹, Unitaïd ou Wellcome⁶²,

L'Accélérateur ACT n'est ni un organe décisionnaire ni une nouvelle organisation mais un cadre de collaboration qui s'appuie sur l'expérience des grandes organisations mondiales dans le

⁵⁹ 1/ Coordination, planification, financement, contrôle ; 2/ Communication de risque, engagement des communautés ; 3/ Surveillance et investigation épidémiologique ; 4/ Points d'entrée, voyages internationaux ; 5/ Laboratoires et diagnostics ; 6/ Prévention de l'infection et protection de la force de travail ; 7/ Gestion des cas, opérations cliniques et thérapies ; 8/ Soutien opérationnel et logistique, chaîne d'approvisionnement ; 9/ Maintien des systèmes et services de santé essentiels ; 10/ Vaccination.

⁶⁰ La Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (Coalition for Epidemic Preparedness Innovations, CEPI) a été créée en 2017 à l'occasion du Forum économique mondial de Davos. Fondation bénéficiant de financements provenant d'États, d'organisations internationales, d'organisations philanthropique et d'organismes de la société civile, elle a pour objectif le financement de projets de recherche pour mettre au point et assurer un accès juste et équitable à des vaccins contre les épidémies dues à des agents infectieux émergents.

⁶¹ Le GAVI, (Global Alliance for Vaccines and Immunisation) a été lancé en 2000 lors du Sommet du G7 de Davos. Fondation reposant sur un partenariat public-privé ayant le statut d'institution internationale en Suisse, il finance des campagnes de vaccination des enfants dans les pays pauvres conjointement avec les États concernés et contribue au développement de vaccins nouveaux, Voir L. Balmond, cette chronique, PSEI n° 13, 2019, pp. 168-169).

⁶² Le Wellcome Trust est une fondation caritative en médecine, fondée en 1936, dont le siège est en Grande-Bretagne. Sa mission consiste à « encourager et promouvoir la recherche dans le but d'améliorer la santé de l'homme et des animaux ». En termes d'avoirs, c'est la seconde plus riche après la Fondation Bill-et-Melinda-Gates. Si ses revenus provenaient à l'origine de l'industrie pharmaceutique (la société Burroughs Wellcome créée par H. Wecome), le Trust s'est progressivement séparé de l'industrie pharmaceutique depuis 1986 jusqu'à renoncer en 1995 à tout intérêt dans ce domaine.

domaine de la santé. Il a pour objectif de mettre fin à la pandémie en assurant le plus rapidement possible la mise au point, l'allocation équitable et la mise à disposition du plus grand nombre de tests, de traitements et de vaccins pour protéger les systèmes de santé et permettre le rétablissement des sociétés et le relèvement de l'économie à court terme. Ses membres s'engagent à veiller à ce que chacun ait accès à tous les outils nécessaires pour vaincre la COVID-19 et à travailler en partenariat pour y parvenir. Il coordonne l'action menée par les organismes partenaires qui collaborent dans le cadre de quatre axes de travail à partir d'un « argumentaire d'investissement » et en se fixant des objectifs chiffrés

L'axe de travail « produits de diagnostic » est codirigé par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Il vise un accès équitable à des tests simples, précis et abordables avec pour objectif de sauver 9 millions de vies et d'éviter 1,6 milliard d'infections supplémentaires⁶³. Sa réussite dépendra de la rapidité avec laquelle des stratégies de test, de recherche de contact et d'isolement pourront être mises en place, de façon à réduire autant que possible les perturbations des services de santé et à préparer les pays au déploiement efficace des traitements et des vaccins une fois qu'ils seront disponibles.

L'axe de travail « traitements » est dirigé par *Unitaid* et le *Wellcome Trust* (au nom du *COVID-19 Therapeutics Accelerator*). Il vise à accélérer la mise au point et la livraison équitable des traitements à tous les stades de la maladie, en veillant à ce qu'ils soient accessibles à tous, indépendamment de la situation géographique et du niveau de ressources économiques.

L'axe de travail « vaccins » associe le leadership de la CEPI en matière de développement de vaccins et d'investissement dans la fabrication, l'expérience de GAVI pour l'accès et la fourniture et le suivi de la réglementation, des politiques et de la répartition par l'OMS. Son rôle est de veiller à ce que les vaccins soient mis au point le plus rapidement possible, fabriqués dans les quantités voulues sans compromettre leur innocuité et livrés à ceux qui en ont le plus besoin.

Enfin, l'axe de travail « connecteur de systèmes de santé » est dirigé par la Banque mondiale et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, avec le soutien de l'OMS. Il doit soutenir les trois autres piliers en veillant à ce que les systèmes de santé et les réseaux communautaires locaux puissent utiliser tous les outils disponibles, et notamment ceux proposés dans le cadre de l'accélérateur ACT. La lutte contre la Covid-19, mais, plus largement la sécurité sanitaire mondiale sont en effet tributaires de la consolidation des systèmes de santé dans le monde. Cet axe de travail vise donc à renforcer les capacités et les infrastructures (capacités de laboratoire, formation du personnel de laboratoire et de santé, gestion des équipements de protection pour les agents de santé) nécessaires pour déployer efficacement les nouveaux outils lorsqu'ils seront prêts. Il se concentre également sur les innovations apportées aux systèmes pour compléter la mise en service de produits, comme la recherche des contacts, la distanciation sociale et les démarches d'isolement, ainsi que la participation communautaire nécessaire pour les soutenir.

L'Accélérateur ACT s'efforce ainsi de répondre à un double objectif : le premier, commandé par l'urgence, consiste à tenter de stopper la pandémie puis de l'éradiquer ; le second s'efforce de construire une réponse à plus long terme fondée sur le renforcement des systèmes de santé afin de mettre en place des capacités de prévention face à de nouvelles pandémies. Cette seconde dimension est particulièrement ambitieuse parce qu'elle rejoint la difficile construction de la santé universelle et qu'elle exige du temps et des moyens financiers importants. Or, il s'avère que depuis que l'Accélérateur ACT a été lancé, beaucoup de gouvernements et d'entreprises ont manifesté leur soutien en sa faveur et ont pris des engagements financiers mais déficit de financement demeure considérable.

⁶³ Suffisamment financé, il devrait permettre de mettre sur le marché 2 à 3 tests rapides, former 10 000 professionnels de la santé dans 50 pays et mettre en place un dépistage pour 500 millions de personnes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

II.2.2.3.2. Le programme COVAX

Le programme COVAX, l'un des piliers de l'ACT, représente une autre forme de partenariat, encore plus étendue mise en place pour lutter contre la pandémie. Il réunit en effet les gouvernements, les organisations mondiales de santé les scientifiques, le secteur privé, la société civile et la philanthropie mais aussi les fabricants, dans le but d'offrir un accès et une répartition équitable des vaccins dans le monde en les rendant notamment accessibles aux États les plus pauvres. Ce dispositif, selon le modèle des campagnes de vaccination menées contre le virus Ebola, rassemble des donateurs et 190 États bénéficiaires. Il est conçu comme "une bouée de sauvetage pour les pays qui n'auraient pas du tout accès aux vaccins" et "comme une assurance pour ceux qui peuvent négocier des accords bilatéraux avec les laboratoires, mais qui ne sont pas encore assurés de recevoir des vaccins sûrs et efficaces". L'objectif est de parvenir à distribuer au moins deux milliards de doses d'ici la fin de 2021, ce qui devrait suffire à protéger les personnes à haut risque et vulnérables, ainsi que les travailleurs de la santé de première ligne.

GAVI, responsable principal du pilier « vaccin » de l'ACT, pilote deux dispositifs spécifiques. La Facilité COVAX agit comme une plate-forme soutenant la recherche, le développement et la fabrication d'un large éventail de candidats vaccins COVID-19 et négociera leur tarification. Étant la plus grande plateforme d'achat et de distribution de vaccins, elle aura un accès rapide à des doses de vaccins sûrs et efficaces dès qu'ils seront homologués et elle pourra négocier des prix compétitifs auprès des fabricants et ainsi offrir un accès égal à tous les pays participants. À partir d'un cadre d'allocation, elle distribuera ensuite ces doses de manière équitable pour aider à protéger les groupes les plus à risque dans tous les pays participants. L'allocation des doses de vaccin intervient une fois que l'un des vaccins du portefeuille COVAX s'est avéré à la fois sûr et efficace et a reçu l'approbation des autorités réglementaires. Les doses disponibles seront alors attribuées à tous les États participants au même rythme et proportionnellement à la taille de leur population⁶⁴. La répartition devrait porter d'ici la fin de juin 2021 sur 337,2 millions de doses qui seront ainsi distribuées dans 145 pays et territoires, le plus grand nombre étant destinées à l'Inde (97,2 millions), le Pakistan (17, 2 millions) et le Nigeria (16 millions). La logistique vaccinale interviendra alors pour acheminer les doses jusqu'aux lieux de vaccination, avec un pilotage de l'Unicef et de l'OMS pour s'assurer en particulier que l'infrastructure et le soutien technique sont mis place pour pouvoir livrer les vaccins à tous ceux qui en ont besoin.

Les vaccins distribués par Covax sont accessibles à l'ensemble des États, quel que soit leur niveau de développement mais les 192 États impliqués ne jouent pas tous le même rôle. Les États à revenus élevés peuvent passer commande à Covax en échange d'un paiement anticipé qui correspond au montant des doses commandées⁶⁵ ce qui permet d'accélérer la fabrication des vaccins avant même leur approbation par l'OMS et donc leur distribution à grande échelle. Pour 92 États à revenus faibles ou intermédiaires a été mis en place le mécanisme financier de garantie *Advance market commitment* (AMC) qui permet de financer les doses de vaccins des États qui n'ont pas les moyens de négocier avec les laboratoires grâce aux commandes des pays à revenus élevés. Les fabricants sont ainsi incités à investir dans leurs capacités de production, permettant à Covax de s'assurer que suffisamment de doses seront produites pour couvrir les besoins. Toutefois, les doses des 92 pays et territoires éligibles au mécanisme ne sont pas financées par les États aux économies les plus élevées mais par l'aide publique au développement, soit l'ensemble des aides financières prévues au budget des États et transférées aux pays en voie de développement listés par l'OCDE.

Aussi bien l'ACT que le COVAX démontrent la volonté des parties prenantes de la Communauté internationale de mettre en œuvre le principe de solidarité mis en avant par les plus hautes autorités pour vaincre la pandémie et les résultats obtenus sont dès à présent

⁶⁴ 5 % du nombre total de doses disponibles devrait être réservés pour constituer un stock face aux flambées aiguës et pour soutenir les organisations humanitaires, par exemple pour vacciner les réfugiés.

⁶⁵ En février 2021, le Canada était le seul État parmi les pays à revenu élevé à avoir commandé des vaccins en passant par COVAX, P. Verge, *Les Echos*, 19 février 2021.

considérables. Seront-ils en adéquation avec les défis sanitaires que représente cette pandémie ? Il est encore trop tôt pour trancher mais néanmoins possible de s'interroger aussi bien sur l'organisation et le fonctionnement du mécanisme que sur l'équité des résultats auxquels il est actuellement parvenu. Pour l'OMS, la riposte à la pandémie ne pouvait reposer que sur les partenariats les plus larges possibles. L'importance des moyens à mobiliser, les limites en particulier financières et juridiques de ses capacités, la pratique désormais bien établie de ce mode de fonctionnement, font que cette solution s'imposait naturellement. On notera néanmoins que la multiplicité des partenariats, mais surtout du nombre des participants et de la diversité de leurs intérêts (politiques aussi bien qu'économiques et financiers) posent question quant à la coordination des acteurs comme des mécanismes. L'OMS n'est pas parvenue à s'imposer comme le pilote d'une gouvernance sanitaire internationale face à une crise majeure, pas même toujours comme le *primus inter pares*, mais comme un partenaire parmi d'autres et pas nécessairement le plus décisif. Ce sont certains États ou groupes d'États mais, plus encore peut-être, les grands laboratoires fabricants de vaccins qui dans la crise, sont apparus incontournables. On doit dès lors se demander si le système de sécurité internationale peut se passer d'une direction internationale publique suffisamment forte et indépendante pour lui permettre de transcender les multiples intérêts qu'expriment les nécessaires partenariats.

Les constatations que l'on peut faire dès sur les résultats du dispositif COVAX tendraient à confirmer ce jugement⁶⁶. Le dispositif a en effet mis du temps à se concrétiser, du fait qu'il avait misé sur les mauvais vaccins, n'ayant dans son portefeuille de vaccins ni Pfizer, ni Moderna, les deux premiers validés⁶⁷. Par ailleurs, les volumes de commandes ont aussi été sous-estimés et les procédures ont manqué de transparence sur les accords et sur les prix ce qui n'a pas contribué à faciliter la confiance des pays riches. Mais surtout, selon la formule du Directeur général de l'OMS, constatant que les trois quarts des vaccinations mondiales ont été faites dans seulement 10 pays représentant 60 % du PIB mondial, « la vaccination mondiale a débuté à deux vitesses ». L'argument selon lequel la plus grande partie du monde devait être vaccinée pour limiter les risques est passé derrière « les égoïsmes nationaux ou politiques »⁶⁸. En fait, les pays riches ont "sapé" cette action en continuant d'approcher les fabricants pour s'assurer l'accès à des doses de vaccins supplémentaires, réduisant ainsi le nombre de celles allouées à Covax. Ainsi, On pouvait constater fin février 2021 qu'en Afrique, 1,7 % seulement de la population était vaccinée et que la Covax, sur les deux milliards de doses qu'elle devait livrer d'ici décembre 2021, n'en avait livré que 70 millions alors que la situation dramatique de l'Inde était encore de nature à compliquer les approvisionnements. Les États à revenus élevés, qui ont conclu des accords bilatéraux avec les laboratoires, ont parfois compensé le phénomène en décidant unilatéralement de redistribuer à l'étranger en passant par Covax le stock excédentaire de doses dont ils disposaient, voire les doses des vaccins (en pratique Astra Zeneca) qui se trouvaient au moins en partie boycottés. La formule proposée par la France, plus conforme à la solidarité internationale affichée, que les pays riches transfèrent 3 % à 5 % de leurs stocks de vaccins à l'Afrique n'a cependant pas été retenue. La solidarité, pourtant réelle, ne s'est peut-être pas manifestée au niveau souhaité, et aussi bien les institutions internationales et notamment l'OMS l'ont dénoncé. Si l'on a pu assister à un sursaut à la suite du Sommet mondial de Rome de février 2021, cela a aussi relancé le débat sur le caractère de bien public mondial des vaccins et aussi plus généralement de la santé.

II.2.2.3. Essai de bilan provisoire de l'action de l'OMS face à la COVID-19

L'action de l'Organisation Mondiale de la Santé ayant été passablement décriée sur la première phase de la pandémie, il n'est pas inutile de tenter d'en faire dès à présent un bilan.

⁶⁶ N. Ernoult, « Une forme de solidarité, mais tout le monde n'a pas joué le jeu », Presse IRIS, 24 mai 2021.

⁶⁷ Comme l'ont noté la plupart des observateurs, le mécanisme était donc à risque puisque certains vaccins pouvaient ne pas être finalisés ou homologués comme ce fut le cas pour Sanofi.

⁶⁸ N. Ernoult, *op. cit.*

II.2.2.3.1. Les réalisations de l'OMS

L'organisation a-t-elle joué le rôle qui lui était logiquement dévolu de pilote international de la riposte à la pandémie ? Après des atermoiements dans un contexte scientifique encore incertain (hésitation sur le déclenchement de l'USPPI ; contradictions sur l'intérêt du port du masque), elle s'est efforcée d'organiser la riposte à la pandémie autour de trois axes.

Dans le domaine qui lui était imparti par l'ONU, elle a mis en place une stratégie sanitaire à destination des États, mais aussi des organisations internationales et des acteurs privés et l'a réévaluée et réorientée à plusieurs reprises pour tenir compte des progrès de la connaissance et de l'évolution de la pandémie. Les textes-cadres adoptés en février 2020, avril 2020, février 2021 et la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé du 19 mai 2020 ont formalisé cette stratégie. Les principes essentiels qui ont commandé l'action de l'Organisation n'ont pas varié : solidarité financière et juridique, coopération et multilatéralisme ; soutien des personnes les plus vulnérables et des États à faibles revenus ou revenus intermédiaires. Ils se sont concrétisés dans des revendications réitérées comme la reconnaissance des vaccins en tant que bien public mondial ou la nécessité d'alléger voire d'annuler la dette des États les plus pauvres. L'organisation a ensuite recommandé un certain nombre d'instruments et de méthodes (gestes barrières, port du masque, lavage des mains, distanciation, tests, traçage, isolement, confinement, restrictions des déplacements, protection des personnes les plus vulnérables etc.) qui ont été mis en œuvre par les États, chacun en fonction de ses spécificités, avec plus ou moins de rapidité et d'efficacité. Sur la vaccination en particulier, l'OMS a porté des mécanismes destinés à en garantir la plus large diffusion et donc l'efficacité : le dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (Accélérateur ACT) et son mécanisme COVAX.

Sur le plan financier, l'apport de l'OMS a été également significatif dans la mesure où elle est partie prenante de tous les instruments par lesquels le système des Nations Unies a cherché à obtenir des moyens pour répondre à la pandémie. Elle est également à l'origine d'un mécanisme particulier destiné à offrir un nouveau standard de collecte de fonds avec le Fonds de solidarité Covid-19 créé en mars 2020 en partenariat avec la Fondation des Nations Unies et la Fondation Philanthropique Suisse⁶⁹. L'action du Fonds repose sur les principes de solidarité internationale, transparence et responsabilité, dans une approche devant rester flexible et efficace. C'est en effet le seul mécanisme qui permet aux individus et à tous les acteurs du secteur privé d'apporter un soutien financier direct à l'OMS et à ses principaux partenaires. Il se caractérise par sa souplesse et sa rapidité puisque les dons peuvent être effectués via son site Web de n'importe où dans le monde, les versements étant assortis d'avantages fiscaux dans de nombreux États. Le Fonds de solidarité, qui n'est pas doté de la personnalité juridique, est un consortium de partenaires fiduciaires indépendants opérant dans vingt États qui travaillent ensemble pour lever des fonds auprès de donateurs non-traditionnels au profit de la SPRP de l'OMS. Celle-ci en effet ne disposait pas d'un outil permettant de toucher les individus et les organismes philanthropiques de petite taille. Il est dirigé par un Conseil de gestion de projet co-présidé par l'OMS et la Fondation des Nations Unies, son plus important partenaire. Les ressources obtenues sont attribuées par le Comité directeur du Fonds pour des besoins urgents et en conformité avec les objectifs de la SPRP, aussi bien à des partenaires du système des Nations Unies, (Agence des Nations Unies pour les réfugiés, Fonds international d'urgence pour l'enfance, Programme alimentaire mondial) qu'à des organismes extérieurs aux Nations Unies comme le Centre Africain de contrôle et de prévention des maladies de l'Union africaine, CDC Afrique. Simultanément, le Fonds s'est attaché à développer les mécanismes permettant de rendre compte de son action et de la contrôler. Les donateurs peuvent ainsi solliciter des informations de l'OMS sur la destination et l'utilisation des fonds. Un rapport doit être présenté par le Fonds pour l'été 2021 et les bénéficiaires doivent établir un rapport annuel. Enfin, le Fonds a choisi de se soumettre à une évaluation indépendante par l'Office d'évaluation de l'OMS, dont la présentation a eu lieu lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2021. Le 4 juin 2021, il

⁶⁹ <https://covid19responsefond.org>.

avait eu ainsi la capacité de lever, 253 millions de dollars provenant de 680 000 donateurs de 190 États.

Enfin, l'OMS s'est efforcée de mobiliser, proposer, recommander, inciter, alerter⁷⁰ et informer toutes les composantes de la Communauté internationale en recourant à de multiples canaux. Dans cette perspective, le Directeur général a joué un rôle essentiel en prenant la parole dans les grandes enceintes internationales (comme lors du Sommet du G20 du 26 mars 2020, du Sommet du G7 du 12 juin 2021 ou du Forum économique international de Saint Petersburg), rappelant systématiquement les principes (solidarité, équité, coopération multilatérale) devant guider la riposte à la pandémie, et les besoins de l'OMS pour y faire face. Il a de même assuré un compte rendu de l'évolution de la pandémie et des résultats obtenus à l'occasion des allocutions préliminaires présentées lors des points de presse tenus plusieurs fois par semaine. Sous sa direction, l'Organisation a multiplié les instruments, disponibles sur son site web, d'information et de lutte contre la propagation de fausses nouvelles, comme des questions-réponses (par exemple sur les soins à domicile et la COVID-19) ou des orientations (par exemple sur le placement en quarantaine des cas contacts). L'OMS a ainsi assuré une veille constante s'appuyant, pour réunir et diffuser l'information sur ses six bureaux régionaux et les 150 bureaux-pays qu'elle a armés, en étroite collaboration avec les gouvernements pour préparer leurs systèmes de santé aux conséquences de la pandémie Covid-19 et pour réagir efficacement lorsque les cas ont commencé à se multiplier.

Cette présentation, aussi incomplète soit elle, confirme néanmoins que l'OMS a été loin de rester inactive face à la pandémie de la Covid 19. Il est vrai qu'il a pu lui être reproché la lenteur de sa réaction pour déclencher l'USPPI et un certain nombre d'hésitations sur des préconisations comme le port des masques qui ont parfois contribué à la confusion. On notera néanmoins que dans les deux cas, les incertitudes scientifiques ont largement contribué à cet état de fait. On peut s'interroger également sur la multiplication de textes de portée juridique non obligatoire ayant des objectifs connexes (Recommandations du Comité d'urgence sanitaire, Stratégie de l'OMS, résolution de l'Assemblée mondiale de la santé.) Sans que des contradictions soient apparues entre ces textes, ils ont néanmoins contribué à une dilution de la gouvernance sanitaire, préjudiciable à l'action de l'Organisation, d'autant qu'elle a dû compter avec les textes également stratégiques adoptés par l'ONU. Plus généralement cependant, les interrogations et les critiques ont porté sur l'efficacité de son action et sur sa capacité à la mener de manière indépendante⁷¹.

II.2.2.3.2. Les interrogations sur l'efficacité de l'OMS

Il faut rappeler d'abord que selon le mandat de l'OMS, celle-ci doit définir les normes sanitaires et les standards dans le domaine de la santé en se basant sur les faits scientifiques, orienter les programmes de recherches, fournir un support technique aux États membres et assurer le suivi de la situation sanitaire dans le monde, en particulier sur les maladies à déclaration obligatoire (peste, choléra, poliomyélite, fièvre jaune, hépatite etc.). Jusqu'aux années 80 et l'apparition du sida, l'OMS a été efficace sur la gestion des pandémies et elle est parvenue en particulier à éliminer la variole. Au début des années 1980, des maladies infectieuses émergentes comme le SRAS sont apparues et elle a dû, dès lors, tenter d'apporter des réponses opérationnelles aux urgences sanitaires. La recherche de la sécurité sanitaire internationale s'est alors imposée après les attentats de 2001 et la modification du RSI en 2005 a mis l'OMS au centre du dispositif international en renforçant son rôle. Ses États membres ne lui ont cependant pas donné les moyens juridiques et matériels pour assumer cet élargissement de son mandat.

⁷⁰ Voir par exemple en septembre 2020, la déclaration du Directeur des situations d'urgence de l'OMS face à la situation sanitaire en Europe demandant aux dirigeants européens d'arrêter de « poursuivre des chimères » et de « prendre des décisions dures pour protéger les plus vulnérables et maintenir les jeunes à l'école, quitte à accepter des sacrifices inévitables ».

⁷¹ On notera avec A. Flahaut, *op. cit.* que les critiques ont été avant tout le fait des pays les plus riches, ceux qui ont le moins besoin de l'OMS car ils disposent d'une infrastructure et d'agences de santé publique fortes.

Si l'OMS a pu apparaître inefficace, il est communément admis d'abord qu'elle n'avait pas les moyens qu'exigerait son efficacité. Le reproche, fréquent à l'encontre des organisations internationales interétatiques, résulte d'une méconnaissance volontaire ou non, de leur nature et de leurs règles de fonctionnement. Face à la pandémie de COVID-19, l'OMS n'a fait (et même sans doute plus) que ce que les États en établissant son statut, lui ont demandé de faire : jouer le rôle d'agence d'expertise scientifique⁷². Organisation intergouvernementale mais non supranationale, elle est dépourvue de pouvoir réglementaire général s'imposant à ses États membres. Les seules obligations pesant sur eux résultent du Règlement Sanitaire International révisé en 2005 et dont la portée juridique est celle d'un traité international. Aux termes de son article 6, « chaque État partie...notifie à l'OMS dans les 24h suivant l'évaluation de santé publique, tout évènement survenu sur son territoire pouvant constituer une USPPPI ». Par ailleurs, selon l'article 7 « si un État partie dispose d'éléments indiquant la survenue d'un évènement ou inhabituel sur son territoire quelle qu'en soit l'origine ou la source, qui peut constituer une USPPPI, il fournit à l'OMS toutes informations de santé publique pertinentes ». La formulation retenue fait que les États ont donc une obligation d'information, plus largement, une obligation de diligence, cette information devant être rapide et complète. Son non-respect constitue une violation de l'acte international obligatoire qu'est le RSI mais aucun mécanisme de sanction n'est prévu dans ce cas. Par ailleurs, l'OMS peut adopter des actes unilatéraux s'adressant aux États membres mais ils n'ont valeur que de recommandations. Le véritable succès normatif de l'OMS est ainsi le grand nombre d'instruments non-contraignants qu'elle produit⁷³. L'OMS pouvant encadrer et orienter mais non décider ou contraindre, la responsabilité de la mise en œuvre de la riposte à la pandémie repose donc sur les États membres, leur volonté et leurs capacités. Force est de constater que la prise en considération des avis ou des propositions de l'OMS, qu'ils ont souvent ignorées, parfois critiquées, n'a pas été le moteur principal de leur action. Celle-ci a été inspirée par des considérations avant tout nationales rappelant que les questions sanitaires continuent de relever de la souveraineté des États fussent-ils membres de l'Union européenne. Pour autant, cet état de fait n'exonère pas complètement l'Organisation sur le terrain de l'efficacité. On peut se demander en effet si, faute de pouvoir imposer des obligations aux États, elle n'a pas choisi de multiplier des textes programmatoires d'une grande technicité qui ont fini par brouiller son message, d'autant qu'ils ont accompagné des textes de nature proche venant de l'ONU. Cela est sans doute du également à la nécessité pour l'organisation de présenter des textes suffisamment consensuels pour ménager ses nombreux et influents partenaires et soutiens. L'efficacité d'une institution suppose en effet un certain degré d'indépendance ce qui, s'agissant de l'OMS, suscite de nombreuses interrogations.

II.2.2.3.3. Les interrogations sur l'indépendance de l'OMS

Déterminer si l'OMS a été efficace dans le traitement de la pandémie s'avère finalement, eu égard à l'action qu'elle a accomplie, une question factuelle : il est toujours possible d'apporter des améliorations à l'efficacité de l'action publique. Celle de l'indépendance est une question politique : l'Organisation exerce-t-elle ses compétences en exprimant la seule volonté de la collectivité de ses membres où est-elle dépendante de l'influence de certains États, des conditions de son financement ou de l'intervention des lobbies.

II.2.2.3.3.1. L'indépendance de l'OMS à l'égard des États

Les critiques les plus virulentes à l'encontre de l'OMS sont venues du président des États-Unis qui parvenait au terme de son mandat. Après s'être félicité dans un premier temps de la réaction des autorités de Pékin au début de la pandémie, le président Trump s'est insurgé contre l'inaction et l'absence de transparence de la Chine, accusée d'avoir fabriqué ou laisser échapper

⁷² F. Kastler, « L'Organisation Mondiale de la Santé dans la crise du COVID-19 : pouvait-elle agir autrement ? » *Annuaire RAMSES*, 2021, p. 47.

⁷³ G.-L. Burci, *Le système normatif de l'OMS in Santé et droit international*, Paris Pedone, 2019, p. 105.

le « virus chinois » avec, de fait, la complicité de l'OMS et de son Directeur général, tous deux inféodés à Pékin et de ce fait peu soucieux de réclamer des explications circonstanciées sur l'origine du virus. Le Directeur général de l'OMS a été particulièrement mis en cause pour ses relations réelles ou supposées avec Pékin, à travers les conditions de son élection et la présence et les investissements de la Chine, notamment dans le domaine de la santé, dans son État d'origine, l'Éthiopie⁷⁴. Et, il est vrai que depuis le début de la crise, à la fin de décembre, le patron de l'OMS n'a pas tari d'éloges. Saluant à la fois la « rapidité » et l'« efficacité » des mesures prises pour enrayer la propagation du virus, il a félicité le président chinois pour son « bon leadership », estimé que le monde entier devrait « remercier » la Chine pour ses mesures de mise en quarantaine qui évitent que la maladie ne sorte du pays et contesté l'idée que Pékin minimise le nombre de victimes.

L'OMS se retrouvait, en réalité, en pleine campagne présidentielle à Washington, à l'intersection de deux axes majeurs de la politique étrangère américaine : la volonté de contenir, sur tous les terrains, l'émergence de la puissance chinoise ; l'hostilité au multilatéralisme en général et aux organisations du système des Nations Unies en particulier. La conséquence logique de cette trajectoire diplomatique reposant sur l'affirmation de la dépendance de l'OMS par rapport à la Chine a été le retrait des États-Unis de l'Organisation.

Les positions adoptées par le président Biden après son élection ont toutefois éclairé sur ce point le débat sur l'attitude de l'OMS. Comme il l'avait annoncé, les États Unis ont rapidement repris leur place au sein de l'OMS et plus largement affiché leur volonté de renouer avec le multilatéralisme. Pour autant, le changement politique survenu à Washington n'a pas fondamentalement remis en cause la volonté américaine de freiner ce qui est jugé comme l'expansionnisme de la Chine, et notamment le développement de son influence dans le système des Nations unies. La nouvelle administration américaine a donc dissocié, d'une part, le cas de l'OMS à laquelle il peut certes être reproché un certain nombre d'erreurs dans la gestion de la crise, mais les États et parmi eux les États-Unis en ont commis beaucoup, et d'autre part, le cas de la Chine, qui par son manque de transparence, n'a pas respecté ses obligations internationales mais surtout, en entravant la clarification de l'origine du virus, a fragilisé la santé publique internationale face à d'autres éventuelles pandémies. Le président des États Unis a donc pris une position ferme sur ce dossier, mettant clairement en cause Pékin et décidant de faire clarifier par ses services les conditions de la naissance du virus pour pouvoir alors, éventuellement demander des comptes à la Chine. Cette attitude a été partagée sans difficulté par plusieurs États occidentaux puisque l'OMS n'était plus en cause, mais aussi, plus curieusement, par l'OMS elle-même qui sur la question a pris position contre la Chine. Son Directeur général, a réclamé en effet lui aussi une inspection internationale impartiale, jugeant que l'expertise qu'il avait lui-même diligentée n'avait pas eu un résultat probant. Si l'on ne peut préjuger de la motivation d'une telle prise de position, on ne peut manquer de noter qu'elle s'inscrit dans une juste appréciation de l'évolution des rapports de force au sein de l'OMS et en particulier dans leur dimension financière.

II.2.2.3.3.2. La dépendance financière de l'OMS

Il faut ici rappeler que l'OMS est une institution spécialisée des Nations Unies aux moyens financiers ridiculement bas, eu égard à ses missions, puisque « son budget équivaut à celui d'un gros hôpital universitaire de province »⁷⁵. Ses moyens financiers généraux proviennent des États parmi lesquels la contribution des États-Unis, rétablie par le président Biden, est la plus importante. Ce pouvoir financier s'accompagne naturellement d'une influence particulière sur l'action de l'organisation. L'inaction puis le retrait des États-Unis ont laissé à l'OMS comme dans d'autres institutions internationales, le champ libre aux autres États, singulièrement à la Chine qui a la volonté et les moyens matériels d'acquérir une place dominante dans les institutions

⁷⁴ O. Marbot, 23 mars 2020, Le patron de l'OMS, Tedros Ghebreyesus, à l'épreuve du coronavirus ; Coronavirus : l'OMS de Tedros Ghebreyesus sous le feu des critiques, 15 juin 2020.

⁷⁵ Selon la formule d'E. Flahaut, 16 mai 2020.

internationales. On peut donc penser aussi que le nouveau positionnement du Directeur général s'explique par une juste perception du changement intervenu dans l'environnement international : le retour des États-Unis avec les moyens dont ils disposent dans le champ multilatéral où intervient l'OMS. Considérant que l'influence politique des États sur le fonctionnement de l'OMS est consubstantielle de son statut d'organisation intergouvernementale, il doit être attendu tout au plus du Directeur général qu'il utilise les leviers politiques et juridiques qu'il peut mettre en œuvre pour faire en sorte de sauvegarder l'indépendance de l'Organisation et éviter qu'elle devienne l'otage d'un seul État ou d'un groupe d'États.

L'indépendance de l'OMS à l'égard de ses États membres a donc une dimension financière mais son indépendance financière est une question beaucoup plus vaste, touchant également aux financements privés qui occupent une place considérable dans le budget de l'Organisation. L'OMS tire en effet son financement de deux sources principales : d'une part, les contributions des États membres mises en recouvrement ceux-ci payant, du fait de leur qualité de membres, des quotes-parts, sur un pourcentage du produit intérieur brut calculé en fonction de la richesse et de la population du pays ; d'autre part les contributions volontaires des États Membres et d'autres partenaires. Les contributions mises en recouvrement sont essentielles pour l'Organisation car elles assurent à la fois un degré de prévisibilité des ressources et un niveau de financement public multilatéral. Toutefois elles diminuent régulièrement en pourcentage du budget et représentent depuis plusieurs années moins du quart du financement de l'Organisation. Les contributions volontaires proviennent pour partie des États membres en plus de leur quote-part, et pour le reste, d'autres organismes des Nations Unies, d'organisations intergouvernementales, de fondations philanthropiques et du secteur privé. Elles représentent plus des trois quarts du financement de l'Organisation et sont plus ou moins « flexibles », dans la mesure de la liberté dont dispose l'OMS pour utiliser les fonds. Les contributions volontaires de base sont inconditionnelles : l'OMS dispose d'une totale liberté de leur usage. Elles représentent 3,9 des contributions volontaires. Par contre, les contributions volontaires spécifiées qui représentent 90,1 % de l'ensemble des contributions volontaires sont affectées à des domaines de programmation et/ou à des lieux géographiques particuliers et doivent respecter un calendrier de dépenses. Il faut enfin ajouter les fonds d'engagement thématique et stratégique (partiellement flexibles) visent à répondre aux exigences des contributeurs en matière de rapports et de responsabilisation tout en offrant un certain degré de flexibilité dans leur allocation. Ils représentent 6 % de l'ensemble des contributions volontaires. Les principaux contributeurs « bailleurs de fonds thématiques » sont l'Allemagne, la Commission européenne et le Japon. Il est évident que la « flexibilité » qui permet à l'Organisation d'ajuster les financements aux choix de santé publique opérés par ses membres et d'intervenir dans des secteurs délaissés par les bailleurs de fonds est un élément important de son indépendance. La flexibilité a par exemple permis à l'OMS d'améliorer les systèmes de santé des pays en intégrant des services centrés sur la personne afin de permettre aux États de se rapprocher de la couverture sanitaire universelle (CSU).

Quelles conclusions peuvent être tirées de ces chiffres ? Les États-Unis sont les premiers contributeurs aussi bien pour les contributions fixées pour le budget-programme 2020-2021 (22 %) que pour les contributions volontaires. Si la Chine est au deuxième rang (12 %), elle n'est pas un gros contributeur et reste loin des États occidentaux, les cinq premiers, États-Unis, Japon, Allemagne, Royaume-Uni et France totalisant 45,7 % des contributions. Ces chiffres tendraient à confirmer d'une part l'importance considérable de la présence des États-Unis au sein de l'OMS, d'autre part, le poids limité de la Chine du point de vue financier. Ses vecteurs d'influence sont donc à chercher ailleurs, notamment dans une présence sans doute plus active que celle des Occidentaux dans le fonctionnement de l'Organisation. Plus important, les chiffres révèlent surtout ce que D. Kerouedan dénonce comme « la privatisation des politiques publiques nationales et internationales »⁷⁶ qui apparaît nettement lorsqu'on envisage le financement global

⁷⁶ D. Kerouedan, « La pandémie du COVID-19 : enjeux et solutions », Annuaire RAMSES, 2021, p. 44.

de l'OMS, incluant les contributions volontaires. Dans ce cas, la part du secteur privé est considérable mais c'est la Fondation Bill et Melinda Gates qui attire particulièrement l'attention puisqu'elle est le second contributeur net après les États-Unis (229 millions de dollars contre 281 millions de dollars). Elle aurait d'ailleurs été le premier si les États-Unis s'étaient retirés de l'Organisation comme l'avait décidé le Président Trump et son influence est même plus large puisqu'elle contribue à l'Alliance internationale du vaccin (GAVI) ainsi qu'à la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies. Avec ces deux entités, la Fondation Gates s'est imposée comme pilote de fait du programme de soutien à la vaccination COVAX, pourtant nominalement placé sous l'égide de l'OMS. Cela a naturellement suscité des interrogations et des critiques⁷⁷.

II.2.2.3.3.3. L'indépendance de l'OMS confrontée à l'influence des groupes privés

À vrai dire, le phénomène n'est pas nouveau et résulte des partenariats publics-privés mondiaux développés par une OMS en manque de moyens, mais grâce auxquels, « le secteur privé partenaire, qu'il soit industriel et commercial, philanthropique ou pharmaceutique s'est progressivement emparé du pouvoir d'influence sur les politiques publiques internationales⁷⁸. Actuellement, environ 80 groupes non étatiques sont ainsi impliqués. Si le rôle de la philanthropie en faveur de la santé publique internationale ne peut être nié et encore moins condamné, il apparaît néanmoins que « la plupart des financements accordés à l'OMS par cette fondation [Gates] sont en lien avec son agenda »⁷⁹. Dès lors, l'Organisation ne dispose plus d'une indépendance telle qu'elle puisse fixer en toute autonomie ses priorités de santé globale. Celles-ci sont contestées, comme par exemple le renforcement des systèmes de santé des États en développement, au profit de « choix de conviction » de la part du président de la Fondation. La santé digitale et l'élimination de la poliomyélite, qui sont des priorités pour la Gates, sont ainsi devenues celles de l'OMS depuis les années 2005-2010. Il en résulte parfois des double-emplois, un soutien massif à l'éradication de certaines maladies comme la poliomyélite au détriment d'autres plus répandues comme la rougeole, et de manière générale une préférence donnée à la vaccination plutôt qu'aux médecines naturelles, ce qui permet d'afficher plus rapidement des résultats chiffrés mobilisateurs. Néanmoins, si les doutes sur les priorités défendues par Bill Gates sont réels, peu de critiques en résultent au sein de l'Organisation (Bill Chill), qui n'a pas la possibilité, en l'état, de se passer de ces financements.

Pour certains observateurs⁸⁰, la stratégie de la Fondation Gates obéit avant tout à un modèle économique suivant lequel le secteur privé pourrait être plus efficace que le secteur public dans le domaine de la santé, un modèle favorable au monde des affaires et reposant sur le développement de relations privilégiées avec le secteur privé de la santé notamment, les industries pharmaceutiques⁸¹. Pour la Fondation, le conflit d'intérêts entre santé publique et bénéfiques qu'en retire le privé n'existe pas. De même, Bill Gates défend les brevets face à la levée des droits de propriété pour les vaccins contre la Covid, liant ainsi l'intérêt des organisations philanthropiques et celui des industriels du médicament. En fait, le secteur pharmaceutique parvient à être un puissant acteur d'influence sur l'OMS⁸² par deux voies différentes. Il participe directement au financement de l'Organisation par l'intermédiaire de contributions volontaires ciblées. En 2019, sept des dix plus grands groupes pharmaceutiques mondiaux. (Johnson et Johnson, Roche, Novartis, Merck, Glaxo-Smithkline, Bristol-Myers-Squibb, Sanofi) ont ainsi contribué à 0,3 % du total des contributions volontaires. Mais ce montant finalement modique, ne vient que conforter l'influence réelle des groupes pharmaceutiques : celle-ci provient du fait qu'ils sont les partenaires indispensables et les bénéficiaires de la stratégie conduite par le

⁷⁷ Bill Gates a-t-il trop d'influence sur l'OMS ? (11 mai 2021 Julia Crawford) voire « Est-il vrai que Bill Gates est « propriétaire d'une partie » de l'OMS ? », *Le Monde* 24 juin 2020.

⁷⁸ D. Kerouedan, *op. cit.*, p. 44.

⁷⁹ L. Gostin, Bil Gates a-t-il trop d'influence sur l'OMS ?, <https://www.swissinfo.ch/fre/politique> 11 mai 2021.

⁸⁰ L. Mac Goey, *No Such Thing as a Free Gift: The Gates Foundation and the Price of Philanthropy*, 2015.

⁸¹ Dans le même sens, L. Astruc, *L'Art de la fausse générosité. La Fondation Bill & Melinda Gates*, Actes Sud, 2019.

⁸² L'OMS, une histoire entre combat contre les maladies et luttes d'influence, *The Conversation*, 30 mars 2020.

principal bailleur de fonds privé de l'OMS, la Fondation Gates, laquelle, s'appuyant sur ses contributions volontaires, soutient financièrement le recours aux traitements et surtout aux vaccins. Depuis les années 1990-2000 en particulier, l'OMS subit ainsi l'influence des grandes firmes pharmaceutiques, qui développent une activité de lobbying intense⁸³ pour promouvoir, par le biais d'« experts » de l'OMS liés aux laboratoires privés, les causes et les médicaments susceptibles de procurer les bénéfices les plus importants au détriment d'autres causes qui touchent massivement les pays pauvres (maladies tropicales, mortalité maternelle etc.) mais sont moins génératrices de profit⁸⁴.

Faute d'avoir pu ou su résister à cette pression, l'OMS a fait l'objet de critiques particulièrement vives sur sa gestion de la pandémie de grippe H1N1 en 2009-2010, apparue trop favorable aux fabricants de vaccins dont les bénéfices ont été estimés entre 7 et 10 milliards et, de manière générale, pour son ignorance des conflits d'intérêts pouvant survenir entre les experts mandatés par l'Organisation et les industries pharmaceutiques. Finalement, il ressort surtout que l'influence des lobbies sur l'OMS relève des habituels problèmes de conflits d'intérêts, très courants dans le monde de la santé mondiale⁸⁵. Ainsi, une étude menée conjointement par le *British Medical Journal* et le *Bureau of Investigative Journalism* de Londres a révélé, en 2010, que certains des experts ayant participé à la rédaction des lignes directrices de l'OMS en réponse à une pandémie grippale avaient reçu des rémunérations des laboratoires Roche et GlaxoSmithKline, qui fabriquent des antiviraux et des vaccins contre les virus grippaux.⁸⁶ De même, la même année, la Fédération internationale des fabricants de médicaments a pu prendre connaissance d'un projet de rapport confidentiel d'un groupe d'experts chargé par l'OMS de proposer des financements innovants pour stimuler la recherche sur les maladies négligées et faire baisser le prix des médicaments.⁸⁷ Le rapport produit par le groupe d'experts était toutefois amputé de la plupart des propositions défavorables à l'industrie pharmaceutique.

La découverte des faits a néanmoins entraîné une réaction et l'adoption de mesures de transparence, avec notamment la publication des déclarations de conflits d'intérêts. La transparence est dorénavant de mise à l'OMS, les États membres étant de plus en plus vigilants, tout comme la société civile, quant à l'utilisation de ses fonds. Il n'est pas certain néanmoins que ces pratiques, perçues parfois comme correspondant à une norme non écrite et omniprésentes également au plan national, aient disparu avec la pandémie de la COVID-19⁸⁸. Seuls des travaux d'investigation conduits par des institutions parlementaires ou des ONG pourront en faire le bilan et pousser les autorités publiques à en tirer les conséquences et ils sont indispensables. Il en va de la crédibilité de l'action de l'OMS pour une sécurité sanitaire internationale⁸⁹, qui doit lui permettre « d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible », un état de santé définit comme « un état de complet bien-être physique mental et social », Il en va également de l'efficacité de son action, de telles pratiques poussant les populations à douter des objectifs réellement sanitaires poursuivis par les industries médicales et surtout pharmaceutiques et pour cette raison à se méfier voire à se détourner de leurs produits.

⁸³ Voir pour quelques manifestations particulièrement significatives de cette action, P. Benkimoun, *L'Organisation mondiale de la santé et les lobbies*, Presses de Sciences Po, « Les Tribunes de la santé », 2013/2 n° 39, pp. 49-55.

⁸⁴ Contrairement à ce que certains espéraient notamment en Afrique, l'arrivée en 2017 à la direction de l'OMS d'un citoyen éthiopien n'a pas contribué à développer l'intérêt de l'organisation aux plantes médicinales et aux médecines naturelles.

⁸⁵ M. Roy, *L'OMS face à la COVID-19*, ThucyBlog n° 84, 30 novembre 2020.

⁸⁶ *Le Temps*, 8 juin 2010, La rédaction des lignes directrices : nouvelles accusations contre l'OMS, www.letemps.ch/science/h1n1.nouvelles.accusations.contre.loms.

⁸⁷ Le rapport s'inspirait de la création par Unitaïd d'une « communauté de brevets » assurant une gestion collective des droits de propriété intellectuelle.

⁸⁸ Puisque les déclarations d'intérêts remplies par les experts ne devaient pas être rendues publiques car contenant des informations d'ordre privé.

⁸⁹ Qui doit lui permettre Constitution de l'OMS, article 1.

II.2.3. Les organisations régionales

Face à une pandémie, le régionalisme semble devoir jouer un rôle particulier face à une menace laquelle, comme cela a été répété, ignore les frontières. Les organisations régionales, lorsqu'elles existent et ont de réels pouvoirs, peuvent en effet apparaître comme un centre de décision et d'action pertinent⁹⁰. Les approches ont été néanmoins contrastées comme le prouvent les exemples de l'Union africaine, de l'Union européenne et de l'OTAN

II.2.3.1. L'Union africaine

Si les États africains ont réagi rapidement au déclenchement de la pandémie, l'Union africaine a pu s'emparer elle aussi très tôt de la question, forte de l'expérience de l'épidémie d'Ebola en 2014-2016. Celle-ci est en effet à l'origine de la création du Centre africain de prévention et de lutte contre les maladies (CDC Afrique) entré en fonction le 31 mars 2017⁹¹. Selon les principes de l'architecture institutionnelle de l'UA, il s'appuie sur des structures régionales, les Comités régionaux de collaboration (CRC), que les Communautés économiques régionales doivent mettre en place⁹² dans le cadre plus général d'un mécanisme de subsidiarité avec les États membres mais également l'OMS. Dirigé par un Conseil d'administration de 15 membres comprenant en majorité des ministres de la santé mais aussi des représentants de la Commission de l'UA, du secteur privé et de la société civile, il est assisté d'un Conseil consultatif et dispose d'un secrétariat situé à Addis-Abéba. Selon ses statuts, le CDC-Afrique est chargé de manière générale d'une mission d'assistance aux États membres de l'UA dans la mise en œuvre du Règlement sanitaire international. Rapidement opérationnel, le système CDC-Afrique/CRC est ainsi intervenu contre les épidémies (Ebola, paludisme, choléra, peste) touchant les États africains, mais aussi en créant des mécanismes nécessaires à l'élaboration d'un système de sécurité sanitaire continental et en développant des partenariats internationaux⁹³. Contre la Covid-19, si l'Afrique a pu réagir vite et beaucoup de pays ont pris des mesures vraiment tôt [c'est] parce que le CDC a joué son rôle⁹⁴. Dès le 27 janvier 2020, il activait son centre d'opérations d'urgence et commençait à donner des informations sur l'état de la pandémie dans le monde alors que les premiers cas n'étaient pas encore déclarés en Afrique. Enfin, le 20 mars, le CDC publiait la Stratégie continentale africaine conjointe face au COVID-19 qui mettait en évidence « la vulnérabilité africaine en raison de la relative fragilité de ses systèmes de santé, d'épidémies concurrentes, d'infrastructures d'eau et d'assainissement inadéquates et des risques d'agitation sociale et politique ». Deux objectifs sont donc assignés à la Stratégie : d'une part, prévenir dans les États membres les cas graves et les décès dus à l'infection, d'autre part limiter les troubles sociaux et les conséquences économiques pouvant résulter de la pandémie. Cela suppose pour les atteindre de coordonner les efforts de tous les acteurs pour favoriser les synergies et éviter les duplications et de promouvoir des pratiques de santé publique scientifiquement fondées sur la surveillance, la prévention, les diagnostics, les traitements et le contrôle de la pandémie⁹⁵. Sur le plan opérationnel enfin, l'application de la Stratégie repose sur deux institutions : la *Task Force* africaine pour le Coronavirus et l'*Incident Management System* du CDC-Afrique qui ont permis au CDC de conduire des actions comme par exemple la distribution de tests de dépistage mais il s'est rapidement trouvé face à des difficultés financières. C'est pour y remédier que l'UA a créé un Fonds de solidarité continental contre le Covid, initialement doté de 11 millions de

⁹⁰ Sur le régionalisme sanitaire, voir M.-C. Runavot, L'institutionnalisation d'un régionalisme sanitaire in Santé et droit international, Paris Pedone, 2019, pp. 383 et s.

⁹¹ Elaboré avec la coopération de l'OMS et des centres comparables des États-Unis, d'Europe et de Chine, sa création a été approuvée par la Conférence des chefs d'États et de gouvernement de l'UA le 31 janvier 2016.

⁹² Cinq CRC ont ainsi été établis pour l'Afrique australe, l'Afrique centrale, l'Afrique de l'est, l'Afrique du nord et l'Afrique de l'ouest.

⁹³ M.-C. Runavot, op. cit., pp. 427-428.

⁹⁴ S. Cessou, Coronavirus : la réponse des institutions africaines, 18 mai 2020.

⁹⁵ Ces objectifs sont précisés pour l'ensemble des acteurs : Union africaine, partenaires multilatéraux dont l'OMS, communautés économiques régionales, États membres, secteur privé, donateurs.

dollars mais que les États membres, la Banque africaine de développement voire des fondations privées ont progressivement abondé. Ces contributions demeurent toutefois insuffisantes et laissent entières les questions du financement de la vaccination et de la relance. Dès le 13 avril 2020, l'UA avait désigné quatre envoyés spéciaux de haut niveau pour défendre les intérêts du continent face à la Covid-19 et chargés de « solliciter un soutien rapide et concret comme promis par le G20 l'Union européenne et d'autres institutions financières internationales »⁹⁶. Une fois encore, il apparaît que la maîtrise de la crise sanitaire exigeait à la fois une réponse rapide mais également une action sur le moyen terme que seules des capacités financières et techniques permettaient d'assurer. Sur ce second point, l'Union africaine est confrontée à la situation globale de sous-développement du continent, même si les capacités des différentes CER sont très variables⁹⁷, et doit donc s'en remettre à l'aide internationale pour pouvoir espérer disposer des moyens d'une sortie de crise.

II.2.3.2. L'Union européenne

Le handicap que constitue pour l'Union africaine la situation économique du continent ne se retrouve pas naturellement pour l'Union européenne. Devant les difficultés rencontrées par celle-ci lors du déclenchement de la pandémie, on a pu dire que « la coordination de la réponse économique et financière européenne a heureusement été plus efficace que la gestion sanitaire »⁹⁸. Ces deux phases font que « le bilan de l'Union européenne a été, comme très souvent, mitigé »⁹⁹ mais il est peut-être trompeur de les opposer radicalement.

II.2.3.2.1. La gestion de la pandémie de la Covid-19 par l'Union européenne

La gestion sanitaire de l'Union européenne a été souvent critiquée voire jugée désastreuse mais elle n'a pas été totalement inefficace. Il faut d'abord rappeler qu'en vertu des traités, la santé n'est pas une compétence communautaire mais relève des États membres qui ont conservé une souveraineté sanitaire. L'Union ne peut donc que compléter leur action, comme le prévoit l'article 168 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne : elle « encourage la coopération » et « complète les politiques nationales sans s'y substituer ». Néanmoins, il s'avère que, dans un premier temps, elle a eu beaucoup de difficultés à assumer ce pouvoir de coordination, pourtant limité. Sur le plan institutionnel, Elle a certes actionné dès le 9 janvier 2020 le Centre européen de contrôle des maladies (CDC) qui a fourni une évaluation de la situation. Puis, le 28 janvier 2020, la présidence croate a décidé d'activer le dispositif intégré de l'UE pour une réaction au niveau politique dans les situations de crise (IPCR) en mode "partage de l'information" pour faire face à l'épidémie. L'IPCR, dispositif qui permet d'assurer une coordination au plus haut niveau politique en cas de crises trans-sectorielles, a été passé en mode "activation totale" le 2 mars 2020. Cela a permis la tenue de tables rondes de crise avec la participation des États membres touchés, de la Commission européenne, du Service européen pour l'action extérieure, du cabinet du président du Conseil européen et des agences et experts compétents de l'UE.

Mais pour autant, il n'en a pas résulté une coordination des politiques nationales : les États membres, en effet faute d'anticipation, ont choisi de réagir par des mesures unilatérales, selon le rythme suivant lequel ils étaient touchés. L'Union européenne n'a eu alors d'autres ressources que de « courir après ses États membres » et de constater les mesures très hétérogènes qui

⁹⁶ Le président en exercice de l'UA, C. Ramaphosa (Afrique du Sud) a de son côté souhaité « un plan de relance complet pour l'Afrique, y compris un moratoire sur la dette et les paiements d'intérêts ».

⁹⁷ En ce qui concerne, la pauvreté des populations, l'état du système de santé, la gouvernance politique et l'existence ou non de conflits armés. L'Afrique de l'Ouest, qui dispose d'une organisation spécifique, l'Organisation ouest-africaine de la santé (OOAS) et du soutien des Banques centrales de l'Afrique de l'ouest, apparaît comme la région la plus dynamique.

⁹⁸ E-A. Martin, L'Union européenne dans la crise du coronavirus : entre impuissance et nécessité, Annuaire RAMSES, 2021, p. 92.

⁹⁹ P. Boniface, *Géopolitique du Covid-19 : ce que nous révèle la crise du Coronavirus*, Paris, Ed.Eyrolles, 2020, p. 131.

étaient mises en œuvre, ce « chacun pour soi » portant finalement atteinte au principe de solidarité, pilier de la construction européenne. Ainsi, l'Italie se verra-t-elle refuser l'activation du Mécanisme européen de protection civile pour se procurer les équipements individuels dont ses hôpitaux commençaient à manquer. Par ailleurs, cet approvisionnement déclenchera une « ruée générale » entraînant une « augmentation considérable des prix, des pratiques prédatrices de surenchère, voire des détournements de cargaison »¹⁰⁰. L'Union européenne n'est donc pas parvenue à construire une coordination librement consentie qui pourtant aurait dû s'imposer, ce qui met naturellement en question sa gouvernance. Le plus souvent, il y a été répondu en affichant la nécessité d'une politique commune de la santé. L'expérience de la crise de la COVID-19 enseigne néanmoins qu'une telle construction exigerait un consensus entre les États membres sur la capacité, voire même la légitimité de l'Union à conduire une telle politique qui ne semble pas exister en l'état.

Pour autant, dans ce contexte, l'Union européenne est loin d'être restée inactive. Le Conseil européen du 26 mars 2020 marquait l'accord des États membres sur cinq axes d'intervention à court et moyen terme permettant en particulier de conduire avec succès des actions opérationnelles ciblées. L'indispensable coordination des mesures nationales pour limiter la propagation du virus était actée ainsi que l'exigence d'un meilleur contrôle aux frontières extérieures de l'Union. Le renforcement de l'assistance consulaire a par ailleurs, permis de rapatrier environ 650 000 ressortissants européens souhaitant regagner l'Europe en contribuant au financement des vols de rapatriement organisés par les États membres. De même, le Conseil européen a permis la mise à disposition des matériels médicaux en décidant la levée de toutes les restrictions internes à leur exportation afin de permettre une meilleure allocation là où ils étaient nécessaires et dans le même sens, la Commission a aménagé les règles du marché intérieur en temps de crise, permettant à celui-ci de fonctionner grâce à des « couloirs verts » pour les médicaments et la nourriture et initié des coopérations pour l'achat de matériel médical (masques, blouses, respirateurs, et vaccins). Enfin, à moyen terme, le Conseil européen a fixé les objectifs de mobilisation de la recherche notamment pour la fabrication d'un vaccin et le traitement des conséquences économiques.

L'adoption par la Commission et les États membres d'une approche commune suivant laquelle la mise au point et la distribution de vaccins sûrs et efficaces contre la COVID-19 représentent une solution durable à la pandémie, donnera toute son importance à la Stratégie européenne en matière de vaccin adoptée le 17 juin 2020. Elle reposait sur le constat qu'un large éventail de vaccins reposant sur différentes approches technologiques permettait de maximiser les chances de mettre au point et de déployer des vaccins sûrs et efficaces. La stratégie européenne devait donc contribuer à accélérer la mise au point, la fabrication et le déploiement de vaccins et permettre de garantir leur qualité, innocuité et efficacité ainsi que leur accès équitable et à un prix abordable pour les États membres et leur population. La stratégie insiste également sur les aspects logistiques incombant aux États membres et la nécessaire définition de groupes prioritaires pour accéder aux vaccins. Pour atteindre ces objectifs, il fallait pouvoir, d'une part, garantir la production d'une quantité suffisante de vaccins dans l'UE au moyen de contrats d'achat anticipés avec des producteurs, d'autre part, adapter la réglementation afin d'accélérer la mise au point, l'autorisation et la mise à disposition de vaccins, dans le respect des normes de qualité applicables.

La cohérence de la stratégie de vaccination de l'UE consistant à communautariser l'achat des vaccins et à encadrer les conditions de leur administration a été toutefois entravée par l'absence d'une politique sanitaire commune : la coordination a été imparfaite notamment sur la question particulièrement sensible de l'acquisition des vaccins et les conditions de passation des contrats par la Commission ont contribué à polluer le processus¹⁰¹. Particulièrement opaques, elles ont fait l'objet de critiques virulentes de la part des associations, des parlementaires européens, des

¹⁰⁰ E.-A. Martin, *op. cit.*, p. 91.

¹⁰¹ Voir L. Barnéoud, « Vaccins contre la COVID-19 : dans les coulisses des contrats entre l'UE et les groupes pharmaceutiques », *Le Monde*, 3 février 2021.

journalistes voire même du Médiateur européen, au point que l'association *Corporate Europe Observatory* (CEO), spécialisée dans la surveillance des lobbys européens a porté plainte auprès de celui-ci, qui a ouvert une enquête, le 22 janvier, pour « manquement à l'obligation de traiter correctement les demandes d'accès public aux documents »¹⁰². L'accusation la plus grave a été sans doute que « la maturité scientifique des vaccins n'a pas été le facteur décisif dans la stratégie de préachats européens, et que d'autres critères, notamment économiques, ont pu primer », à tel point que « si l'on s'en tient à la chronologie des avancées cliniques, une conclusion s'impose : les vaccins dont les preuves scientifiques sont les plus rapidement convaincantes obtiennent leur contrat de pré-achat en dernier ». Ont également été formulées des critiques sur la durée excessive des négociations dans une situation de compétition exacerbée notamment avec les États-Unis et le Royaume Uni, ou ont été avancées des accusations de favoritisme au profit de certains États ou de solution « paneuropéennes » et enfin de conflits d'intérêts touchant les experts chargés d'éclairer la Commission sur chaque candidat vaccin, et de proposer des essais cliniques à mener. L'opacité des procédures a également touché les questions sensibles du prix des vaccins et de la responsabilité des producteurs à la fois quant à la qualité des produits et aux conditions de leur livraison. Sur ce terrain, la Commission a semblé désarmée¹⁰³ face au comportement des fabricants sur les délais, les quantités et même la qualité des vaccins. Le cas du vaccin Astra Zeneca sera emblématique : les doutes sur ses effets secondaires conduiront à le suspendre puis à limiter sa prescription à certaines catégories de personnes jusqu'à ce que le Danemark l'écarte complètement. La généralisation de la méfiance fera que ce vaccin sera de plus en plus souvent refusé, laissant ainsi d'importants stocks inutilisés. Après la crise des masques au début de la pandémie, les conditions de la gestion de l'acquisition des vaccins ont eu assurément pour l'UE un coût politique, même si les États membres ont largement contribué au déficit de confiance dont ont été victimes les pouvoirs publics¹⁰⁴.

II.2.3.2.2. La gestion par l'Union européenne des conséquences économiques et sociales de la pandémie de la Covid-19

L'Union européenne a été toutefois beaucoup plus efficace dans le traitement des conséquences économiques et sociales de la crise, se trouvant il est vrai sur un terrain qui lui est plus familier, même si un certain nombre d'hésitations ont pu être notées et même si la solidarité ne s'est pas naturellement imposée. Face à une crise économique beaucoup plus grave que celle de 2008 sur les *subprimes*, puis pour assurer ensuite la relance de l'économie, la réponse s'est opérée sur le terrain monétaire comme sur le terrain budgétaire¹⁰⁵. La Banque centrale européenne a mis en place, en mars 2020, un programme de rachat de dettes à hauteur de 750 milliards d'euros, prolongé en juin 2020 par un programme de rachat de 660 milliards d'euros. À cette réponse monétaire s'est ajoutée une première aide de 500 milliards d'euros, début avril, par le Conseil des ministres de l'Économie et des Finances. Sur le plan budgétaire, le soutien des États membres aux secteurs particulièrement touchés par les effets de la pandémie, comme le transport aérien et la construction automobile, a été massif mais, de manière plus générale, il a pris également la forme du financement public du chômage partiel et de l'abaissement des charges des entreprises. Ces mesures ont été rendues possibles par l'abandon par la Commission de l'interdiction faite aux États de venir en aide aux entreprises et par la suspension du Pacte de stabilité et de croissance imposant un seuil de 60 % pour le ratio de la dette publique et de 3 % pour le déficit public. Le financement du chômage partiel a bénéficié

¹⁰² Le 19 janvier, un premier contrat était rendu public : celui signé avec Curevac puis quelques jours plus tard avec AstraZeneca mais les documents ont été expurgés.

¹⁰³ Même si elle a fini par tenter une action en justice contre Astra Zeneca.

¹⁰⁴ Par exemple en négociant individuellement des pré-contrats pour des vaccins non encore validés par l'Agence Européenne du Médicament

¹⁰⁵ Ch. de Boissieu, « L'Euro et la crise du Covid-19 : l'UE et la zone euro en première ligne », *Annuaire RAMSES* 2021, pp. 96-97.

dans le cadre de l'Eurogroupe d'un programme prévoyant notamment un emprunt de 100 milliards d'euros de la Commission.

Les interventions financières de l'UE ont donc été massives pour limiter les effets économiques et sociaux de la pandémie, mais les besoins étaient encore plus importants pour soutenir la relance de l'économie. Ce fut l'objet d'un plan adopté à l'occasion du Conseil européen du 21 juillet 2020 présenté comme « historique ». Il repose sur un fonds de 750 milliards d'euros empruntés par la Commission sur les marchés. Il comprendra, d'une part, 390 milliards de subventions qui seront alloués aux États les plus frappés par la pandémie, en particulier l'Italie et l'Espagne, au nom de la solidarité européenne¹⁰⁶. La dette qui en résultera sera une dette commune à rembourser par les 27 États membres. Outre les subventions, 360 milliards d'euros seront disponibles pour des prêts, remboursables par le pays demandeur. Le plan s'appuie sur le budget à long terme de l'UE (2021-2027), qui prévoit une dotation de 1.074 milliards d'euros, soit 154 milliards d'euros par an.

Ce plan n'a pas été adopté cependant sans difficultés. Il a confirmé la cassure existant sur le plan économique entre les États dits « frugaux » maîtrisant leur endettement (Pays-Bas, Autriche, Danemark, Suède, Finlande) et les États dits « laxistes » en matière budgétaire, qui seraient les premiers bénéficiaires du plan. Les premiers souhaitaient donc limiter au maximum la partie « subventions » et étaient hostiles à la mutualisation des dettes publiques. Le compromis s'est réalisé grâce à l'évolution de la position allemande, convaincue que face à la gravité de la crise, la relance devait nécessairement passer par une solidarité de l'endettement. La proposition de la France et l'Allemagne en mai 2020 d'une relance conjointe de 500 milliards d'euros de subventions a été portée par les 27 à 750 milliards d'euros mais comprenant, en parts comparables, des prêts et des subventions, les États « frugaux » acceptant finalement pour celles-ci qu'elles deviennent des dettes communes à l'Union. En contrepartie, ces derniers ont obtenu des rabais de leurs contributions nettes au budget de l'Union qu'ils jugent disproportionnées¹⁰⁷. On notera enfin que pour la première fois une double conditionnalité apparaît dans le budget de l'Union puisqu'il est soumis comme le fonds de relance aux objectifs climatiques¹⁰⁸ et que le respect de l'état de droit devient une condition pour l'octroi des fonds prévus au budget¹⁰⁹.

L'incontestable succès rencontré par l'UE avec l'adoption du plan de relance a confirmé sa capacité de gestion financière des crises. On la retrouve sur le plan international avec le soutien politique et financier¹¹⁰ apporté au mécanisme COVAX destiné à assurer un accès équitable à des vaccins contre la COVID-19 à un prix abordable. Cette réussite a été obtenue parce qu'elle a été capable de suspendre au moins momentanément certains des principes économiques sur lesquels elle est construite et de construire un rapport de force politique favorable à la solidarité.

II.2.3.3. L'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord

Envisager le rôle de l'OTAN face à la pandémie présente l'intérêt de considérer le cas d'une organisation internationale dont la compétence s'exerce dans la défense collective mais aussi, plus généralement, la situation des forces armées dans la crise. Celles-ci étaient en effet

¹⁰⁶ La France devrait toucher pour sa part 40 milliards d'euros.

¹⁰⁷ Ce qui signifie que leurs futures contributions au budget de l'UE seront moins élevées qu'actuellement. Ainsi, pour les Pays Bas, l'augmentation des rabais sera de 22 %, soit 565 millions d'euros annuels pendant 7 ans ; pour l'Autriche de 138 % soit 565 millions d'euros annuels pendant 7 ans.

¹⁰⁸ Consacrer 30 % des dépenses à la lutte contre le changement climatique et « se conformer » à l'objectif de neutralité climatique de 2050 et aux objectifs de réduction des émissions de gaz à effet de serre de 2030.

¹⁰⁹ La suspension ou la réduction éventuelle des fonds européens peut être décidée contre un État membre en cas de violation de l'état de droit si elle est approuvée par une majorité qualifiée des États membres (55 % des pays de l'UE représentant 65 % de la population totale). La mesure concerne en particulier la Hongrie et la Pologne qui sont visés pour ce motif par une procédure déclenchée par la Commission et le Parlement sur la base de l'article 7.

¹¹⁰ L'UE a engagé en septembre 2020, 400 millions d'euros de garanties pour le COVAX, auxquels se sont ajoutés 100 millions d'euros de subventions en décembre 2020.

confrontées et le sont toujours à une double problématique : d'une part, conserver leur disponibilité opérationnelle, d'autre part, contribuer à l'action des pouvoirs publics contre la pandémie. Elles n'ont pas en effet été épargnées comme l'ont montré les cas apparus sur les porte-avions français *Charles de Gaulle* et américain *Théodore Roosevelt* mais la mise en œuvre de moyens de dépistage importants a permis d'affirmer que les capacités des forces déployées dans le cadre de missions ou d'opérations extérieures étaient restées intactes. La plupart des États du monde ont par ailleurs fait appel à leurs forces armées nationales pour appuyer l'action conduite par les pouvoirs publics. Leur contribution a porté aussi bien sur la participation au maintien de l'ordre public dans le cadre des confinements que sur les transferts de patients par voies aériennes, le transport de matériel sanitaire par voies maritimes, le déploiement des hôpitaux militaires de campagne pour soigner les malades et soutenir les hôpitaux civils ou la mise à disposition des hôpitaux militaires au service de la vaccination. En France, cette action a été coordonnée dans le cadre de l'opération *Résilience* destinée à mettre les moyens terrestres maritimes et aériens au service des actions menées pour répondre à la pandémie.

L'OTAN, en tant qu'organisation internationale, a déployé son propre dispositif, tout en poursuivant des objectifs plus larges que ceux des États. Elle a d'abord mobilisé le Centre euro-atlantique de coordination des réactions en cas de catastrophe (EADRCC) et l'Agence OTAN de soutien et d'acquisition (NSPA). L'EADRCC¹¹¹ a pour mission de répondre aux urgences dans le domaine civil en étant le centre de coordination des demandes et des offres de secours émanant des alliés mais aussi des partenaires de l'Organisation. À ce titre, les États baltes la République tchèque, la Slovaquie le Luxembourg et la Norvège ont répondu à des demandes émanant de l'Italie et de l'Espagne et la Turquie à des demandes des Balkans occidentaux. La NSPA est intervenue de son côté en tant que gestionnaire de l'acquisition des matériels et de fournisseur de services et de matériels de secours¹¹². L'OTAN a également activé pour la première fois en mars 2020 l'Initiative de mobilité aérienne pour intervention rapide, créée en 2018 pour les appareils militaires assurant le transport des approvisionnements et des matériels vitaux pour lutter contre la COVID. L'ensemble du dispositif est placé sous le commandement du Commandant suprême des puissances alliées en Europe (SACEUR).

L'OTAN ne s'est pas toutefois contentée de soutenir les réponses à la crise. D'une part, elle conduit une démarche d'anticipation et de résilience des sociétés face aux pandémies futures. Pour cela, elle a mobilisé ses capacités scientifiques¹¹³ pour identifier des solutions nouvelles en matière de dépistage et pour mettre à l'essai de nouveaux vaccins en collaboration avec le secteur privé. D'autre part et surtout, prenant en considération la dimension géopolitique de la crise, elle s'est efforcée de répondre aux interventions de la Chine et de la Russie sur le plan diplomatique et dans le domaine de l'information. Les difficultés rencontrées par les États européens au début de la pandémie ont conduit celles-ci à mener une offensive diplomatique en affichant des motifs humanitaires, à destination des États particulièrement touchés, notamment l'Italie. L'OTAN a combattu cette « diplomatie des masques » conduite par la Chine en rappelant que le virus n'aurait pas eu de tels effets si la Chine n'avait pas dissimulé son origine et informer plus rapidement, comme elle l'aurait dû, l'OMS et les autres États. Le domaine de l'information s'est avéré toutefois le plus sensible, « la pandémie de Covid-19 étant « la première crise sanitaire mondiale au cours de laquelle les plates-formes numériques jouent un rôle crucial pour l'information »¹¹⁴. Selon l'OTAN, les campagnes de désinformation de la Chine et de la Russie ont faussé l'appréciation des faits sur l'origine de la pandémie, sur ses incidences et sur la capacité des Occidentaux à y faire face. Pour les deux États il s'agissait alors de faire apparaître la

¹¹¹ Créé en 1988 par le Conseil de partenariat euro-atlantique, il agit en liaison avec le Bureau de coordination des affaires humanitaires des Nations Unies.

¹¹² La NSPA a ainsi aidé à la production et au don de fournitures médicales produites par impression 3D.

¹¹³ Il faut rappeler en effet que l'OTAN dispose d'un potentiel de recherche scientifique considérable, tant en recherche fondamentale qu'en recherche appliquée.

¹¹⁴ A. Mesterhazy, Le rôle essentiel de l'OTAN face à la pandémie de Covid-19, Rapport spécial, Assemblée parlementaire de l'OTAN, 21 novembre 2020, p. 12.

supériorité de leur modèle de gouvernance sur les systèmes politiques démocratiques. L'OTAN a répondu à cette menace en conduisant une démarche *Comprendre et agir* lancée le 17 juin 2020, consistant à privilégier des évaluations exigeantes de l'information en multipliant les sondages et en ciblant les communautés les plus vulnérables et aussi à « assimiler les données ainsi réunies pour ajuster le message stratégique de la contre-information »¹¹⁵. La pandémie de la Covid 19 et l'usage des nouvelles menaces qui l'a accompagnée ont confirmé la nécessité pour l'OTAN d'envisager l'éventualité de nouvelles crises sanitaires majeures et donc de construire une résilience¹¹⁶ à long terme portant sur les personnes mais aussi sur les infrastructures et les biens.

II.3. Les leçons de la crise : le rapport du Groupe indépendant pour la préparation et la riposte en cas de pandémie : pour une « mutation systémique » des modalités de la lutte contre les pandémies, 12 mai 2021

C'est en réponse à la sollicitation de l'Assemblée mondiale de la santé dans sa résolution du 19 mai 2020 qu'a été créé par le Directeur général, le Groupe indépendant pour la préparation et la riposte en cas de pandémie¹¹⁷ (ci-après, le Group indépendant) co-présidé par Madame H. Clark, ancienne première ministre de la Nouvelle-Zélande et Madame E. Johnson Sirleaf, ancienne présidente du Libéria. Il compte 13 membres choisis par les coprésidentes pour leur expertise dans les domaines des maladies infectieuses, des politiques et du financement de la santé, des urgences et de l'économie et pour leur connaissance du système international, y compris de l'OMS. Son mandat est à la fois rétrospectif et prospectif : conduire « un examen impartial, indépendant et complet de la riposte sanitaire internationale face à la COVID-19, ainsi que de l'expérience acquise et des leçons tirées de cette riposte, et formuler des recommandations pour améliorer les capacités en vue des crises futures » Son rapport principal « COVID-19 : agissons pour que cette pandémie soit la dernière » a été présenté le 12 mai 2021.

Le document présente un intérêt particulier parce qu'il fournit, grâce à des investigations de terrain, une analyse précise des faits et de leur déroulement chronologique permettant de mettre en évidence les erreurs commises face au déclenchement et à la propagation de la pandémie, de proposer des solutions pour sortir rapidement de la crise et surtout, comme son titre le présente, d'anticiper l'éventualité d'une nouvelle pandémie. Le rapport est détaillé, méthodique et sans concession¹¹⁸. Il sacrifie peu aux slogans et l'appel à la solidarité y occupe une place mesurée, tant elle apparaît pour le Groupe comme une évidence face à une crise mondiale. À la recherche d'un système sanitaire international efficace, le rapport comporte des recommandations précises, notamment sur le plan institutionnel, développées dans des annexes et accompagnées d'un calendrier d'exécution. Ce travail ambitieux n'oublie pas cependant que son impact dépendra de la volonté politique des parties prenantes et en premier lieu des États et il y fait appel à plusieurs reprises. On n'évoquera ici que quelques points essentiels jugés significatifs de ce rapport.

L'étonnement a été le fil conducteur de la réflexion des membres du Groupe : comment en moins de trois mois à partir du moment où le SARS-CoV-2 a été identifié pour la première fois, la COVID-19 est-elle devenue une pandémie menaçant tous les États ? Selon le Groupe indépendant, la réponse est simple : malgré les nombreuses mises en garde, le virus s'est avéré plus rapide que le système de surveillance et d'alerte. Une grande partie du monde a été prise

¹¹⁵ A. Mesterhazy, *op. cit.*, p. 12.

¹¹⁶ Ce qui n'avait pas été fait manifestement avant la crise de la COVID-19, les avertissements donnés en particulier par les services de renseignements américains ayant été minimisés voire ignorés.

¹¹⁷ Tous les documents concernant le Groupe indépendant peuvent être consultés sur <https://theindependentpanel.org/>.

¹¹⁸ Si aucun État ni aucune personne physique ou morale n'est nommé visé, il est très aisé de lire entre les lignes et de découvrir leurs auteurs, à travers les actions ou inactions qui sont condamnées.

par surprise, agissant le plus souvent avec retard, hésitation, et dénégation. La déclaration d'USPPI du 30 janvier 2020 ne « semblait pas avoir été comprise comme équivalent à un niveau d'alerte maximal ». Il faudra attendre le 11 mars 2020 pour que la flambée de virus devenue épidémie soit qualifiée de pandémie. Deux mois ont été ainsi perdus et « l'urgence et l'efficacité ont été absentes de la phase initiale de la riposte » sauf dans les pays que l'expérience avait placés dans une dynamique préventive. Une fois la pandémie installée, le système international a été incapable d'assurer la pérennité de la riposte faute de « leadership, de coordination mais aussi de prise de décision au niveau national, confronté à une crise des approvisionnements en produits et matériels médicaux. Ainsi, « les effets conjugués de mauvais choix stratégiques, d'une réticence à lutter contre les inégalités et de l'absence de coordination du système ont donné lieu à un mélange toxique qui a permis à la pandémie de se transformer en crise humaine catastrophique ».

Une « mutation systémique » est donc nécessaire pour remédier à l'incapacité du système international à prévenir et à contenir une pandémie et à en atténuer l'incidence. Elle passe d'abord par un renforcement du leadership et une meilleure coordination grâce à des changements sur le plan institutionnel et normatif. La proposition la plus significative porte sur la création d'un Conseil chargé des menaces pour la santé mondiale, en quelque sorte un Conseil de sécurité sanitaire¹¹⁹. Elle répond aussi bien au constat de l'exigence d'un pilotage au plus haut niveau qui s'est manifesté durant la crise, des difficultés rencontrées par le Conseil de sécurité de l'ONU pour assumer cette fonction et enfin au besoin souvent exprimé de ce type d'organe pour faire face aux nouvelles menaces, notamment climatiques. Le rôle du Conseil sera « d'inscrire dans la durée un leadership et une attention politiques de haut niveau en faveur de la prévention, de la préparation et de la riposte en lien avec les pandémies et de soutenir ainsi l'ambition d'un monde sans pandémie ». Créé par une déclaration de l'Assemblée générale des Nations unies, il sera formé de 18 membres et de trois co-présidents et comprendra des personnalités politiques de haut niveau dans le respect d'un équilibre régional, des représentants de la société civile et du secteur privé et des experts. Le pilotage politique qu'il exercera le conduira aussi à participer à la mobilisation et à l'affectation des ressources et au contrôle de l'exécution des mesures mises en œuvre mais il ne disposera pas d'un pouvoir de sanction¹²⁰. Il est prévu enfin qu'il puisse se réunir « durant la pandémie actuelle ». Sur le plan normatif, le rapport recommande l'adoption d'une Convention-cadre sur les pandémies dans un délai de six mois¹²¹.

Le rapport traite ensuite de l'OMS dont il importe de « recentrer et renforcer l'indépendance, l'autorité et le financement », dans une répartition des tâches entre le Conseil, instance politique à compétence générale et l'OMS, coordonnateur opérationnel de la prévention, de la préparation et de la riposte aux urgences sanitaires mondiales. La crise a démontré en effet que l'OMS ne disposait pas de l'autorité et des moyens nécessaires pour remplir sa mission. Le rapport propose donc d'établir son indépendance financière sur « la base de ressources sans objet désigné » par l'augmentation des contributions des États membres à 2/3 du budget de programme de base et d'organiser un processus de reconstitution pour le reste du budget. L'objectif est clair : soustraire l'action de l'Organisation à l'influence des donateurs privés, par le biais de leurs financements fléchés et lui permettre ainsi de ne pas dépendre d'une philanthropie parfois orientée¹²². Cela sera facilité par un mandat resserré, axé uniquement sur les orientations normatives, techniques et de politique sanitaire générale. Le rapport prévoit également de renforcer la capacité de gouvernance de l'Organisation. Le Directeur général, longtemps fragilisé durant la crise, devrait pouvoir bénéficier d'une autorité et d'une

¹¹⁹ La composition, les compétences et les pouvoirs du Conseil sont développés dans l'annexe du rapport.

¹²⁰ Tout au plus est-il envisagé un examen par les pairs des mesures adoptées par les États et des progrès réalisés sur la base de rapports périodiques.

¹²¹ Convention-cadre qui viendrait, en complément du RSI sur la base de l'article 19 de la Constitution de l'OMS.

¹²² Le rôle des institutions philanthropiques n'est bien évidemment pas remis en cause et il devra rester important mais pour l'action de l'OMS, il ne sera plus que subsidiaire.

indépendance accrues par l'instauration d'un mandat unique de sept ans, sans possibilité de réélection et pouvoir s'appuyer sur un Comité permanent des situations d'urgence¹²³.

Le rapport souligne aussi que la préparation aux pandémies n'a pas bénéficié de l'anticipation nécessaire et n'a pas été priorisée par les pouvoirs publics : elle s'est limitée le plus souvent au secteur de la santé. Il faut donc que, « dès maintenant », les investissements nécessaires soient lancés pour créer des capacités pleinement fonctionnelles, pouvant être évaluées par rapport à des repères mesurables nouveaux élaborés par l'OMS et contrôlées par « l'officialisation de l'examen périodique universel par les pairs ».

Le Groupe indépendant, par ailleurs, a affirmé la nécessité de réformer un système international de surveillance, de validation et d'alerte qui s'est avéré incapable de suivre le rythme de l'évolution de la maladie et, « en situation de pandémie, favorise l'inaction » notamment des États membres. Il est donc indispensable de mettre en place un nouveau système s'appuyant sur des mesures de précaution, prises sur la base de simples présomptions, sauf si des éléments de preuve démontrent qu'elles ne sont pas nécessaires et sur une transparence totale de toutes les parties¹²⁴. Le rapport recommande que l'OMS dispose, en vertu d'un mandat de l'Assemblée mondiale de la santé, du « pouvoir explicite de publier immédiatement des informations sur les flambées à risque pandémique sans solliciter au préalable l'approbation des gouvernements nationaux » et d'« enquêter sur les agents pathogènes à risque pandémique dans tous les pays » en disposant dans un bref délai, de toutes les informations nécessaires. De plus, les déclarations d'USPPI, formulées par le Directeur général de l'OMS, qui ont un rôle décisif dans l'appréhension de la situation notamment par les pouvoirs publics nationaux, devront reposer sur des « critères bien définis, objectifs et publiés ».

Les difficultés matérielles rencontrées par les États pour se procurer les instruments nécessaires pour faire face à la pandémie et les comportements peu solidaires qu'elles ont entraînés ont conduit le Groupe à recommander la mise en place préventivement d'une « plate-forme prénégociée pour les outils et les fournitures », sur le modèle de l'ACT qui, lui, a dû être créé *a posteriori* à cette fin. Cette plate-forme pour les vaccins, les produits de diagnostic, les traitements et les fournitures essentielles, devrait être véritablement mondiale et fonctionner non pas selon les lois du marché mais selon un modèle visant à fournir des biens publics mondiaux. La gouvernance de ce mécanisme associera tous les acteurs et notamment le secteur privé mais sera guidée par « un objectif et une stratégie visant à parvenir à un accès équitable et effectif » à ces biens. Pour cela, le rapport appelle à veiller « à ce que le transfert de technologie et l'engagement à l'égard des licences volontaires soient inclus dans tous les arrangements pour lesquels des fonds publics ont été investis dans la recherche et le développement ». Cela suppose aussi de construire des capacités financières solides sur le plan régional sur la base de plans élaborés conjointement par l'OMS les institutions régionales et le secteur privé.

De tels changements ne pourront se réaliser sans la mobilisation de nouveaux financements pour les biens publics mondiaux que sont la préparation et la riposte aux pandémies. L'assistance et l'aide publique au développement n'offrant que des ressources aléatoires et ne tenant qu'imparfaitement compte de la globalité de la menace, le rapport recommande la création d'un Mécanisme international de financement en cas de pandémie reposant sur la capacité de payer des États, afin de mobiliser des fonds et permettre un financement d'urgence en cas de déclenchement de la pandémie¹²⁵.

Le rapport du Groupe indépendant constitue incontestablement une contribution décisive pour construire une réforme du système international de sécurité sanitaire, laquelle devrait être,

¹²³ Fort de l'expérience des débuts de la pandémie, le Rapport rappelle que « le Comité d'urgence qui conseille le Directeur général de l'OMS doit faire preuve d'une transparence totale pour ce qui est de sa composition et de ses méthodes de travail ».

¹²⁴ Le Rapport vise particulièrement les déclarations d'USPPI qui « devraient être fondées sur le principe de précaution, lorsqu'il y a lieu, comme dans le cas des infections respiratoires ».

¹²⁵ C'est le Conseil chargé des menaces pour la santé mondiale qui serait chargé d'allouer les fonds aux institutions régionales et mondiales existantes susceptibles de soutenir le développement des capacités de préparation et de riposte aux pandémies, et de surveiller ces fonds.

selon lui, lancée dans l'urgence. L'oubli rapide et dommageable des expériences pandémiques précédentes le justifie amplement. Néanmoins, les délais envisagés pour adopter les décisions politiques permettant d'activer les différents mécanismes apparaissent très courts voire pour certains irréalistes¹²⁶. Outre le fait que le rapport pourrait ne pas, à lui seul, construire un consensus immédiat, il serait sans doute difficile à la très grande majorité des États de se projeter dans une réflexion sur la lutte contre les pandémies futures alors qu'ils ne sont pas encore parvenus à vaincre la Covid-19. Il reste néanmoins que le Rapport doit demeurer la base des travaux sur la réforme de l'OMS et qu'il devra figurer systématiquement à l'agenda de l'Organisation et des États particulièrement intéressés. Sans cela, une fois la pandémie sous contrôle, plus personne ou presque ne voudra entendre parler de ces sujets... jusqu'à la prochaine crise.

III. Conclusions : Sur quelques notions à l'épreuve de la COVID-19

Lorsqu'une crise sanitaire cause des pertes humaines aussi importantes, bouleverse autant, au moins momentanément, l'économie internationale, montre un impact géopolitique considérable, elle dépasse la simple dimension sanitaire pour toucher aux grands équilibres internationaux. C'est en référence à cette idée que doivent être examinées les interrogations qu'elle a suscitées autour de certains concepts et notions,

À la menace de la COVID-19 a-t-il été répondu par la mise en mouvement d'une véritable sécurité collective ? La notion de bien commun a-t-elle progressé ? Au contraire, la crise a-t-elle poussé au fractionnement et au repliement national autour de la souveraineté et des frontières ? La puissance avec notamment l'usage intensif du soft power, et le jeu des puissances en ont-ils été bouleversés ?

Au sens de la Charte, la sécurité collective était un mécanisme destiné à prévenir les conflits entre États, voire d'y répondre, en s'appuyant sur un consensus international et surtout sur l'accord des membres permanents du Conseil de sécurité, seuls à même de permettre l'adoption de mesures obligatoires voire contraignantes. Ce mécanisme s'est toutefois progressivement « désétatisé » en prenant en considération la situation des acteurs privés dans les conflits et en tentant, avec plus ou moins de succès, d'investir le champ des « nouvelles menaces », sanitaires ou climatiques. L'une des originalités de ces menaces est de résulter, non pas d'une action armée voulue par un acteur public ou privé, mais d'un dérèglement majeur des conditions d'existence des êtres humains par un phénomène extérieur¹²⁷. Face à des menaces qui ne désignent pas un ennemi s'inscrivant dans le même cadre, l'adaptation du système à une sécurité collective sanitaire est restée jusqu'à présent imparfaite et l'on a pu noter et critiquer les difficultés du Conseil de sécurité à s'emparer de ces questions. Là n'est sans doute pas cependant l'essentiel car, dans la crise du Covid, l'Assemblée générale voire le Secrétaire général de l'ONU l'ont partiellement suppléé, d'autant plus facilement qu'il aurait eu dans ce cas des difficultés à mettre en œuvre les pouvoirs qui constituent sa valeur ajoutée. L'expérience de la crise de la Covid 19 montre que l'exigence d'une sécurité collective sanitaire exige avant tout un consensus international permettant de mobiliser l'ensemble des acteurs autour de principes communs, principalement, la solidarité, mais également, l'existence de biens publics communs, la coopération, le multilatéralisme. Seul ce consensus permettrait de garantir l'impact de la riposte à une menace sanitaire de type pandémique.

¹²⁶ Par exemple, six mois pour adopter la Convention-cadre sur les pandémies ; six mois également pour que les chefs d'États et de gouvernements adoptent une déclaration politique lors d'un sommet mondial sous les auspices de l'Assemblée générale des Nations Unies dans le cadre d'une session extraordinaire convoquée aux fins de « transformer la préparation et la riposte aux pandémies conformément aux recommandations formulées dans le Rapport ».

¹²⁷ Ce qui n'écarte pas néanmoins une possible responsabilité des États voire des groupes privés dont l'action ou l'inaction a pu favoriser l'émergence ou l'aggravation du phénomène.

III. I. La solidarité

Y a-t-il eu et à quel degré consensus ou accord profond face à la COVID 19 ? À cet égard, l'exigence de solidarité a été constamment affirmée et réclamée, mais il s'agit d'une notion particulièrement difficile à définir et relevant avant tout de la philosophie et de la sociologie. Elle peut néanmoins avoir une portée positive car elle est à la base de la formation du groupe et donc de la formation du droit¹²⁸ mais dans ce cas elle devra passer par les instruments classiques du droit international que sont la coopération et surtout le multilatéralisme. Sur ces différents points, l'impact de la crise de la Covid-19 s'est finalement avéré décevant¹²⁹. La solidarité entre États¹³⁰ est devenue un leitmotiv commode mais elle a été peu pratiquée, beaucoup manifestant « une forme de duplicité » : afficher la solidarité réclamée par les organisations internationales mais défendre des choix égoïstes lorsque cela apparaissait nécessaire et possible, ce qui a entraîné en particulier la course aux masques, aux traitements et enfin aux vaccins. L'entrée dans une forme de vaccination généralisée a montré également les limites de la solidarité. Alors que son efficacité exige qu'elle soit globale et organisée, elle a reposé avant tout sur des « gestes de solidarité » émanant des États (États-Unis, Chine, Russie, Royaume uni, France etc.) ou des organisations régionales (Union européenne) les mieux dotés en vaccins (ou disposant de stocks de vaccins inutilisés). Les structures spécialement dédiées à la mise en œuvre de la solidarité vaccinale (ACT, Covax) sont, pour leur part encore sous-dotées, notamment pour faire face à la pandémie en Afrique.

III. I. I. La solidarité par l'élargissement de l'accès aux vaccins

L'Inde et l'Afrique du sud suivis par 63 autres États ont donc défendu une méthode plus directe pour favoriser la solidarité vaccinale : demander à l'Organisation Mondiale du Commerce la suspension temporaire de certaines dispositions de l'accord sur la propriété intellectuelle relatif au commerce¹³¹. Cette mesure permettrait aux États d'octroyer des licences à des acteurs locaux sans que les détenteurs des brevets puissent s'y opposer et donc de multiplier les sites de production alors que les vaccins font défaut, ce qui pénalise fortement les États les plus pauvres. Cette proposition a été loin de faire l'unanimité à l'OMC alors que le consensus de l'ensemble des États membres est nécessaire pour l'adopter¹³². L'Union européenne¹³³, l'Australie, le Japon, la Norvège, Singapour, la Corée du Sud, la Suisse¹³⁴, le Brésil, Taïwan et le Royaume-Uni en particulier la rejettent. Ils étaient accompagnés par les États-Unis, mais leur position a néanmoins évolué, l'administration Biden s'étant en effet déclarée favorable à une levée des protections bénéficiant à la propriété intellectuelle ce qui modifie naturellement les conditions de la négociation à l'OMC¹³⁵. Pour autant, les positions des différents protagonistes ne sont pas dépourvues d'arrière-pensées. Les États favorables à la proposition, avant tout des États du sud,

¹²⁸ Selon l'adage *ubi societas, ibi jus* ; Voir sur la solidarité internationale et le droit, M. Bouriche, *Les instruments de solidarité en droit international public*, Paris, LGDJ, 2012.

¹²⁹ T. Piketty, « La crise du Covid-19, plus grave crise sanitaire mondiale depuis un siècle, oblige à repenser la notion de solidarité internationale », *Le Monde*, 10 avril 2021.

¹³⁰ Il y aurait également beaucoup à dire au plan interne, entre autres, sur la solidarité intergénérationnelle.

¹³¹ J. Riault, *Vaccination contre le Covid-19 : la suspension des brevets en 10 leçons*, <https://www.lesechos.fr>.

¹³² C. Jourdain-Fortier et M. Guerriaud, « Covid-19 : la levée des brevets sur les vaccins, remède miracle ou mirage ? », *The Conversation*, 10 mai 2021.

¹³³ L'Union européenne inflexible sur la suspension des brevets, <https://www.lesechos.fr>, 4 juin 2021 ; Supprimer les brevets des vaccins anticovid : pourquoi l'Union européenne et la Suisse freinent, <https://www.latribune.fr>, 1^{er} juin 2021.

¹³⁴ Voir sur le cas de la Suisse, F. Garçon, « La pharma suisse, les ressorts d'un miracle économique », In *Géopolitique de la santé, vaccins, médicaments*, Big Pharma, Revue Conflits, NS n°12, juin 2021, pp. 61-65.

¹³⁵ Et ce qui a par exemple conduit le président de la République française à prendre position en faveur de « cette ouverture de la propriété intellectuelle », tout en considérant en même temps que même si l'on transfère « la propriété intellectuelle à des fabricants pharmaceutiques en Afrique, ils n'ont pas de plate-forme pour produire de l'ARN messager [ARNm] ».

y voient la solution pour pallier le manque de vaccins et la discrimination entre économies riches et économies pauvres qui l'accompagne. Les États hostiles considèrent au contraire qu'il s'agit d'une fausse bonne solution et « expriment leurs doutes sur l'opportunité de démarrer des négociations » sur la levée des brevets et demandent « plus de temps ». Pour les Européens, « l'objectif urgent et immédiat devrait être la poursuite de l'augmentation de la production afin de partager les vaccins plus largement et plus rapidement, et d'assurer un accès équitable aux pays pauvres à des prix abordables ». À cette fin, des mesures telles que la levée des restrictions à l'exportation des ingrédients de vaccins et d'autres intrants, l'utilisation au maximum de la capacité de production existante et le réaménagement des installations qui peuvent être facilement adaptées pour produire plus de vaccins » devraient être une priorité. Les groupes pharmaceutiques ont naturellement avancé des arguments techniques : La protection des brevets n'est pas le facteur qui empêche la production des vaccins. Celle-ci exige surtout des équipements de pointe et du personnel hautement qualifié dont tous les États ne disposent pas, notamment en Afrique s'il s'agit surtout de produire de l'ARN messager¹³⁶. Les fabricants évoquent aussi les difficultés d'approvisionnement qu'engendreraient l'arrivée de nouveaux concurrents, le risque de prolifération de vaccins contrefaits mais ils invoquent surtout une menace sur l'innovation¹³⁷. Si les brevets étaient levés, les laboratoires pharmaceutiques « n'auraient plus d'incitation à investir la prochaine fois qu'il y a une urgence » mais la crise de la covid-19 enseigne toutefois que le financement public de la recherche pharmaceutique a été considérable¹³⁸. On n'en sera pas surpris : « Big Pharma défend son monopole »¹³⁹ avec l'appui de la puissante IFPMA/FIIM¹⁴⁰ contre une menace qui devient une affaire d'État¹⁴¹. Le G7 qui s'est tenu les 12 et 13 juin 2021 n'a finalement permis, sur ce sujet, que de gagner du temps. Si ses membres, en particulier la France et les États-Unis, se sont livrés à une surenchère de dons de vaccins aux États en développement et notamment à l'Afrique, les volumes annoncés restent cependant très en de çà des besoins.

III.1.2. La solidarité face à l'endettement

Avec la crise de la Covid, la solidarité s'est trouvée également éprouvée du fait de l'endettement qu'elle a aggravé ou créé. La question se pose pour tous les continents et tous les États mais, si tous ont été touchés, tous ne risquent pas d'en mourir¹⁴². De manière très générale, les États se sont endettés pour faire face à la crise et engager la relance de l'économie, appliquant, avec de multiples nuances, la formule du président de la République française « pour sauver des vies quoiqu'il en coûte ». Ainsi, l'endettement de la France était-il à la fin du 3e trimestre 2020 de 2674 milliards et 300 millions d'euros représentant 120 % du PIB. Mais pour le continent africain, on a pu évoquer « la poudrière de la dette », non pas tant du fait de son niveau, 1400 milliards de dollars, que de la charge de la dette, le remboursement des intérêts, qui apparaît difficilement soutenable. En effet, alors que les États européens peuvent s'endetter sur les marchés financiers avec des taux d'intérêts très faibles, le coût est beaucoup plus élevé pour les États africains du fait du montant des primes de risque. Or, la soutenabilité de la dette des pays à faible revenu est désormais menacée par les besoins de financement pour lutter

¹³⁶ Des sociétés pharmaceutiques de pays comme l'Inde, le Bangladesh et l'Afrique du Sud affirment pourtant disposer de tout le matériel nécessaire et pouvoir fournir des vaccins en quelques mois y compris des vaccins à ARNm.

¹³⁷ Pour l'Allemagne, « la protection de la propriété intellectuelle est la source de l'innovation et doit le rester ».

¹³⁸ Pour la Covid-19, les laboratoires ont eu besoin de l'argent public pour développer rapidement les vaccins et pour le seul exemple des États-Unis, l'administration Trump a ainsi investi 14 milliards de dollars dans l'opération « Warp Speed », un partenariat public-privé qui a permis le développement de ces produits.

¹³⁹ « Vaccins contre le Covid-19 : comment Big Pharma défend son monopole », *Le Monde*, 5 mai 2021.

¹⁴⁰ International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations / Fédération Internationale des Industries du Médicament, <https://www.ifpma.org>.

¹⁴¹ « La folle opposition aux brevets sur un vaccin contre le Covid-19 », <https://www.latribune.fr>.

¹⁴² Voir introduction générale.

contre la pandémie sans parler encore de la relance. La question de l'annulation des dettes est donc réapparue après l'expérience de 2008 où les institutions financières internationales avaient annulé une partie importante de la dette africaine mais elle est compliquée désormais par le développement d'une dette privée. La demande d'annulation de la « dette Covid-19 », comme une nouvelle exigence de la solidarité internationale, a donc été forte. La question de la possibilité et de l'utilité même de cette annulation a été très débattue. Les experts se sont ainsi opposés sur le caractère insurmontable de la dette Covid, sur son caractère fictif, sur sa régularité et sur les risques de dérèglement de l'économie qui pourraient en résulter. L'annulation pure et simple n'a pas été retenue comme mécanisme général¹⁴³ mais le G20 a mis en place, en avril 2020, à la demande de la Banque Mondiale et du Fonds Monétaire International, l'Initiative de suspension du service de la dette (ISSD) qui prévoit un moratoire suspendant les « paiements en capital et intérêts de la dette due aux créanciers publics bilatéraux par les pays en développement les plus pauvres » jusqu'à la fin de l'année 2020, période étendue ensuite jusqu'à juin 2021 ». L'ISSD est destinée à aider les États à concentrer leurs ressources sur la lutte contre la pandémie et à protéger la vie et les moyens de subsistance des personnes vulnérables. Depuis son entrée en vigueur, le 1er mai 2020, elle a permis d'alléger la dette de plus de 40 pays, pour un montant total d'environ 5 milliards de dollars. Dans le cadre du Club de Paris, les créanciers privés ont été encouragés à prendre des décisions similaires, mais sans qu'un cadre contraignant ait pu être adopté. Potentiellement, la participation à l'ISSD pouvait être demandée par 77 pays, les pays les moins avancés et ainsi que les pays IDA (qui peuvent emprunter à l'Association internationale de développement de la Banque mondiale) mais ce nombre n'a pas été obtenu¹⁴⁴. Cela montre l'attractivité limitée de l'ISSD qui peut s'expliquer pour plusieurs raisons¹⁴⁵. Certains États concernés ont une dette bilatérale très faible et donc peu d'avantages à tirer du mécanisme. Par ailleurs, la participation à l'ISSD est conditionnée à une demande d'appui financier au FMI et risque d'amener les agences de notation à dégrader les notes souveraines. Enfin et surtout, l'ISSD n'est pas un mécanisme permettant d'annuler la dette : il se borne à la suspendre, les dettes qui n'ont pas pu être payées durant l'année 2020 devront être remboursées dans leur intégralité entre 2022 et 2024. Ainsi, « les 5,3 milliards de paiement de dettes suspendus par l'ISSD pour 2020 iront simplement s'ajouter aux 71,54 milliards que ces pays se sont engagés à rembourser entre 2022 et 2024, dans le cas hypothétique où ils n'auraient pas contracté de dettes supplémentaires entre-temps pour faire face à la crise économique qui s'annonce »¹⁴⁶. Ainsi, bien que la question de la restructuration et de l'allègement de certaines dettes soit toujours débattue, aucune réponse systémique ne se dessine, les États membres du G20 et les créanciers privés préférant une approche au cas par cas.

III.1.3. La solidarité et la notion de bien public mondial

La solidarité limitée qui a caractérisé la riposte à la Covid-19 n'a naturellement pas favorisé le développement de l'impact de la notion de bien public mondial, ni renforcé la coopération et le multilatéralisme. Si le débat sur la suspension temporaire des brevets s'est appuyé sur la revendication, par de très nombreux acteurs internationaux, de la qualité de bien public mondial des vaccins, cette démarche n'a pas prouvé son efficacité alors même que le contexte semblait favorable : les biens publics mondiaux sont définis en effet par Paul Samuelson comme des biens dont la consommation par un agent ne vient pas réduire les volumes disponibles pour les autres et dont personne ne peut être exclu de leur consommation. Si la seconde condition est, pour les vaccins, un postulat admis par tous, la première pouvait être remplie par le jeu combiné de la

¹⁴³ L'annulation bilatérale de la dette d'un État étant toujours possible comme la France l'a fait à l'égard du Soudan, le 17 mai 2021 pour un montant de 5 milliards de dollars.

¹⁴⁴ Voir les chiffres sur <https://www.banquemondiale.org/fr>, 18 juin 2021.

¹⁴⁵ Voir R. Compère, Rapport du European Network on Debt and Development, 7 décembre 2020.

¹⁴⁶ R. Compère, *op. cit.*

suspension temporaire des brevets et par la progressivité de la vaccination par tranche d'âge très largement pratiquée. Par ailleurs, face aux deux régimes juridiques susceptibles d'être appliqués pour rendre opérationnelle la notion de bien public mondial, celui de non-appropriation trouvait naturellement à s'appliquer¹⁴⁷. La crise de la Covid-19 a ainsi confirmé la difficulté de la notion de bien public mondial à dépasser le stade de la revendication, difficulté aggravée par un élargissement constant de son champ d'application rendant son identification problématique¹⁴⁸ et par l'utilisation de la notion voisine de bien commun¹⁴⁹, sans pour autant tenter de l'assortir d'une clarification de leur régime juridique¹⁵⁰. Comme la solidarité, la coopération et le multilatéralisme, susceptibles de lui fournir un cadre d'action, ont été souvent invoqués mais ont montré également leurs limites. Si la coopération a certes été omniprésente¹⁵¹, elle a surtout été efficace sur le plan bilatéral et dans le domaine des échanges scientifiques. Quant au multilatéralisme, il a révélé d'autres difficultés plus fondamentales que celles causées par l'Administration Trump. Si avec l'Administration Biden, le principe du multilatéralisme est à nouveau communément admis et défendu, il n'a pas toujours surmonté les rapports de force entre États pour parvenir à une action commune efficace.

III.2. Recours à l'État et retour de l'État face à la crise de la Covid-19

La crise de la Covid-19 a ainsi manifesté un retour des États sur le devant de la scène du fait de la nationalisation de la réponse à la pandémie. La population s'est naturellement tournée vers ses pouvoirs publics, qu'ils soient nationaux ou locaux, même si elle a pu critiquer, parfois violemment, les décisions prises. À vrai dire, le déclin de l'État dans les relations internationales, souvent évoqué, doit être relativisé et c'est bien dans un contexte de mondialisation particulièrement poussée que le système international a été frappé par une crise de la mondialisation, à la fois sanitaire et économique. Sur le plan sanitaire, la pandémie s'est développée grâce au développement des échanges et de la circulation des personnes et des biens et l'on peut en trouver la trace dans le rôle joué par les connexions aériennes, favorisant « les flux de la mondialisation » (touristes, voyageurs, d'affaires, migrants étudiants) dans sa propagation¹⁵². Sur le plan économique, la Chine, au centre de plusieurs chaînes de valeur mondiales et première touchée par la pandémie, en mettant ses usines à l'arrêt, a désorganisé les chaînes de production des pays voisins puis celles de pays plus lointains. Cette crise de l'offre s'est accompagnée d'une crise de la demande, chinoise dans un premier temps, notamment dans le domaine touristique¹⁵³. Même si la mondialisation est loin d'être la seule cause de la propagation de la pandémie¹⁵⁴, cette perception, relayée par les plus hautes autorités de l'État¹⁵⁵,

¹⁴⁷ Alors que les biens publics environnementaux devraient plutôt bénéficier d'un régime fondé prioritairement sur la protection.

¹⁴⁸ Les États favorables à la suspension des brevets ajouteront dans la liste des biens publics mondiaux, outre les vaccins, traitements, diagnostics, appareils médicaux et équipements de protection, ainsi qu'au matériel et aux composants nécessaires à la fabrication des vaccins.

¹⁴⁹ Et seront évoqués alors la sécurité internationale la stabilité financière ou la liberté des mers.

¹⁵⁰ Comme entre autres les forêts amazoniennes, mais le Rapport du Groupe indépendant y contribue aussi lorsqu'il souhaite l'extension de la notion de biens publics mondiaux Aux vaccins mais aussi aux produits de diagnostic, aux traitements et aux fournitures essentielles.

¹⁵¹ Ce que démontre D. Houssin, « La coopération sanitaire internationale à l'épreuve de la Covid-19 », *Politique étrangère*, 2020-3, pp. 33-45, mais avec quelques doutes puisqu'il s'interroge « La coopération sanitaire internationale mise en pièce par le coronavirus ? ».

¹⁵² « Crise sanitaire et démondialisation : Le Covid-19 a-t-il tué la mondialisation ? », *Annuaire RAMSES*, 2021, p. 190.

¹⁵³ « Covid-19 : une crise économique sans précédent, des conséquences multiformes », *Annuaire RAMSES*, 2021, p. 193.

¹⁵⁴ Voir E. Cohen, « La souveraineté industrielle au révélateur du Covid-19 », *Politique étrangère*, 2020/3, pp. 71-83, qui insiste sur l'impréparation politique et administrative, notamment de la France.

¹⁵⁵ Pour le président de la République française, la crise « va nous obliger à repenser la mondialisation », *Financial Times*, 17 avril 2020.

a accompagné comme on l'a vu à propos de la solidarité, un retour du national et donc de la souveraineté et des frontières. La souveraineté, concept souvent considéré comme dépassé, a structuré la riposte à la Covid-19, la santé étant demeurée une compétence nationale, même dans le cadre de l'Union européenne. Les États ont donc pu l'invoquer aussi bien pour adopter sur le plan interne des mesures contraignantes¹⁵⁶ que, sur le plan international, pour s'affranchir des recommandations qui pouvaient émaner des organisations internationales, et notamment de l'OMS. Corollaire du retour de la souveraineté, les frontières ont retrouvé aussi un intérêt particulier comme instrument permettant de limiter la propagation de la pandémie. Si le virus ne connaît pas les frontières, ce n'est pas le cas des personnes qui en sont le vecteur. Les restrictions à la libre circulation des personnes ont donc été un instrument privilégié par tous les États pour tenter de circonscrire la Covid-19 en s'appuyant sur le principe de souveraineté territoriale. Il est donc surprenant que beaucoup d'États membres de l'UE aient considéré que c'était là violer un tabou alors que le droit de l'Union lui-même reconnaît que des contrôles aux frontières intérieures peuvent être réintroduits pour des questions de santé publique et que la Commission l'a confirmé par des lignes directrices publiées le 16 mars 2020¹⁵⁷. La souveraineté a été enfin au cœur de la réflexion sur une mondialisation qu'il était jugé nécessaire de repenser. La crise de la Covid-19 a révélé en effet la situation de dépendance de nombreux États face à un nombre très restreint de producteurs, pour des biens stratégiques relevant, mais pas uniquement, du domaine sanitaire¹⁵⁸. La recherche de la souveraineté sanitaire puis, plus généralement, de la souveraineté industrielle a donc été avancée pour justifier le développement d'une relocalisation des activités jugées stratégiques. Cette tentative de démondialisation¹⁵⁹ est en cours et il est difficile d'en prévoir l'ampleur. Elle devrait cependant être limitée et viser en particulier la Chine avec laquelle la question de la dépendance constitue un enjeu en effet avant tout stratégique¹⁶⁰.

III.3. La puissance et les puissances

La pandémie de la Covid-19 a aussi confirmé que les rapports de force structuraient toujours les relations internationales et qu'ils touchaient l'ensemble du spectre des activités sociales : le domaine sanitaire, n'y échappe pas et il acquiert, lorsqu'une crise se déclenche, une dimension géopolitique majeure. Celle-ci peut être au moins en partie mesurée en envisageant la nature et la portée de la puissance mise en œuvre et le jeu entre les puissances.

Loin des moyens militaires classiques et de leur stratégie d'emploi qui sont souvent la mesure de la puissance, les instruments mobilisés pour faire face à la pandémie ont relevé plutôt du *soft power*. Il s'agissait pour chaque protagoniste, en utilisant la diplomatie publique, de démontrer sa supériorité, fondée sur la capacité de disposer de tous les outils nécessaires (masques, respirateurs, traitements, vaccins etc.)¹⁶¹ et de conduire la meilleure gestion de la crise sanitaire. Pour cela, il était nécessaire de mettre en place une stratégie de communication passant sous

¹⁵⁶ Par exemple en établissant ce que l'on pourrait qualifier de « frontières locales » restreignant la libre circulation des personnes entre les collectivités territoriales.

¹⁵⁷ Commission européenne, Lignes directrices du 16 mars 2020 confirmant que les États membres peuvent introduire des contrôles aux frontières intérieures pour des raisons d'ordre public ou de sécurité intérieure et de santé publique, sous respect du principe de proportionnalité et en tenant compte de la santé des personnes.

¹⁵⁸ La Chine avec de nombreuses substances actives de médicaments et 60 % du paracétamol, 50 % de l'ibuprofène et 90 % de la pénicilline qui sont fabriqués en Chine ; l'Inde, « pharmacie du monde » : 20 % de la production mondiale de médicaments génériques et 80% des médicaments antirétroviraux utilisés dans le monde contre le SIDA.

¹⁵⁹ Voir sur ce thème, E. Cohen, *op. cit.* ; E. Fougier, « Crise sanitaire et démondialisation : le Covid-19 at-il tué la mondialisation ? », Annuaire RAMSES, 2021, pp. 188-191.

¹⁶⁰ Selon E. Fougier, *op. cit.*, une « démondialisation qui sera d'abord une désinisation » et qui touchera plutôt les flux physiques que les flux matériels et surtout les activités industrielles jugées stratégiques.

¹⁶¹ Un différentiel significatif de puissance est en effet apparu entre les États capables d'élaborer, de produire, et de fournir des vaccins et les autres.

silence les difficultés rencontrées ou les erreurs commises mais insistant sur les réussites et sur la capacité et la volonté d'agir dans la solidarité. Cela exigeait une ligne politique claire bénéficiant de la plus large adhésion sur le plan national. Cette démarche, qui a été utilisée aussi bien par la Chine que par les Occidentaux, certes avec des moyens très différents, a profité d'abord à Pékin qui a presque toujours eu un temps d'avance dans la crise grâce, si l'on peut dire, au déclenchement de la pandémie sur son territoire. Elle a donc pu, au nom de la solidarité internationale, fournir des biens et des services à de nombreux États, notamment occidentaux. Cette « diplomatie des masques », à un moment de la crise où beaucoup de ces États en contestaient l'intérêt faute de pouvoir en produire suffisamment, lui a fourni l'occasion d'affirmer la supériorité de son mode de gestion autoritaire de la crise et par voie de conséquence, la supériorité de son modèle politique et économique. Les Occidentaux ont répondu dans un second temps sur le même terrain, s'efforçant de communiquer sur le manque de transparence de la Chine quant à l'origine de la pandémie, sur le caractère intéressé de sa diplomatie sanitaire contrairement à la leur, puis en faisant valoir leurs propres actions notamment sur le terrain de la solidarité. Leur position s'est renforcée avec l'arrivée au pouvoir du président Biden qui a de nouveau inscrit l'action des États-Unis dans le cadre du multilatéralisme, ce qui a conduit l'Union européenne mais aussi l'OMS à s'associer à Washington pour réclamer à la Chine des explications plus circonstanciées sur l'origine du virus. De même, la « diplomatie des vaccins » qui a succédé à la « diplomatie des masques » a été plus équilibrée car elle a pu bénéficier des investissements consentis par les États occidentaux et notamment par les États-Unis de l'Administration Trump pour bénéficier dans les plus brefs délais de vaccins efficaces en très grande quantité.

Beaucoup d'observateurs ont tenté dès à présent de déclarer un vainqueur dans le jeu des puissances auquel la crise de la Covid-19 a donné lieu mais cela semble prématuré. On peut néanmoins tirer dès à présent de ces événements un certain nombre de conclusions. L'opposition entre les États-Unis et la Chine qui s'est cristallisée à l'occasion de la pandémie continuera à structurer désormais les relations internationales et le changement politique intervenu aux États-Unis, loin de l'apaiser l'a au contraire renforcée. L'action de la Chine a été analysée comme motivée avant tout par la volonté d'accroître son influence internationale et par voie de conséquence, de faire reculer celle des États-Unis. Ces derniers suivis par leurs alliés la perçoivent et la qualifient désormais comme la menace majeure même si le consensus sur ce point doit être nuancé et la réunion du G7 du 12 mai 2021 s'est conclue sur la mise en place d'une stratégie de « containment » à l'encontre de Pékin. La crise de la Covid-19 a confirmé cette nouvelle bipolarisation et aussi les faiblesses qui tendent à repousser et à maintenir au second rang les autres puissances, la Russie du fait de sa situation démographique et économique, l'Union européenne du fait des limites de sa gouvernance, révélatrices de l'érosion du projet fondateur, voire même à en disqualifier certaines comme l'Inde, malgré ses atouts, l'Afrique du sud et le Brésil qui ont montré des failles politiques, économiques et sociales remettant en cause les espoirs qu'ont pu faire naître ces *Brics*. Peut-être est-il désormais temps de considérer que les nouvelles puissances sont en réalité les grands acteurs économiques privés, comme Big Pharma, et qu'il importe dès lors d'envisager une forme de gouvernance mondiale susceptible à la fois de clarifier leur rôle dans le système international et de garantir la transparence de leur action afin qu'ils puissent en rendre compte devant les États mais aussi devant la société civile.

Rapport eurodad, R. Compère, CADT

à une augmentation de la production des vaccins anti-Covid. (Salvatore di Nolfi/AFP)

R. Hiault 5 mai 2021 à 19:08 Mis à jour le 6 mai 2021 à 10:42

attendra. Réunis ce mercredi en conseil général à Genève sous la présidence de la directrice générale de l'Organisation, Ngozi Okonjo-Iweala, les pays membres ont été incapables de trouver un accord sur ce point. Soutenue par l'Afrique du Sud et l'Inde afin d'accroître la production de vaccins anti-Covid pour une distribution plus large dans les pays pauvres, le projet va faire l'objet d'une révision. Une nouvelle proposition, plus flexible, doit être rendue publique mardi prochain.

Une réunion informelle des pays membres de l'OMC est attendue dans la seconde quinzaine du mois de mai, avant la tenue d'un conseil spécifique sur la propriété intellectuelle les 8 et 9 juin prochain.

Les États-Unis favorables à une levée des règles

D'ici là, les discussions vont se poursuivre, même si Keith Rockwell, le porte-parole de l'OMC indique qu'il existe un consensus au sein de l'organisation sur la nécessité d'accroître la production de doses de vaccins.

Ce même mercredi, l'administration de Joe Biden a d'ailleurs fait savoir que les États-Unis étaient favorables à la levée des protections de propriété intellectuelle pour les vaccins contre le Covid-19 afin d'accélérer la production et la distribution des précieux sérums dans le monde. Un revirement par rapport à la position de Washington jusque-là.

Pourquoi il est si compliqué de faire des vaccins un bien public mondial

« Il s'agit d'une crise sanitaire mondiale, et les circonstances extraordinaires de la pandémie du Covid-19 appellent à des mesures extraordinaires [...] L'administration croit fermement aux protections de la propriété intellectuelle, mais pour mettre fin à cette pandémie, elle soutient la levée de ces protections pour les vaccins contre le Covid-19 », a indiqué la représentante américaine au Commerce, Katherine Tai.

La production a déjà doublé, de 4 milliards de doses l'an dernier à 8,5 milliards prévus cette année. La directrice générale de l'OMC évoque un objectif annuel de 15 milliards de doses par la suite. Mais il ne suffit pas d'assouplir les règles régissant la propriété intellectuelle pour résoudre le problème. C'est ce que ne cessent de répéter les fabricants de vaccins. Il importe aussi de disposer du savoir-faire et surtout des équipements adéquats (filtres, tubes...), faute de quoi la production peut rapidement s'arrêter. « Le laboratoire pharmaceutique Moderna a beau avoir mis sur son site Internet la recette de son vaccin, cela est insuffisant pour assurer sa production ailleurs si le savoir-faire manque », a indiqué Keith Rockwell.

Reste que dans plusieurs pays en développement, des capacités de production sont inutilisées. Que ce soit en Indonésie, au Pakistan, au Bangladesh, au Sénégal, en Egypte et au Maroc. Mais les laboratoires pharmaceutiques doivent y nouer des partenariats locaux. Il faudrait donc au minimum six mois pour assister à la sortie de premières doses de vaccins

Vaccins anti-Covid : toujours pas de consensus sur la levée des brevets à l'OMC

Selon un responsable du commerce international basé à Genève, des propositions visant à commencer des discussions basées sur des textes précis devant permettre un renoncement aux droits de propriété intellectuelle sur les vaccins contre le coronavirus ont été bien accueillies lors d'une réunion informelle de l'OMC consacrée au sujet de la propriété intellectuelle.

La suspension des brevets sur les vaccins en dix questions

Mais face à cette nouvelle offre de l'Inde et l'Afrique du Sud, déposée le mois dernier.

Les États-Unis ont fait savoir qu'ils étaient ouverts à l'ouverture de négociations sur n'importe quelle proposition permettant de trouver une solution à la pénurie de vaccins actuelle. La Chine de son côté a indiqué son désir d'avancer sur ce dossier, la proposition initiale sur ce sujet ayant été soumise en octobre dernier.

Vaccins contre le Covid-19 : enquête sur la bataille homérique autour des brevets Les pays riches et leurs industries pharmaceutiques s'y sont toujours opposés mais leurs positions ont évolué à la faveur d'un changement d'attitude des États-Unis, désormais prêts à envisager cette levée. Plusieurs pays, dont la France, ont semblé rejoindre cette position. Les brevets sur les vaccins anti-Covid « ne doivent en rien être un frein » à l'immunisation des populations, a ainsi déclaré vendredi dernier le président français Emmanuel Macron lors d'une visite en Afrique du Sud.

Le FMI, l'OMS, l'OMC et la Banque mondiale unis

Face à l'urgence de la situation, quatre organisations multilatérales internationales, le Fonds monétaire international (FMI), la Banque Mondiale, l'OMC et l'Organisation mondiale de la santé ont de nouveau lancé un appel commun pour œuvrer à une distribution plus équitable des vaccins anti Covid-19 dans le monde pour espérer vaincre l'épidémie.

Alors que les ministres des Finances du G7 se réunissent vendredi et samedi à Londres, avant la tenue d'un sommet des chefs d'État et de gouvernement du G7 une semaine plus tard, les quatre organisations les appellent à s'entendre sur « une stratégie mieux coordonnée, appuyée sur de nouveaux financements, pour vacciner la planète », et à accepter de verser 50 milliards de dollars pour un plan anti-pandémie. L'objectif est de parvenir à ce que 10 % de la population mondiale soit vaccinée en septembre prochain et 30 % d'ici à la fin de l'année, a indiqué mardi lors d'une conférence de presse le directeur général de l'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus.

Kristalina Georgieva, la directrice générale du FMI, a même évoqué le chiffre de 60 % d'ici au premier semestre 2022. Pour sa part, la directrice générale de l'OMC, Ngozi Okonjo Iweala, sans prendre parti sur la question de la levée des brevets, a insisté sur la nécessité de libérer le commerce et de lever les barrières à l'exportation de certains produits médicaux. « Il importe de libérer les chaînes d'approvisionnement, de construire de nouvelles capacités de production de vaccins et d'accélérer le transfert de technologie et du savoir-faire », a-t-elle insisté

Toujours pas de consensus sur la levée des brevets à l'OMC

Les défenseurs de la levée des brevets sur les vaccins estiment qu'elle permettra d'augmenter sensiblement leur production dans les pays les plus pauvres. ©AFP

CHARLES REGNIER

01 juin 2021 10:00

L'UE, la Grande-Bretagne et le Japon maintiennent leurs réserves sur une levée des brevets des vaccins anti-covid devant l'OMC. Les États-Unis et la Chine sont prêts à en discuter.

Faut-il renoncer aux brevets afin que les vaccins contre le coronavirus deviennent un bien public mondial ? Les États membres de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) devront, peut-être, bientôt répondre à cette question. Des propositions visant à débiter des discussions basées sur des textes précis devant permettre un renoncement aux droits de propriété intellectuelle sur les vaccins contre le coronavirus ont, en effet, été bien accueillies lors d'une réunion informelle de l'organisation, consacrée au volet commercial des droits sur la propriété intellectuelle.

Le système des brevets confère une exclusivité pour une vingtaine d'années au laboratoire pharmaceutique qui a découvert le produit.

Plusieurs États membres ont cependant "continué à exprimer leurs doutes sur l'opportunité de démarrer des négociations et ont demandé plus de temps" pour analyser les propositions allant dans ce sens, a précisé lundi un responsable du commerce international basé à Genève. Ces pays sont ceux de l'Union européenne (UE) ainsi que l'Australie, le Japon, la Norvège, Singapour, la Corée du Sud, la Suisse et Taïwan.

L'Afrique du Sud et l'Inde mènent campagne

Les accords au sein de l'OMC doivent recevoir le soutien par consensus de tous les 164 États membres. L'Afrique du Sud et l'Inde, deux pays qui sont fortement impactés par la pandémie, mènent une campagne pour un renoncement aux droits de propriété intellectuelle sur les vaccins contre le coronavirus, afin que chaque pays puisse produire des doses.

Ces deux pays ont présenté une proposition révisée allant dans ce sens. Elle a reçu le soutien de 63 États membres de l'OMC.

Pas uniquement pour les vaccins

Le système des brevets confère une exclusivité pour une vingtaine d'années au laboratoire pharmaceutique qui a découvert le produit. Durant cette période, il sera le seul à pouvoir proposer un traitement reposant sur cette innovation. Ce n'est qu'après cette échéance qu'apparaissent les médicaments génériques et que le coût des traitements diminue.

Des différends persistent sur la question de savoir si, et jusqu'où, la protection des droits de propriété intellectuelle empêche de lutter efficacement contre la pandémie de Covid-19.

Outre les vaccins, cette proposition veut étendre la levée des brevets aux traitements, diagnostics, appareils médicaux et équipements de protection, ainsi qu'au matériel et aux composants nécessaires à la fabrication des vaccins. Cette dispense de droits intellectuels doit durer au moins trois ans, avant que le Conseil général de l'OMC décide éventuellement de prolonger ce délai, selon le texte de cette proposition

Différend

Mais des différends persistent sur la question de savoir si, et jusqu'où, la protection des droits de propriété intellectuelle empêche de lutter efficacement contre la pandémie de Covid-19. Ils concernent également la possibilité d'avoir recours ou d'améliorer les flexibilités existant déjà au sein de l'accord sur le volet commercial de la propriété intellectuelle de l'OMC, connu sous son acronyme anglais TRIPS. Des questions subsistent aussi sur la durée et le délai d'un tel renoncement des droits de propriété intellectuelle.

Le Pakistan, l'Argentine, le Bangladesh, l'Égypte, l'Indonésie et le Kenya sont quelques-uns des pays souhaitant le lancement de négociations, a expliqué un responsable de l'OMC.

Les défenseurs de la levée des brevets sur les vaccins estiment qu'elle permettra d'augmenter sensiblement leur production dans les pays les plus pauvres.

En revanche, l'UE a indiqué que la priorité était plutôt à l'augmentation de la production et à la levée des restrictions à l'exportation des composants des vaccins.

a été est une notion difficile à définir. Accaparée par le politique, l'économique, le social, le juridique, la solidarité, rarement définie, reste une notion vague et ambiguë. Souvent discréditée par le juriste positiviste, bien que chère aux objectivistes, elle n'en présente pas moins des liens évidents avec le droit. Elle représente le lien social à la base de la formation du groupe et donc à la base de la formation du droit, selon l'expression *ubi societas, ibi jus*. L'étude des instruments de solidarité en droit international public met en évidence les différentes formes que prend la solidarité, selon qu'elle se développe dans le cadre de la société des États, caractérisée par la

suprématie du principe de souveraineté, ou dans le cadre de la communauté internationale qui implique l'acceptation, par les États, de leur interdépendance. Cette étude permettra de déterminer la place de la solidarité en droit international et sa portée dans l'ordre juridique international.

d'une de répondre à des différends entre États La sécurité collective qui avait bien progressé avec le système de Sendaï: qu'en a-t-il été? pas seulement au sens de la Charte mais globalement parce qu'elle aura été marquée par la solidarité, la coopération et le multilatéralisme ?

Coopération et multilatéralisme

Multilatéralisme d'incantation

Multilatéralisme « d'action »

Souveraineté, frontières : la mondialisation devait les avoir balayés ; la crise les a remises au premier plan avec leur mauvais et leur bon côté : la souveraineté expression juridique du refus de la solidarité

Souveraineté maintenue : souveraineté égale absence de dépendance : pouvoir de décision

Pas disparue :

industrielle

Mondialisation ou démondialisation : relocalisation, stocks stratégiques

Puissance et puissances

Chine États-Unis,

Les Outsiders : Russie, Union européenne : comparer avec les États membres dépasser l'économie, Une Union européenne et une Commission géopolitique : fracture Union européenne : questions éco ; questions stratégiques ; questions culturelles

Les autres Brics, Inde, Afrique du Sud

Les interrogations suscitées par la crise de la COVID 19

ZOOM OUT

The question:

COVID-19 and multilateral governance at the United Nations between risk-prevention, procedural adaptation and feeble response

Enrico Milano and Giulio Bartolini*

The social, human, economic and political impact of the COVID-19 pandemic can be hardly overestimated. As we write, the virus has infected more than 8 million people worldwide, causing the death of over 400,000. That accounts, in just a few months, to more than double the number of people killed in terrorist attacks in the past decade.¹ Economies have been driven to the ground, while social inequalities have been magnified both globally and domestically. In political terms, the sudden awareness of a new threat that knows no borders has called for more concerted action and international cooperation in response and risk-prevention. Conversely, it has shown the fragility of the system of multilateral governance formed by 193 sovereign States, often inclined to follow their own short-term national strategies.

Needless to say, the United Nations has been uniquely positioned to address such a complex crisis. This Organization enjoys universal membership, a multi-dimensional mandate, including cooperation on health matters led by a specialised agency, the WHO, as well as a number of concrete and operational tools for effective international cooperation in facing the global pandemic. The United Nations, from the very beginning, was the principal forum where to converge multilateral efforts to address this unprecedented and unpredicted global threat. And yet it has faced considerable challenges.

Firstly, the United Nations itself, as an international organization entrusted with a mandate and with specific powers and responsibilities attributed to its different organs and bodies, was faced with an internal challenge, namely how to ensure ‘business continuity’ despite the closure of in-person meetings at its Headquarters in New York City (one of the hot spots of contagion between March and May). Its main political organs, namely the Security Council, the General Assembly and the Economic and Social Council had to deal with a profound disruption of ordinary working methods and procedural rules, which, from the very onset of the lockdown, required efforts of adaptation to ensure business continuity. The Security Council has since developed the practice of meeting virtually through a UN-developed video conferencing system and has established an unprecedented practice of voting in written form.²

Both the General Assembly and the Economic and Social Council have established a 72-hour silence procedure, which allows consensual decisions and resolutions to be adopted. The above procedure also applies to the General Assembly’s subsidiary bodies, including committees. Efforts to adopt a system of electronic voting on a UN platform for the General Assembly have, instead, proven fruitless at the time of writing. This alternative would have, at least in part, mirrored the voting procedure of ordinary, in-person meetings. Despite having a wealth of technical means at the GA’s disposal, consensus on ‘e-voting’ has been hampered by the disparate ‘visions’ of what it should achieve: whether a full return to ‘normalcy’ with the possibility of voting on all resolutions and decisions (a position held by a small group of countries led by Liechtenstein, Mexico and Switzerland) or simply ensure ‘business continuity’ by ‘e-voting’ only on select, essential organizational and financial decisions (a view held by a majority of delegations); adding to that, the positions of Cuba and the Russian Federation that opposed the system of ‘e-voting’ as they consider it to be inherently incompatible with the Rules of Procedure of the General Assembly.

These procedural difficulties have been accompanied by no less important substantive challenges that reveal the current crisis of multilateral governance centred on the UN. And this especially holds true with regard to the adoption of concrete measures to counter the devastating human,

² See in this issue G Nesi, ‘The United Nations Main Bodies and the Universal Pandemic: How to Meet, Negotiate and Deliberate under “New, Extraordinary and Exceptional Circumstances”’. COVID-19 and multilateral governance at the UN ³

social and health-related consequences of the COVID-19 pandemic. Unlike in 2014, when the Security Council unanimously took the bold and unprecedented step to determine that the Ebola pandemic in Africa constituted a threat to international peace and security,

³ the Security Council has been unable to adopt a single resolution due to the heated controversy between China and the United States over the role of the WHO in this crisis. In the General Assembly – a setting in which only consensual decisions have been possible – the two COVID-related resolutions adopted have not gone much farther than being statements of joint, good intentions.

⁴ The Mexican-initiated resolution, while more specific than resolution 74/270 on the issue of access to vaccines, medicines and medical equipment for COVID-19, does not contain any call or recommendation for Member States to engage in international cooperation, including on the implementation of measures and regulations adopted by the WHO.

5 The animosity between and among leading actors in the system has prevailed over the need to ensure institutional effectiveness and facilitate a coordinated and common response to a global threat that knows no borders. Unsurprisingly the debate over these failures has seen the reemergence of calls to reform the system and focus for the time being on global actions through ‘coalitions of the willing’.

6

Additionally, while paying great attention to the WHO and the capacity for the 2005 International Health Regulations to adequately deal with Covid-19, we should not dismiss further analysing the current pandemic with a view to possibly adopting policy and legal instruments pertaining to disaster scenarios. In this regard, within the UN system and the activities of UNISDR, a point of reference is provided by the Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030, finally endorsed by the UN General Assembly in 2015.⁷ This instrument acts as a blueprint against which to test the capacities of States to address systemic risks –

3 Cf UNSC Res 2176 (15 September 2014); UNSC Res 2177 (18 September 2014).

The two resolutions were co-sponsored by over 130 States. 4 UNGA Res 74/270 (2 April 2020); UNGA Res 74/274 (20 April 2020).

5 See in this issue R Treves, ‘The Health of International Cooperation and UNGA

Resolution 74/274’. 6 See eg the Joint Declaration of the French and German-led ‘Alliance for Multilateralism’

initiative at <www.diplomatie.gouv.fr/fr/politique-etrangere-de-la-france/la-france-et-les-nations-unies/l-alliance-pour-le-multilateralisme/actualites-liees-a-l-alliance-pour-le-multilateralisme/article/alliance-pour-le-multilateralisme-nous-avons-besoin-d-une-cooperation-et-d-une>. 7 Cf UNGA Res A/RES/69/283 (23 June 2015). 4 QIL 70 (2020) 1-4 ZOOM IN

including biological hazards – and integrate such issues into their national disaster risk reduction strategies.⁸ The Sendai Framework, through its multifaceted perspective, further aims to overcome the silos approach normally pursued by relevant stakeholders. It, instead, aims to create systematic synergies that would allow involved sectors to finally see how biological hazards cannot be assessed in isolation and without paying attention to other relevant issues, such as the capacities, exposures and vulnerabilities of potentially affected communities. The Sendai Framework policy approach can thus provide an additional contribution to current debates and further integrate existing normative inputs, as those provided by the International Health Regulations. Articles 5 and 13 of the

Regulations requested States to develop a series of core capacities to face potential public health emergencies, through a series of preparedness measures. These have been, unfortunately, largely undermined by States during implementation of this instrument.

. Their articles shed light on the preparedness, adaptation and response of the UN system to the current COVID-19 crisis and provide us with a number of indicators as to the temperature and symptoms concerning the state of health of the system of multilateral governance based on the United Nations. Further contributions on the legal issues at stake are expected. On the basis of the analyses so far provided, the prognosis cannot but be guarded.

VACCINS CONTRE LE COVID-19

L. Barnéoud, 3 février 2021, Vaccins contre le Covid-19 : dans les coulisses des contrats entre l'UE et les groupes pharmaceutiques

Les négociations entre la Commission et les laboratoires restent **opaques**, mais leur déroulé suggère que la maturité scientifique des vaccins n'a pas été décisive dans les priorités données aux préachats.

Le voile commence à se lever sur les coulisses des contrats européens des vaccins contre le Covid-19. Voilà des mois que des associations, des parlementaires, des journalistes, ou le médiateur européen chargé de surveiller la bonne gouvernance des institutions européennes, demandent des informations sur les négociations entre la Commission européenne et les fabricants de vaccins. Et se heurtent à un mur : « C'est comme si la législation de l'Union européenne [UE] sur l'accès aux documents ne s'appliquait pas aux négociations sur les vaccins Covid ! », fustige Olivier Hoedeman,

Problème : « Les éléments-clés de ces contrats sont biffés », regrette Pascal Canfin, président de la commission de l'environnement, de la santé publique et de la sécurité alimentaire (ENVI) du Parlement européen. Quant à la Commission européenne, elle reste muette sur le fonctionnement et les critères de ces négociations.

Le plus « paneuropéen »

Retour au printemps 2020. Après la guerre des masques et autres équipements de protection au sein de l'UE, « il fallait absolument une stratégie pour contourner les politiques nationalistes », retrace Anne Bucher, directrice générale de la santé à la Commission européenne jusqu'en octobre 2020. Il y avait cette idée que les vaccins devaient être un bien public et que les petits États n'auraient pas accès à ces négociations et à ces marchés sans stratégie commune ».

L'idée est belle mais longue à mettre en place : début juin, toujours aucune approche européenne n'existe, alors que les États-Unis, mais aussi le Royaume-Uni, multiplient les accords et les financements de développement, avec Moderna, Johnson & Johnson, AstraZeneca ou Sanofi. « Les États-Unis seront servis en premier car ils ont investi dans la prise de risque », avait déclaré, en mai, Paul Hudson, patron du laboratoire pharmaceutique français Sanofi.

Pour « accélérer les choses » et éviter « que la production soit capturée par les États-Unis », l'Alliance inclusive pour le vaccin se monte entre quatre pays : la France, l'Allemagne, l'Italie et les Pays-Bas. Leur objectif ? Annoncer le plus rapidement possible un contrat avec AstraZeneca. L'entreprise anglo-suédoise est en effet responsable du développement du candidat vaccin mis au point par des chercheurs anglais de l'Institut Jenner et du Groupe vaccins d'Oxford. À l'époque, c'est l'un des vaccins les plus avancés dans la course : leur essai de phases 1 et 2 a débuté en avril au Royaume-Uni.

Lire aussi Vaccins contre le Covid-19 : l'Union européenne prend ses distances avec AstraZeneca

En outre, les quatre pays ont des liens forts avec ce groupe pharmaceutique. Son président, Pascal Soriot, est Français, et AstraZeneca France est la deuxième filiale européenne du groupe (après le Royaume-Uni). Une usine française devrait bientôt participer à la production du vaccin. Quant aux Pays-Bas, à l'Allemagne et à l'Italie, chacun possède aujourd'hui des usines qui contribuent à une étape de production du vaccin. Il s'agissait donc, non seulement d'un des concurrents les plus prometteurs de la course, mais il représentait surtout le vaccin le plus « paneuropéen », susceptible d'attirer de nombreux soutiens.

« Conjuguer science et solidarité »

D'un point de vue scientifique toutefois, plusieurs experts expriment leurs doutes envers ce vaccin dit « à vecteur viral ». « Il utilise un virus, un adénovirus du chimpanzé, pour acheminer le matériel génétique du SARS-CoV-2 jusque dans les cellules. Le problème, c'est qu'on peut

s'immuniser contre ce vecteur. Dans ce cas, on observe des réactions immunitaires non désirées en cas de seconde injection, ce qui peut diminuer l'efficacité du vaccin », explique Stéphane Paul, responsable du département d'immunologie du CHU Saint-Etienne, qui participe au comité scientifique vaccins Covid-19.

Constitué début juin, ce comité a pour mission d'éclairer le gouvernement mais aussi la Commission européenne sur chaque candidat vaccin, et de proposer des essais cliniques à mener, notamment pour évaluer l'effet de ces vaccins sur des populations sous-étudiées. Sa présidente, la vaccinologue Marie-Paule Kieny, s'est entourée de onze spécialistes, dont trois consultants pour l'industrie pharmaceutique (liés ou anciennement liés à Sanofi, Pfizer, Curevac ou Osivax). « Nous rencontrons les fabricants pour affiner nos recommandations et partageons notre appréciation avec la Commission européenne, qui invite également un représentant du comité aux auditions avec les États membres pour expliquer nos évaluations », précise la virologue française. Aucune de leurs évaluations n'est publique.

À peine ce comité est-il mis sur pied que l'alliance annonce son premier succès : un préaccord avec AstraZeneca, pour un volume de 300 millions de doses. Les pays européens qui ne font pas partie de cette alliance s'agacent : « En faisant cela, vous affaiblissez tout le monde : à la fois l'initiative de la Commission européenne et votre propre position ! », dénonce Maggie De Block, ministre belge de la santé.

Pour financer ces contrats d'achat anticipé, 2,1 milliards d'euros ont été mis de côté grâce à l'instrument d'aide d'urgence (ESI) de l'UE. Un outil rarement utilisé, dont le budget total, alimenté par les États membres et les ressources propres de l'UE, s'élevait à 2,7 milliards d'euros pour 2020.

Un prix fixé par dose

Le contrat avec AstraZeneca bascule alors dans le giron de la Commission. Il faudra attendre encore deux mois d'intenses et opaques négociations pour que cet accord soit enfin signé, le 14 août, sécurisant un volume de 300 millions de doses, avec une option de 100 millions de doses supplémentaires.

À ce moment-là, ce candidat vaccin n'est clairement plus seul dans le peloton de tête. Et les doutes sur les problèmes d'immunité contre le vecteur adénovirus persistent. « Ce n'était pas le vaccin sur lequel il fallait mettre le plus de billes », critique un vaccinologue.

Un premier paiement, par l'ESI, de 336 millions d'euros vise à soutenir l'entreprise dans ses investissements de production. À ce montant, considéré comme un acompte et payé par tranches, les États membres ajoutent ensuite un prix fixé par dose, en fonction de leur commande. Ce prix a été révélé par la secrétaire d'État au budget belge en décembre : 1,78 euro la dose. Il est censé représenter le prix coûtant et sera maintenu jusqu'au 1er juillet 2021, apprend-on dans le contrat récemment dévoilé, sauf si AstraZeneca juge que la pandémie n'est pas terminée.

Ainsi, le coût total de la commande de 300 millions de doses s'élèverait à 870 millions d'euros. Soit 120 millions d'euros de plus que ce qui avait été apparemment envisagé par l'alliance, d'après des informations divulguées par le ministère italien de la santé à l'époque.

Lire l'article : A la recherche du vaccin contre le Covid-19 : la course acharnée entre les laboratoires et les États

Cette toute nouvelle stratégie européenne repose sur un comité de pilotage pour l'achat des vaccins, coprésidé par l'Italienne Sandra Gallina, ancienne négociatrice en chef de l'UE pour le Mercosur et nommée pour l'occasion directrice adjointe de la DG Santé, et Clemens Martin Auer, envoyé spécial pour la santé auprès de l'Autriche. Les Vingt-Sept y sont représentés.

Dès lors que quatre d'entre eux expriment un intérêt pour un candidat vaccin, une phase de négociation à huis clos démarre. Seuls sept pays membres participent à ces négociations : les quatre pays qui formaient l'alliance auxquels se sont ajoutées la Suède, l'Espagne et, plus tardivement, la Pologne. Ces pays, dont la liste n'a jamais été officiellement communiquée, sont caractérisés comme ayant « une capacité de production de vaccins ». Mais la Belgique n'y figure pas, alors qu'elle est le premier pays exportateur de vaccins en Europe.

Soupons de favoritisme

Chacun de ces pays a ensuite nommé son (ou ses) négociateur(s) en chef. Parmi eux, seuls trois noms ont été révélés : Erik Bruinsma, alors au ministère de la santé néerlandais, Cesar Hernandez, l'un des responsables de l'agence espagnole des médicaments (AEMPS) et le Suédois Richard Bergström dont le curriculum vitae n'a pas manqué de susciter des craintes. En effet, ce pharmacien, coordinateur de la vaccination Covid-19 en Suède, était, entre 2011 et 2016, à la tête de la Fédération européenne des industries et associations pharmaceutiques (Efpi) et exerce encore comme consultant dans le secteur pharmaceutique. « Il sera nécessaire de connaître son rôle exact dans ces négociations », commente Olivier Hoedeman, de Corporate Europe Observatory. Le Monde a également pu échanger avec les deux négociateurs qui représentent la France : deux fonctionnaires de l'État qui souhaitent garder l'anonymat.

Concrètement, chaque industriel négocie avec seulement deux de ces représentants des pays négociateurs. « Nous nous partageons les négociations en fonction des intérêts ou de la curiosité de chacun des États », nous ont expliqué les négociateurs français.

Fin décembre, la ministre déléguée à l'industrie, Agnès Pannier-Runacher, a dévoilé que la France avait négocié avec trois des six industriels qui ont, à ce jour, signé un contrat avec la Commission européenne : AstraZeneca, Curevac et Sanofi. Un choix qui n'a pas manqué d'alimenter encore plus les soupçons de favoritisme de Paris pour Sanofi.

Lire aussi Covid-19 : Sanofi va aider Pfizer et BioNTech à produire leur vaccin

De fait, force est de constater que le contrat passé avec Sanofi fait figure d'ovni dans la chronologie des événements. Il s'agit du deuxième contrat européen, après AstraZeneca. Lors de sa signature, le 18 septembre, ce candidat ne satisfait pas au critère minimum pour être auditionné par le comité scientifique français, à savoir des manipulations chez le singe démontrant une protection. Il ne satisfait pas non plus à l'un des critères pour débiter les négociations au niveau de la Commission : que le vaccin ait commencé un essai clinique.

Le candidat industriel français a beau être déjà un outsider de la course, cela ne l'empêche pas de signer ce deuxième contrat pour 300 millions de doses, sans obligation d'achat précisent certaines sources. En contrepartie d'un prépaiement de 324 millions d'euros d'après Reuters, Sanofi se serait notamment engagé à construire une usine en France qui serait disponible en cas de crise, dit-on à la Commission.

« Capacité prouvée de production de masse » « Nous avons eu pas mal de discussions au sein du comité scientifique pour savoir comment on devait réagir si les décisions politiques ne suivaient pas nos avis, raconte aujourd'hui Marie-Paule Kieny, qui préside le comité. Mais il faut être conscient que nos évaluations ne couvrent que les aspects scientifiques. Il y a beaucoup d'autres éléments qui entrent en ligne de compte, qui ne relèvent pas de la science, comme le prix ou les délais de livraison. L'évaluation scientifique et technique n'est qu'un élément parmi d'autres. »

Lors d'une audition au Parlement européen, Stella Kyriakides, la commissaire européenne à la santé, a ainsi justifié le contrat avec l'industriel français : « Pour Sanofi, les facteurs décisifs ont été le type de vaccin, le délai, le prix et la capacité prouvée de production de masse et de distribution. (...) Sanofi est un producteur bien établi dans l'UE, avec un procédé éprouvé. »

Article réservé à nos abonnés Lire aussi Ursula von der Leyen : « La stratégie de vaccination européenne est la bonne »

Il faut attendre ensuite le 8 octobre pour qu'un troisième contrat soit signé, avec l'américain Johnson & Johnson, par sa filiale belge Janssen Pharmaceutica NV. Cette fois, 200 millions de

doses sont sécurisées, avec une option pour l'achat de 200 millions de doses supplémentaires, pour un prépaiement évalué à 360 millions par Reuters. Les critères sont respectés : une publication chez le primate est disponible et des essais cliniques de phase 3 ont débuté. Un bémol toutefois : ce vaccin fonctionne comme celui d'AstraZeneca, avec un adénovirus pour vecteur. D'où des appréciations modérées de la part des scientifiques.

D'après certaines sources, ce candidat aurait été poussé par les Pays-Bas, qui hébergent un centre de recherche et de production de ce vaccin, à Leiden. Les opérations de remplissage et de conditionnement sont prévues quant à elles à Anagni, en Italie. Nous ne savons pas quels pays ont négocié avec cet industriel.

. C'est le cas de Moderna, dont les essais cliniques débutent avant tous les autres concurrents, dès mars 2020. Une première publication sur le singe est disponible dès juillet. Pour autant, son pré-achat n'est signé que le 24 novembre et porte sur le plus petit volume contractualisé à ce jour : 160 millions de doses. Le montant du prépaiement est inconnu. Dans un entretien accordé à L'Express début janvier, le PDG de l'entreprise américaine, Stéphane Bancel, n'a pas mâché ses mots : « L'Europe a trop misé sur le succès des laboratoires européens, tacle le centralien français. Ne pas avoir commandé plus de doses à Moderna sachant les retards de Sanofi ou de Curevac n'avait pas beaucoup de sens ! »

« Résultats impressionnants »

Le cas du vaccin Pfizer-BioNTech est un peu plus compliqué. « Le candidat vaccin qu'ils défendaient en juin-juillet, appelé BNT162b1, était mal toléré », retrace l'immunologiste Stéphane Paul. Dans la publication de leur essai de phase 1, parmi les participants qui ont reçu une seconde dose de ce vaccin, 75 % ont eu une fièvre, 83 % ont ressenti une fatigue et 67 % des frissons. Des effets indésirables plus fréquents que d'habitude. D'où un changement de cap de dernière minute : la phase 3 se lance avec l'autre candidat, BNT162b2. La différence ? Ce dernier code pour l'ensemble de la protéine Spike, qui permet au virus de pénétrer à l'intérieure de nos cellules, alors que le candidat précédent ne codait que pour une partie de celle-ci. Avec un même niveau de réponse immunitaire, ce deuxième candidat provoque moins d'effets secondaires. Une fois ce nouveau candidat engagé dans la dernière phase clinique, les appréciations des scientifiques n'ont eu de cesse de s'améliorer. Jusqu'à l'analyse finale de l'essai, le 9 novembre, qui a époustoufflé tout le monde.

« Je crois que peu de monde s'attendait à des résultats aussi impressionnants », avoue la présidente du Comité scientifique des vaccins Covid-19, Marie-Paule Kieny. Le contrat avec le duo germano-américain est signé quelques jours plus tard, le 11 novembre. Il porte sur 200 millions de doses, avec une option pour 100 millions de doses supplémentaires. Le prépaiement pourrait s'élever à 700 millions d'euros, d'après Reuters, un montant qui n'a pas été confirmé publiquement.

Lire aussi la tribune : « L'insécurité budgétaire dont souffrira la nouvelle agence sur les maladies infectieuses émergentes ne peut qu'être néfaste »

Moderna comme Pfizer estiment qu'ils auraient pu livrer plus tôt, et avec plus de volumes, si les contrats avaient été signés plus rapidement. « Dans certains pays développés, les gouvernements ont mis quinze jours entre la première discussion et la signature, et ont ensuite viré les fonds la semaine suivante pour nous permettre d'acheter les matières premières ! J'ai eu mes premières discussions avec l'Europe au printemps... », disait Stéphane Bancel lors d'un entretien accordé au Monde le 11 novembre.

« N'être responsables de rien »

Face aux accusations de favoriser les laboratoires européens, les négociateurs répondent qu'ils cherchent avant tout à « sécuriser l'approvisionnement » : « Quelle garantie l'Europe et les pays européens ont-ils d'avoir accès à des vaccins sachant qu'avec la crise, les frontières peuvent se fermer très facilement et certains pays pourraient retenir des produits ? », insistent-ils. D'où ce critère lors des négociations qu'un maximum de la chaîne de

fabrication des vaccins soit localisé sur le sol européen. D'autant que certains pays, comme les États-Unis ou le Royaume-Uni, semblent avoir ajouté des clauses de restrictions à l'exportation des doses fabriquées sur leur sol.

« Ce qui est choquant, c'est à quel point les négociations se sont éternisées », critiquent certains acteurs. Et ce, même une fois la stratégie européenne mise en place. Comment expliquer de telles lenteurs ? « Parce que contrairement à d'autres, nous avons négocié », répond-on à la Commission. « L'Europe a sécurisé des vaccins pour toute sa population, mais sans accepter n'importe quelles conditions des firmes », renchérit Marie-Paule Kieny. Une posture d'autant plus difficile à tenir que les premiers contrats de pré-achats signés par les États-Unis ont « de facto fixé des standards restrictifs pour les autres contrats internationaux », analyse Anne Bucher, ex-directrice générale de la santé à la Commission européenne, qui vient de publier un rapport pour le cercle de réflexion Terra Nova.

« Lorsque Moderna et Pfizer-BioNTech, mais aussi Johnson & Johnson entrent en négociation avec la Commission européenne, ils ont comme référentiel les réglementations américaines », explique Antoine Mialhe, directeur du département santé de l'agence d'affaires publiques FTI Consulting à Bruxelles, qui accompagne notamment Moderna dans ses démarches européennes. Des réglementations très différentes, particulièrement envers le régime de responsabilité dont les firmes sont exemptes aux États-Unis en cas d'urgence sanitaire.

« Aux États-Unis, ils ont passé une loi au niveau du Congrès qui protège les fabricants. (...) Les sociétés sont protégées s'il y avait un problème de sécurité qui n'était pas visible lors des essais cliniques. En Europe, c'est encore en discussion. C'est un des points qui sont compliqués à gérer », expliquait Stéphane Bancel, le patron de Moderna, à l'automne. Un haut responsable de la Commission européenne confirme : « Les entreprises avaient une demande très forte de n'être responsables de rien du tout. Elles voulaient le même genre de clause qu'aux États-Unis. »

Négociations interminables

En l'absence de transparence, difficile de savoir ce qui a finalement été convenu. Sandra Galina, qui remplace désormais Anne Bucher à la tête de la direction générale de la santé de la Commission, l'a répété : « Nous avons toujours défendu une voie européenne de responsabilité, une voie européenne d'indemnisation. » Toutefois, dans les deux contrats rendus publics, on peut lire que les États membres participants s'engagent « à indemniser et dégager de toute responsabilité » le laboratoire en cas de recours de tiers (une clause appelée « hold harmless clause », art. 14.1 pour AstraZeneca et 1.23.3 pour Curevac).

Les négociateurs décrivent ainsi la « ligne de partage » : les industriels restent responsables juridiquement en cas de défaut du produit qui serait lié notamment à des cas de non-respect des bonnes pratiques en matière de production mais l'indemnisation en cas d'effets secondaires est à la charge des États. AstraZeneca semble cependant avoir obtenu un assouplissement de cette responsabilité industrielle : le laboratoire doit uniquement faire preuve de « ses meilleurs efforts raisonnables pour assurer que les doses initiales pour l'Europe seront fabriquées conformément aux bonnes pratiques de fabrication » (art. 13.1.d).

Enfin, il y a la question du prix. « Les standards américains tendent à renchérir le prix des vaccins », juge Anne Bucher. D'après les négociateurs, « le prix était un des points les plus complexes à négocier ». Moderna comme Pfizer-BioNTech, les deux derniers contrats de la Commission, sont les vaccins les plus chers du portefeuille européen. Même s'il est délicat de comparer les prix à l'international – il faudrait notamment connaître les prépaiements par vaccin –, **l'Europe a négocié des prix globalement inférieurs à ceux des États-Unis ou du Royaume-Uni.**

Est-ce la raison de ces négociations interminables ? Est-ce que ces prix plus bas expliquent aussi le peu de clauses contraignantes en cas d'éventuels retards de livraison par exemple ? « Les prix et les volumes ont été fixés bien avant la signature du contrat », dès août dans le cas de Moderna, souligne-t-on au ministère de l'économie et des finances français. « Si les signatures formelles

des contrats ont pu être plus tardives, c'est pour des raisons bien éloignées des prix. » Sans pour autant donner davantage de précisions.

« Je ne crois pas que le prix soit la faiblesse des contrats européens. On retrouve en réalité le même écart que pour les autres médicaments, autour de 30 % moins chers en Europe qu'aux États-Unis. Par ailleurs, les volumes des contrats signés par la Commission européenne sont plus importants, ce qui explique aussi les prix plus compétitifs, assure également le lobbyiste Antoine Mialhe. La vraie question est plutôt : pourquoi avons-nous eu besoin de Pfizer-BioNTech et Moderna pour nous sortir de cette situation ? »

Dans son rapport, Anne Bucher apporte un élément de réponse : « Contrairement aux États-Unis, où l'investissement public dans la recherche en vaccins est passé de 13 millions d'euros à 42,2 millions d'euros entre 2002 et 2008, les pouvoirs publics en Europe se sont désengagés de la recherche en vaccins, les subventions passant de 23,2 millions à 1,9 million sur la même période. »

En attendant de connaître la réalité de ces contrats et des négociations, il y a fort à parier que les controverses continueront d'aller bon train.

Cette enquête fait partie du projet européen #BehindthePledge, financé par Journalismfund et IJ4EU. Ludovica Jona (Italie), Hristio Boytchev (Allemagne), Lucien Hordijk (Pays-Bas), Priti Patnaik (Suisse) et Staffan Dahllöf (Danemark) y ont également contribué

La Commission a conclu des contrats d'achat anticipé avec différents fabricants de vaccins au nom des États membres. En échange du droit d'acheter un certain nombre de doses de vaccin dans un délai donné et à un prix donné, la Commission a financé une partie des coûts initiaux supportés par les producteurs de vaccins grâce à l'instrument d'aide d'urgence, doté d'une enveloppe de 2,7 milliards d'euros.

Ce financement est considéré comme un acompte sur les vaccins que les États membres achètent. Les producteurs de vaccins peuvent obtenir un soutien complémentaire sous forme de prêts de la Banque européenne d'investissement. Cette approche permettra de diminuer les risques pour les entreprises, tout en accélérant la fabrication.

La Commission a décidé de soutenir plusieurs vaccins sur la base d'une évaluation scientifique solide, de la technologie utilisée et de la capacité à approvisionner l'ensemble de l'UE.

La mise au point d'un vaccin est un processus long et complexe, qui dure normalement une dizaine d'années. Grâce à la stratégie en matière de vaccins, la Commission a pu soutenir les efforts déployés et rendre le développement plus efficace, ce qui a permis de distribuer des vaccins sûrs et efficaces dans l'UE dès la fin de 2020. Il a fallu pour cela que les essais cliniques et les investissements dans les capacités de production soient menés de front, de façon à pouvoir fabriquer des millions de doses d'un vaccin efficace. Des procédures d'autorisation ainsi que des normes de sécurité strictes et solides sont respectées à tout moment.

Vaccins autorisés

À ce jour, 4 vaccins sûrs et efficaces contre la COVID-19 ont été autorisés dans l'UE, à la suite de recommandations scientifiques positives de l'Agence européenne des médicaments:

BioNTech-Pfizer

Le 21 décembre 2020, la Commission européenne a accordé une autorisation de mise sur le marché conditionnelle pour le vaccin mis au point par BioNTech et Pfizer, faisant de celui-ci le premier vaccin contre la COVID-19 autorisé dans l'UE. Cette autorisation, qui est approuvée par les États membres, fait suite à une recommandation scientifique positive de l'Agence européenne des médicaments, fondée sur une évaluation approfondie de l'innocuité, de l'efficacité et de la qualité du vaccin. Le contrat d'achat anticipé conclu avec BioNTech-Pfizer prévoit l'achat initial de 200 millions de doses pour le compte de tous les États membres de l'UE, ainsi qu'une option pour l'achat d'un maximum de 100 millions de doses supplémentaires. Le

15 décembre 2020, la Commission a décidé d'acheter ces 100 millions de doses supplémentaires. En outre, le 8 janvier 2021, la Commission a proposé aux États membres d'acheter 200 millions de doses supplémentaires du vaccin de BioNTech-Pfizer, avec la possibilité d'acquérir 100 millions de doses supplémentaires.

Les États membres peuvent décider de faire don du vaccin à des pays à revenu faible et intermédiaire ou de le retransférer vers d'autres pays européens.

Le 10 mars 2021, la Commission européenne est parvenue à un accord avec BioNTech-Pfizer concernant la livraison aux États membres de 4 millions de doses supplémentaires de vaccins contre la COVID-19, afin de lutter contre les foyers de coronavirus et de faciliter la libre circulation par-delà les frontières. Ces doses viennent s'ajouter au calendrier des livraisons actuellement convenu entre les États membres et BioNTech-Pfizer.

Le 20 mai 2021, la Commission européenne a signé un troisième contrat d'achat avec BioNTech-Pfizer. Ce contrat a pour objet de réserver 1,8 milliard de doses supplémentaires, pour le compte de tous les États membres de l'Union, entre fin 2021 et 2023. Il permettra l'achat de 900 millions de doses du vaccin actuel et d'un vaccin adapté aux variants (si celui-ci est nécessaire et est approuvé), avec une option pour l'achat de 900 millions de doses supplémentaires.

La version expurgée du contrat d'achat anticipé est disponible, avec l'accord de BioNTech-Pfizer. Le contrat d'achat est également disponible.

Moderna

Le 6 janvier 2021, la Commission européenne a accordé une autorisation de mise sur le marché conditionnelle pour le vaccin contre la COVID-19 mis au point par la société Moderna, faisant de celui-ci le deuxième vaccin dont l'utilisation est autorisée dans l'UE.

Cette autorisation, qui est approuvée par les États membres, fait suite à une recommandation scientifique positive de l'Agence européenne des médicaments, fondée sur une évaluation approfondie de l'innocuité, de l'efficacité et de la qualité du vaccin.

Le contrat d'achat anticipé conclu avec Moderna prévoit l'achat initial de 80 millions de doses pour le compte de tous les États membres de l'UE, ainsi qu'une option sur un volume pouvant aller jusqu'à 80 millions de doses supplémentaires. Le 15 décembre 2020, la Commission a décidé d'acheter 80 millions de doses supplémentaires. Le 17 février 2021, la Commission européenne a approuvé un deuxième contrat avec la société pharmaceutique Moderna, qui prévoit un achat supplémentaire de 300 millions de doses (150 millions en 2021 et une option d'achat de 150 millions supplémentaires en 2022) pour le compte de tous les États membres de l'UE.

Les contrats permettent à tous les États membres de l'UE d'acheter le vaccin et également d'en faire don à des pays à revenu faible ou moyen ou de le retransférer vers des pays européens. Avec l'accord de Moderna, les versions expurgées du contrat d'achat anticipé et du contrat d'achat sont disponibles.

AstraZeneca

Le 29 janvier 2021, la Commission européenne a accordé une autorisation de mise sur le marché conditionnelle pour le vaccin contre la COVID-19 mis au point par la société AstraZeneca, faisant de celui-ci le troisième vaccin dont l'utilisation est autorisée dans l'UE.

Cette autorisation, qui est approuvée par les États membres, fait suite à une recommandation scientifique positive de l'Agence européenne des médicaments, fondée sur une évaluation approfondie de l'innocuité, de l'efficacité et de la qualité du vaccin.

La Commission a rendu publique la version expurgée du contrat d'achat anticipé, avec l'accord d'AstraZeneca.

Le 18 juin 2021, le Tribunal de première instance de Bruxelles a ordonné à AstraZeneca de fournir des doses de vaccin à l'UE.

Johnson & Johnson

Le 11 mars 2021, la Commission européenne a délivré une autorisation de mise sur le marché conditionnelle pour le vaccin contre la COVID-19 mis au point par Janssen Pharmaceutica NV, l'une des sociétés pharmaceutiques Janssen de Johnson & Johnson, faisant de celui-ci le quatrième vaccin contre la COVID-19 autorisé dans l'UE. Cette autorisation, qui est approuvée par les États membres, fait suite à une recommandation scientifique positive de l'Agence européenne des médicaments, fondée sur une évaluation approfondie de l'innocuité, de l'efficacité et de la qualité du vaccin. Grâce à cette autorisation de mise sur le marché conditionnelle, Janssen pourra, à partir du deuxième trimestre 2021, fournir à l'Union 200 millions d'unités de son vaccin à dose unique contre la COVID-19. Le contrat, qui a été conclu le 7 octobre 2020, permet aux États membres d'acheter 200 millions de doses supplémentaires.

La Commission a rendu publique la version expurgée du contrat d'achat anticipé, avec l'accord de Johnson & Johnson.

Vaccins en cours de développement

2 contrats ont été conclus en vue de l'achat de vaccins, une fois que leur innocuité et leur efficacité auront été démontrées:

Sanofi-GSK

Le 18 septembre 2020, le contrat d'achat anticipé entre Sanofi-GSK et la Commission européenne, négocié au nom des États membres de l'UE, est entré en vigueur. Il permettra à tous les États membres de l'UE d'acheter jusqu'à 300 millions de doses, une fois que le vaccin aura fait la preuve de son innocuité et de son efficacité.

Sous réserve de considérations réglementaires, les entreprises concernées espèrent mettre le vaccin à disposition pour le second semestre 2021. Sanofi et GSK s'efforceront également de fournir une part importante de leurs vaccins via le mécanisme COVAX («COVID-19 Vaccines Global Access») — le pilier vaccinal de l'«accélérateur d'accès aux outils contre la COVID-19» pour les pays à revenu faible et intermédiaire.

Une version expurgée du contrat d'achat anticipé est disponible, avec l'accord de Sanofi-GSK.

CureVac

Le 19 novembre 2020, le contrat négocié au nom des États membres de l'UE entre CureVac et la Commission est entré en vigueur.

Il prévoit l'achat initial de 225 millions de doses pour le compte de tous les États membres de l'UE, ainsi qu'une option sur un volume pouvant aller jusqu'à 180 millions de doses supplémentaires, une fois que le vaccin aura fait la preuve de son innocuité et de son efficacité.

Le 6 juillet 2020, CureVac, une entreprise européenne établie en Allemagne, a signé un accord de prêt de 75 millions d'euros avec la Banque européenne d'investissement pour la mise au point et la production à grande échelle de vaccins.

La Commission a rendu publique la version expurgée du contrat d'achat anticipé, avec l'accord de CureVac.

Discussions préliminaires

Les discussions préliminaires devraient aboutir à un contrat d'achat anticipé, financé au moyen de l'instrument d'aide d'urgence, qui dispose de fonds consacrés à la création d'un portefeuille de vaccins potentiels fabriqués par différentes entreprises. Celles qui ont un candidat vaccin prometteur qui est déjà au stade des essais cliniques ou sur le point d'accéder à ce stade, sont invitées à prendre contact avec la Commission à l'adresse suivante: EC-VACCINES@ec.europa.eu

Novavax Le 17 décembre 2020, la Commission européenne a conclu des discussions préliminaires avec l'entreprise pharmaceutique Novavax en vue d'acheter son vaccin potentiel contre la COVID-19. Il s'agit d'un vaccin sous-unitaire à base de protéines qui en est déjà au stade des essais cliniques de phase 3. Le contrat envisagé avec cette entreprise prévoirait la possibilité, pour tous les États membres de l'UE, d'acheter d'abord 100 millions de doses, puis 100 millions de doses supplémentaires.

Valneva

Le 12 janvier 2021, la Commission européenne a conclu des discussions préliminaires avec l'entreprise pharmaceutique Valneva en vue d'acheter son vaccin potentiel contre la COVID-19. Le contrat envisagé avec Valneva prévoirait la possibilité, pour tous les États membres de l'UE, d'acheter d'abord 30 millions de doses, puis jusqu'à 30 millions de doses supplémentaires.

Certificat COVID numérique de l'UE

Le 17 mars 2021, la Commission a adopté une proposition législative établissant un cadre commun pour un certificat COVID numérique de l'UE couvrant la vaccination, les tests et le rétablissement. Il s'agit d'une approche au niveau de l'UE en ce qui concerne la délivrance, la vérification et l'acceptation de certificats visant à faciliter la libre circulation dans l'UE, dans le respect le plus strict du principe de non-discrimination et des droits fondamentaux des citoyens de l'UE.

Processus et gouvernance en matière de vaccination dans l'UE

EU flag

La Commission a mis en place et préside un comité de pilotage composé de représentants de tous les États membres participants. Ce comité assistera la Commission en lui fournissant des orientations et une expertise tout au long du processus.

Image of a group of people

Le comité de pilotage comprend une petite équipe d'experts des États membres, qui épaula la Commission pendant les négociations et forme l'équipe conjointe de négociation.

Critères de financement

Les critères permettant de déterminer les producteurs de vaccins devant être soutenus comprennent:

la rigueur de l'approche scientifique et de la technologie utilisée ;

la rapidité et la capacité de livraison de quantités suffisantes de vaccins en 2020 et 2021;

le coût ;

le partage des risques et la couverture de responsabilité requise ;

les différentes technologies couvertes ;

la capacité de production dans l'UE ;

la solidarité mondiale: un engagement à offrir de futures doses de vaccin à des pays partenaires afin de mettre fin à la pandémie mondiale ;

un dialogue précoce avec les organismes de régulation de l'Union, dans l'intention de solliciter une autorisation de mise sur le marché de l'Union pour le(s) vaccin(s) candidat(s).

Mécanisme de transparence et d'autorisation pour les exportations de vaccins

Afin de garantir à tous les citoyens de l'UE un accès rapide aux vaccins contre la COVID-19 et de remédier au manque actuel de transparence des exportations de vaccins en dehors de l'UE, la Commission européenne a adopté, le 29 janvier 2021, une mesure exigeant que ces exportations soient soumises à une autorisation d'exportation délivrée par les États membres.

La Commission a investi des sommes importantes dans l'accroissement de la capacité de production des développeurs de vaccins dans l'UE. Le but est d'accélérer la livraison des vaccins aux citoyens européens et de soutenir les stratégies de planification et de vaccination pour protéger la santé publique.

Il est donc raisonnable que l'UE contrôle l'utilisation des fonds versés dans le cadre des contrats d'achat anticipé (CAA), en particulier dans un contexte où il peut y avoir une pénurie de vaccins essentiels contre la COVID-19.

L'objectif principal est de garantir la transparence publique aux citoyens européens. Au titre du système de transparence et d'autorisation, les entreprises devront notifier aux autorités des États membres leur intention d'exporter des vaccins produits dans l'Union européenne.

.

Les premières prévisions en matière de distribution sont disponibles.

Documents

Version expurgée des contrats d'achat anticipé

Redacted Purchase Agreement on vaccines against COVID-19 and Sars-Cov-2 variants – BioNTech-Pfizer

Anglais (13.7 Mo - PDF)

Moderna - Redacted Purchase Agreement

Anglais (26.9 Mo - PDF)

Depuis, la Commission a également proposé – dans le cadre du nouveau budget pluriannuel de l'UE – la création de stocks stratégiques de ces matériels au niveau européen

Un aperçu de la solidarité européenne en action

Ce que l'UE a déjà fait

En ces temps de crise, l'UE et ses États membres collaborent et s'entraident.

L'UE a déjà mobilisé des ressources afin de soutenir la réaction d'urgence face au virus, en garantissant la fourniture d'équipements de protection, en stimulant la recherche et en soutenant nos partenaires dans le monde qui en ont besoin.

Comment l'UE soutient les systèmes de soins de santé

Comment l'UE promeut la recherche et le développement de vaccins sûrs contre la COVID-19

Comment l'UE fait face aux retombées économiques de la pandémie de COVID-19

Comment l'UE coordonne les mesures relatives aux déplacements et aux transports pendant la pandémie

Infographie - Comment fonctionne le mécanisme IPCR de réaction aux crises

Coordination de crise dans le contexte de la pandémie de COVID-19

Grâce à ce mode "partage de l'information", les États membres ont accès à :

des rapports de connaissance et d'analyse de la situation, établis régulièrement par la Commission européenne et le Service européen pour l'action extérieure (SEAE)

une page spécifique sur une plateforme web sécurisée pour partager des informations

Compte tenu de l'évolution de la situation et des différents secteurs touchés (santé, protection consulaire, protection civile, économie) par la pandémie de COVID-19,

Tout au long de la crise, la présidence croate a régulièrement organisé des tables rondes afin de faciliter l'échange d'informations et la coordination de la réaction face à la crise provoquée par la pandémie de COVID-19. Tant la présidence allemande (juillet-décembre 2020) que la présidence portugaise (à partir de janvier 2021) ont décidé de maintenir le dispositif IPCR en mode "activation totale".

Flambée de COVID-19: la présidence renforce la réaction de l'UE en déclenchant le dispositif IPCR en mode "activation totale" (communiqué de presse, 2 mars 2020)

La réaction du Conseil en cas de crises - IPCR (informations générales)

À la fin du mois de février 2020, l'Italie a fait état d'une forte augmentation du nombre de cas de COVID-19, concentrés dans les régions septentrionales du pays. La plupart des autres États membres de l'UE ont commencé à signaler des cas de personnes infectées.

En mars 2020, tous les États membres de l'UE avaient signalé des cas de COVID-19. Depuis, le nombre de cas a continué à augmenter.

Le Conseil, en concertation avec d'autres institutions de l'UE, suit la situation de près et prend des mesures. En particulier, l'UE adopte les textes législatifs nécessaires et une coordination continue avec les États membres est mise en place afin d'échanger des informations, d'évaluer les besoins et d'assurer une réaction cohérente à l'échelle de l'UE.

COVID-19: dernières mises à jour du Conseil

Pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) (OMS)

Nombre de cas de COVID-19 signalés au sein de l'UE/EEE et au Royaume-Uni: mise à jour quotidienne (Centre européen de prévention et de contrôle des maladies)

La réponse de l'UE face au coronavirus (Parlement européen)

Soutenir les régions et les villes dans la lutte contre le coronavirus (Comité européen des régions)

COVID-19: tableau de bord interactif actualisé (ECDC)

Politique sanitaire commune en Europe: la pandémie, un tournant?

La pandémie de Covid-19 interroge le rôle de l'Union européenne dans les politiques de santé menées sur le Vieux continent. Des dysfonctionnements sont apparus, mais aussi une volonté de progresser sur dans la construction d'une politique sanitaire commune. Analyse.

Entretien réalisé par Adélaïde Patrignani – Cité du Vatican

Plusieurs fois ces derniers mois, l'UE s'est retrouvée sous le feu des critiques concernant le domaine de la santé, notamment au sujet de la répartition des vaccins et de leur délai de

livraison. Ce n'est pas la première fois que Bruxelles est fustigée pour sa gestion défailante: la crise de la vache folle dans les années 1980, ou l'usage controversé du glyphosate plus récemment, ont également été l'occasion de vifs débats entre les pays européens et d'autres acteurs –entreprises, associations, groupes de lobbying...

Mieux se préparer aux crises sanitaires

Cette marge de manœuvre limitée tend toutefois à s'élargir, en particulier face à l'aggravation de la situation sanitaire liée à la pandémie de Covid-19. La Commission a ainsi présenté dès novembre 2020 une liste de propositions afin de mieux préparer l'Europe face aux prochaines crises sanitaires. Il est par exemple prévu de renforcer le rôle du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et de l'Agence européenne des médicaments (EMA).

Alors que l'Europe a été très fortement touchée par l'épidémie de Covid-19 (20 % des cas et des morts enregistrés au niveau mondial), la réponse sanitaire apportée par l'Union en tant que bloc est apparue non coordonnée et limitée. La principale raison de cette réponse décevante est à chercher du côté des compétences de l'Union, la compétence de l'Union en matière de santé étant relativement limitée. En effet, en matière de santé, la compétence de l'Union est largement une compétence d'appui. Ainsi, concernant les « menaces transfrontières graves pour la santé » (dont les pandémies), la compétence de l'Union vient « compléter les politiques nationales » de détection, d'alerte et de lutte. Jusqu'à récemment, cette compétence d'appui a été interprétée de manière relativement étroite. La crise du Covid-19 expose largement les insuffisances de l'approche européenne dans le domaine.

Dans un état certain d'impréparation face au risque pandémique, les États membres de l'Union européenne n'ont pas cherché à coordonner leur action au niveau européen. D'autant que les stratégies sanitaires définies et mises en œuvre aux différents niveaux nationaux divergeaient parfois significativement entre les tenants d'un arrêt de la circulation du virus (Italie, Espagne, France) et ceux de l'immunité collective (Suède, Royaume-Uni, Pays-Bas). D'où l'absence de coordination sur les fermetures de frontières et les conditions de mobilité entre États membres. Mais ce qui était compréhensible au début de la crise l'est beaucoup moins un an après. Pourtant, force est de constater que les restrictions de voyage ne font toujours pas l'objet d'une coordination optimale au niveau européen, alors même que les stratégies sanitaires tendent à s'harmoniser (les tenants de l'immunité collective ayant quasiment disparu). La sortie sanitaire de la crise pandémique reste encore largement à définir.

Pour autant, la décision de confier à la Commission européenne la négociation, l'acquisition et la répartition des différents vaccins est un game-changer dans l'approche sanitaire européenne. Elle empêche, en effet, le développement d'un nationalisme vaccinal au sein de l'UE qui aurait abouti à laminer la cohésion européenne et à rendre encore plus hypothétique un retour de l'espace Schengen à un fonctionnement normal. Certes, le récent imbroglio autour du mécanisme européen de contrôle des exportations de vaccin et de ses implications pour la frontière entre les deux Irlande est éminemment regrettable. Mais cet épisode ne doit pas amener à condamner la saine démarche des États membres d'acquiescer en commun les vaccins.

Union européenne : qu'est-ce que la pandémie de Covid-19 nous révèle de sa gestion de crise ?

Interview 8 juillet 2020

Le point de vue de Edouard Simon

La réaction tardive des institutions européennes, conjuguée à l'absence d'une approche unifiée des différents pays européens, a rendu difficile la formulation d'une réponse cohérente d'un point de vue sanitaire. Toutefois, la gravité de la crise, sans précédente, bouleverse profondément les structures et la solidarité européenne. Entretien avec Édouard Simon, directeur de recherche à l'IRIS, spécialiste des questions européennes.

Comment comprendre le réveil tardif de l'Europe face à la pandémie de Covid-19 ?

Il est possible d'avancer plusieurs raisons pour expliquer ce réveil tardif. D'une part, les dirigeants des institutions européennes, tout comme les dirigeants européens, ont été surpris et sidérés par la crise sanitaire provoquée par le coronavirus. Il faut également se souvenir que la commission von der Leyen est en place uniquement depuis le début de l'année, et elle doit faire face à une crise majeure sur le territoire de l'Union européenne (UE). Par ailleurs, cette crise a des conséquences dans des champs politiques nombreux, pour certains desquels l'UE n'est pas forcément compétente. C'est notamment le cas dans le domaine sanitaire. Pour autant, l'Union possède une compétence en matière de gestion de crise, compétence pour laquelle elle possède à la fois légitimité et antériorité. Mais, la réponse dans ce domaine a été très décevante, et il nous faut tirer les leçons de cet épisode dès maintenant afin de pouvoir améliorer notre capacité de réaction, en particulier en cas de seconde vague.

Comment se sont organisées la circulation des biens et la solidarité européenne, malgré la fermeture des frontières ?

En l'absence d'une approche sanitaire unifiée au niveau européen, nous avons pu constater, au début de la crise, des réponses nationales parfois incompatibles entre elles. On retrouve ainsi deux grandes stratégies sanitaires mises en place : la stratégie de confinement qui a été mise en place très tôt en Italie, en Espagne ou en France, et celle de l'immunité collective, qui a pu être mis en place – avant d'être abandonnée – aux Pays-Bas, en Suède et au Royaume-Uni. Cela a pu entraîner une approche non coordonnée sur la question de la fermeture des frontières, qui a profondément perturbé le bon fonctionnement du marché intérieur. Par ailleurs, dans un premier temps, des réflexes de repli nationaux ont pu freiner le jeu de la solidarité européenne.

Comment peut-on vacciner le monde ? Cinq défis auxquels est confronté le programme COVAX soutenu par l'ONU

5 avril 2021

Santé

L'objectif du programme COVAX soutenu par l'ONU est de mettre à disposition deux milliards de doses de vaccin contre la Covid-19 à environ un quart de la population des pays les plus pauvres d'ici la fin de 2021. Quels sont les principaux défis à surmonter pour que cet effort historique mondial puisse être réalisé ?

Les vaccins sont un élément clé de la solution pour mettre fin à la pandémie de Covid-19. Depuis les premiers stades de la crise, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a fait valoir qu'il fallait une approche coordonnée pour garantir que tout le monde, pas seulement les gens vivant dans

des pays riches, reçoit une protection adéquate contre le virus, car il se propage rapidement à travers le monde.

C'est à partir de cette préoccupation **qu'est né le COVAX, le seul mécanisme mondial qui travaille avec les gouvernements et les fabricants pour garantir que les vaccins contre la Covid-19 soient disponibles dans le monde entier à la fois pour les pays à revenu élevé et ceux à faible revenu.**

1) Contrôle des exportations : le maillon le plus faible ?

Au début de la pandémie, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (Unicef) a constitué un stock d'un demi-milliard de seringues dans des entrepôts situés à l'extérieur des pays qui les produisent. Sa prévoyance a porté ses fruits : les pays ont mis des contrôles à l'exportation sur les seringues, les prix ont grimpé en flèche et les approvisionnements étaient limités. Plusieurs pays ont également mis en place des contrôles à l'exportation des vaccins qui encourage la thésaurisation, et a pour effet de faire monter les prix et, en fin de compte, de prolonger la pandémie, les restrictions nécessaires pour la contenir et les souffrances humaines et économiques. Cette situation a incité l'OMS à mettre en garde contre le « nationalisme vaccinal ».

Mettre les doses à portée de tous nécessite une chaîne d'approvisionnement mondiale complexe : des ingrédients nécessaires à la production du vaccin, aux bouchons et fioles en verre et en plastique, en passant par les seringues. Pour cette raison, les interdictions ou les contrôles d'exportation sur l'un de ces produits peuvent entraîner des perturbations majeures dans le déploiement des vaccins. En raison des nombreuses façons dont les contrôles des exportations peuvent limiter l'offre, les pays les plus pauvres auront de bien meilleures chances de protéger leurs citoyens s'ils sont capables de fabriquer eux-mêmes des vaccins. « L'OMS soutient les pays dans leurs efforts pour acquérir et maintenir la technologie et la capacité de production de vaccins », a déclaré Diane Abad-Vergara, responsable de la communication COVAX pour l'OMS.

« Ce soutien est apporté par le biais d'initiatives telles que le Réseau des fabricants de vaccins des pays en développement, et les aide à développer des sites de production supplémentaires – en particulier en Afrique, en Asie et en Amérique latine – qui seront essentiels pour répondre à la demande continue de vaccins contre la Covid-19 et de futurs vaccins. « L'expansion de la production à l'échelle mondiale rendrait les pays pauvres moins dépendants des dons des riches », a-t-elle dit.

2) Fournir des vaccins à ceux qui en ont besoin n'est pas facile

Alors que tous les pays qui font partie du COVAX disposent de l'infrastructure nécessaire pour acheminer des palettes de vaccins hors des avions cargo et dans des entrepôts frigorifiques, les étapes suivantes peuvent être plus compliquées. « Le Ghana, le premier pays à recevoir des doses de COVAX, a un bon bilan de distribution de doses », a déclaré Gian Gandhi, coordinateur mondial du COVAX à l'Unicef. « Mais d'autres pays, comme ceux de l'Afrique de l'Ouest francophone, ont eu du mal à rassembler les ressources nécessaires pour répartir les doses et les distribuer sur l'ensemble de leur territoire aux villes et villages où elles sont nécessaires. Cela signifie que, dans de nombreux pays plus pauvres, la plupart des doses sont distribuées dans les grands centres urbains ». « Nous voulons faire en sorte que personne ne manque de vaccins », a dit M. Gandhi. « **Mais, à court terme, la concentration des doses dans les villes signifie au moins que la vaccination des agents de santé et des autres agents de première ligne dans les zones urbaines, où la densité de population plus élevée les expose à un risque d'exposition plus élevé, est une priorité** ».

3) Davantage de financement est nécessaire pour faciliter le déploiement dans les pays les plus pauvres

Une façon d'accélérer le déploiement des vaccins et la livraison depuis les entrepôts urbains aux régions éloignées est, tout simplement, de l'argent. « Le financement est une préoccupation permanente, même en cas de pandémie », a expliqué Mme Abad-Vergara. « **Pour continuer à**

fournir des vaccins à ses 190 membres, le COVAX a besoin d'au moins 3,2 milliards de dollars en 2021. Plus vite cet objectif de financement est atteint, plus vite les vaccins peuvent être à portée de main » **Les contributions de plusieurs pays, en particulier de l'Union européenne (UE), du Royaume-Uni et des États-Unis, ont largement contribué à combler le déficit de financement des vaccins. Cependant, le financement de la distribution de ces vaccins est plus problématique.** L'Unicef estime qu'un montant supplémentaire de 2 milliards de dollars est nécessaire pour **aider les 92 pays les plus pauvres à payer les biens essentiels tels que les réfrigérateurs, la formation des agents de santé, les dépenses des vaccinoteurs et le carburant pour les camions de livraison réfrigérés.** L'agence onusienne appelle les donateurs à verser immédiatement 510 millions de dollars dans le cadre d'un appel humanitaire pour répondre aux besoins urgents.

4) Les pays plus riches doivent partager les vaccins

Le COVAX s'est retrouvé en concurrence avec des pays qui concluent des accords directs avec des sociétés pharmaceutiques, ce qui exerce une pression supplémentaire sur l'offre disponible de vaccins contre la Covid-19. Dans le même temps, les pays plus riches peuvent se retrouver avec un approvisionnement excessif en doses. L'approche actuelle du 'moi d'abord' coûtera finalement plus cher, en termes de vies - Diane Abad-Vergara, Chargée de communication sur le COVAX à l'OMS « Nous appelons ces pays à partager leurs doses excessives et à s'engager avec le COVAX et l'Unicef dès que possible », a dit M. Gandhi, « car il faudra une certaine gymnastique juridique, administrative et opérationnelle pour les amener là où ils sont nécessaires. Malheureusement, nous ne voyons actuellement pas beaucoup de pays à revenu élevé prêts à partager ».

« L'approche actuelle du 'moi d'abord' favorise ceux qui peuvent payer le plus et coûtera finalement plus cher financièrement et en termes de vies », prévient Mme Abad-Vergara. « Mais il est important de noter que les accords bilatéraux n'empêchent pas un pays de recevoir des doses ou de contribuer au COVAX, notamment par le partage des doses ».

5) Les hésitations face à la vaccination : une source de préoccupation constante

Malgré les preuves que la vaccination sauve des vies, les hésitations qui existent dans tous les pays restent un problème qui doit être constamment résolu. Ce phénomène est en partie dû à la désinformation concernant tous les aspects de la Covid-19, qui était une préoccupation avant même qu'une urgence sanitaire mondiale ne soit déclarée. En mai, l'ONU a lancé la campagne « Vérifié » qui combat les mensonges et les messages déformés, avec des informations fiables et précises sur cette crise. « Tout au long de la pandémie, il y a eu une énorme quantité de désinformation tourbillonnante », a dit Mme Abad-Vergara. « L'OMS travaille d'arrache-pied pour la combattre, ainsi que pour renforcer la confiance dans les vaccins et pour impliquer différentes communautés ».

Face à la Covid-19, « nous coulons ou nageons ensemble » : cinq choses à savoir sur le COVAX

2 mars 2021

Santé

Vous avez sans doute entendu parler du COVAX dans l'actualité sur la pandémie de Covid-19 ces derniers jours, notamment dans le cadre de l'envoi de vaccins au Ghana et en Côte d'Ivoire, les premiers arrivés en Afrique. ONU Info vous explique ce qu'est le COVAX et pourquoi ce dispositif est important.

1) Qu'est-ce que le COVAX ?

On espère que deux milliards de vaccins fournis via le COVAX seront distribués en 2021. © Unicef/Ragul Krishnan

Le COVAX (Covid-19 Vaccines Global Access) est le pilier vaccins du programme ACT, dirigé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et des partenaires internationaux, pour développer un ensemble d'outils de lutte contre le virus. Selon l'OMS, ce programme soutient l'effort mondial le plus rapide, le plus coordonné et le plus réussi de l'histoire pour lutter contre une maladie. L'objectif est de distribuer deux milliards de doses, principalement aux pays les plus pauvres, en 2021, et de vacciner 27 % de leurs citoyens.

« Personne n'est en sécurité tant que tout le monde n'est pas en sécurité » a été la devise de l'OMS depuis le début de la crise sanitaire mondiale de la Covid-19.

Cependant, les pays les plus riches disposaient des ressources nécessaires pour précommander de grandes quantités de vaccins, garantissant ainsi à leurs populations qu'elles étaient les premières dans la file d'attente lorsque les sociétés pharmaceutiques ont obtenu le feu vert pour délivrer des doses. Cela a incité des experts des droits de l'homme de l'ONU à mettre en garde contre une « thésaurisation des vaccins » et à insister pour qu'ils soient disponibles pour tous.

2) Comment ça marche ?

Financé par des pays plus riches et des donateurs privés, qui ont levé plus de 2 milliards de dollars, le COVAX a été lancé dans les premiers mois de la pandémie, afin de garantir que les personnes vivant dans les pays les plus pauvres ne soient pas laissées de côté lorsque des vaccins efficaces arrivent sur le marché. Le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (Unicef), en collaboration avec l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), a pris la tête des efforts visant à acheter et à fournir des doses.

Quelque 92 pays à faible revenu achètent des vaccins avec le soutien de COVAX, et on s'attend à ce que leurs citoyens les plus pauvres soient vaccinés gratuitement. Environ 80 économies à revenu plus élevé ont annoncé qu'elles financeront les vaccins sur leur propre budget.

3) Quels vaccins sont distribués par le COVAX ?

À la fin de l'année 2020, l'OMS avait commandé près de deux milliards de doses de vaccins existants et candidats pour une utilisation dans le monde entier. Tous ces vaccins ne seront pas efficaces contre le virus, mais l'assemblage d'un si grand réservoir de vaccins signifie que l'agence de santé onusienne peut affirmer avec confiance que le COVAX distribuera suffisamment de doses pour protéger les travailleurs de la santé et sociaux dans tous les pays participants d'ici la mi-2021. Quelque 1,2 million de doses du vaccin Pfizer-BioNTech, qui nécessite un stockage dans une chaîne du froid maximale, doivent être livrées dans 18 pays au premier trimestre 2021, sur un total convenu de 40 millions. Un déploiement beaucoup plus important d'environ 336 millions de doses du vaccin AstraZeneca/Oxford sera envoyé dans presque tous les pays qui ont adhéré au programme COVAX, de l'Afghanistan au Zimbabwe.

4) Quels pays reçoivent les premières doses via le COVAX ?

Fin février, environ 600.000 doses du vaccin AstraZeneca/Oxford, produit sous licence en Inde, sont arrivées au Ghana et 505.000 doses en Côte d'Ivoire. L'OMS a salué ces livraisons comme une étape historique vers l'objectif d'assurer une distribution équitable des vaccins dans le monde.

Ces premières livraisons dans ces deux pays d'Afrique de l'Ouest font partie des 90 millions de doses initiales qui doivent être envoyées en Afrique via le dispositif COVAX au premier semestre 2021, soutenant l'inoculation d'environ 3 % des personnes qui ont le plus besoin de protection, y compris les agents de santé et autres personnes vulnérables.

D'ici la fin de l'année 2021, l'espoir est qu'avec la disponibilité de plus de vaccins et l'augmentation de la capacité de production, 600 millions de doses auront été déployées et environ 20 % de la population africaine aura été vaccinée.

5) Pourquoi est-ce important ?

Le virus de la Covid-19 a causé un énorme bilan humain. Plus de deux millions de personnes dans le monde ont succombé au virus. Beaucoup d'autres ont été hospitalisées et ont subi des séquelles qui les ont affaiblies. Le COVAX vise à endiguer ces décès et maladies chroniques.

En outre, des milliards de vies ont été perturbées par les restrictions de voyage, les confinements et d'autres mesures mis en place pour ralentir la propagation du virus. Des millions d'emplois ont été perdus en raison du ralentissement de l'économie mondiale et des services de santé ont été débordés, ce qui rend plus difficile le traitement des patients souffrant de maladies non liées à la Covid.

L'espoir est que les vaccins fournis par le COVAX contribueront à inverser ces tendances dommageables et à ramener le monde à la « normalité ».

Le Directeur général de l'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, a souligné que le COVAX n'est pas un effort caritatif : dans une économie mondiale hautement interconnectée, des vaccins efficaces, largement disponibles dans tous les pays, sont le moyen le plus rapide de mettre fin à la pandémie, de relancer l'économie mondiale, et d'assurer une reprise durable. Pour reprendre les mots du chef de l'OMS, « nous coulons ou nous nageons ensemble ».

La pandémie de COVID-19 appelle une réponse mondiale. Pour cela, l'ONU et ses partenaires ont lancé l'initiative COVAX, la plus grande opération d'approvisionnement et de distribution de vaccins de l'histoire.

COVAX est le pilier vaccinal du Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19, ou l'Accélérateur ACT, une collaboration mondiale novatrice visant à accélérer la production et l'égalité d'accès aux produits de diagnostic, aux traitements et aux vaccins contre la COVID-19, y inclus pour les pays les plus pauvres.

L'objectif du programme COVAX soutenu par l'ONU est de mettre à disposition deux milliards de doses de vaccin contre le virus de la COVID-19 à tous les pays du monde, indépendamment de leur richesse, d'ici la fin 2021.

Comment ?

À travers le partenariat COVAX – entre Gavi, l'Alliance du Vaccin, l'OMS, l'Unicef et la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (en anglais : Coalition for Epidemic Preparedness Innovations ou CEPI) – différents acteurs partagent leurs expériences et ont mis en place un réseau de mobilisation unique dans le domaine des vaccins. Ils travaillent main dans la main avec les fabricants et partenaires afin d'assurer l'approvisionnement en doses de vaccin contre la COVID-19 pour tout le monde et contrer le nationalisme vaccinal.

Les engagements pris dans le cadre du Dispositif visant à accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 s'élèvent à 5,1 milliards de dollars USD à la suite de nouvelles contributions.

Déclaration du 13 novembre 2020

Les donateurs s'engagent à financer l'intensification des efforts déployés dans le cadre de l'Accélérateur ACT, mais émettent une mise en garde concernant la nécessité d'obtenir des fonds supplémentaires pour en assurer le succès.

La Commission européenne, la France, l'Espagne, la République de Corée et la Fondation Bill et Melinda Gates s'engagent à contribuer à hauteur de 360 millions de dollars USD au mécanisme COVAX, qui est l'axe de travail vaccins de l'Accélérateur ACT.

Le Président de la République française; la Première Ministre de la Norvège; la Présidente de la Commission européenne, Madame Ursula von der Leyen; le Dr Tedros, Directeur général de l'OMS; Madame Melinda Gates, coprésidente de la Fondation Bill et Melinda Gates, tiennent des discussions sur la nécessité cruciale d'une action multilatérale et du rôle de l'Accélérateur ACT pour mettre fin à la phase aiguë de la pandémie le plus rapidement possible.

Les dirigeants mettent en garde sur le fait que la capacité du monde à inverser fondamentalement la tendance de la pandémie au cours du premier semestre 2021 sera **compromise en cas de retard dans l'obtention du financement d'urgence**.

Des chefs d'État, des responsables du secteur mondial de la santé, **des scientifiques et des représentants du secteur privé se sont réunis cette semaine au Forum de Paris sur la Paix en vue d'examiner les moyens de répondre aux besoins urgents en matière de financement de l'Accélérateur ACT**. Les nouvelles contributions portent le total des engagements à plus de 5,1 milliards de dollars toutefois, 4,2 milliards de dollars USD supplémentaires sont nécessaires d'urgence cette année, et 23,9 milliards de dollars USD seront nécessaires en 2021, afin que les outils puissent être déployés dans le monde entier dès qu'ils seront disponibles.

Depuis avril, le partenariat de l'Accélérateur ACT, lancé par l'OMS et ses partenaires, soutient l'effort mondial le plus rapide, le plus coordonné et le plus réussi de l'histoire visant à mettre au point des outils de lutte contre une maladie. Grâce aux progrès importants réalisés dans le domaine de la recherche-développement par le milieu universitaire, le secteur privé et les initiatives publiques, l'Accélérateur ACT est sur le point d'obtenir un moyen de mettre fin à la phase aiguë de la pandémie en déployant les tests, les traitements et les vaccins dont le monde a besoin.

S'exprimant lors du Forum de Paris sur la Paix, Monsieur Emmanuel Macron, Président de la République française, a déclaré: « Ensemble, nous avons mis en place le système de l'Accélérateur ACT, avec pour ambition de s'inscrire dans le cadre d'une approche de « bien public mondial », à savoir favoriser l'accès de tous à ces outils pour lutter contre cette pandémie. » Madame Ursula von der Leyen, Présidente de la Commission européenne, a rappelé aux délégués que les 28 milliards de dollars USD nécessaires au financement de l'Accélérateur ACT pour atteindre ses objectifs correspondaient à « la même somme que celle que le secteur des transports et le secteur mondial du tourisme perdent en seulement deux jours de confinement ». Elle a ajouté que l'on pouvait « en déduire un message très clair. Il est nettement préférable d'investir maintenant dans l'Accélérateur ACT et dans le mécanisme COVAX – pour la distribution de vaccins dans le monde entier – plutôt que de faire face pendant encore plus longtemps à toutes les mesures de confinement que nous avons subies pendant cette pandémie. »

Le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l’OMS, a déclaré : « Cette pandémie est sans précédent et elle a pris le monde entier en otage. Notre seule option est la coopération et la solidarité. C’est une nécessité. Et le monde en a conscience. »

Madame Erna Solberg, Première Ministre de la Norvège et coprésidente du conseil de facilitation de l’Accélérateur ACT a déclaré : « En matière de financement, nous devons envisager d’autres solutions que l’aide. Nous devons nous intéresser au secteur privé, aux mécanismes innovants, aux autres moyens d’obtenir cet argent, rapidement. Nous devons accélérer davantage nos efforts. »

Madame Melinda Gates, coprésidente de la Fondation Bill et Melinda Gates, a déclaré : « la COVID-19 a rendu toute distinction complètement hors de propos. En effet, dans le contexte de cette pandémie, il n’existe pas de différence entre s’aider soi-même et aider les autres. L’intérêt personnel et l’altruisme sont une seule et même chose. »

En seulement 6 mois, l’Accélérateur ACT, grâce à son partenariat avec les principales organisations internationales œuvrant dans le domaine de la santé, a déjà obtenu des résultats significatifs et concrets : plus de 50 tests diagnostiques sont en cours d’évaluation et de nouveaux tests antigéniques rapides sont mis à la disposition des pays à revenu faible ou intermédiaire ; la dexaméthasone, qui permet de sauver des vies, est utilisée et déployée ; de nouveaux anticorps monoclonaux sont en cours d’évaluation ; 186 pays collaborent avec le mécanisme COVAX, le portefeuille de vaccins le plus important et le plus diversifié au monde ; un portefeuille de recherche diversifié comportant neuf vaccins candidats en cours d’essais cliniques et les exigences relatives aux systèmes en vue de la fourniture des outils de lutte contre la COVID-19 ont été cartographiés dans quatre des six régions du monde.

Le besoin urgent d’un financement de 4,2 milliards de dollars USD permettra de sauver des vies, de jeter les bases d’un système achat et de distribution en masse des outils de lutte contre la COVID-19 dans le monde entier, et de fournir une stratégie de sortie de cette crise économique et humaine mondiale par les moyens suivants :

élargir massivement le dépistage à l’échelle mondiale en augmentant immédiatement le nombre et le volume des nouveaux tests de diagnostic rapide de haute qualité et en facilitant leur utilisation dans les pays dotés de systèmes fragiles ;

transformer les traitements afin de sauver des vies au moyen d’une accélération significative de la disponibilité et de l’utilisation de la dexaméthasone et de l’oxygène, et en assurant des capacités de production d’anticorps monoclonaux ;

mettre en place une vaccination de masse en obtenant dès à présent des doses de vaccins pour lancer leur introduction à l’échelle mondiale afin qu’au moins 20 % de la population mondiale en bénéficient, tout en investissant rapidement dans la recherche-développement, le transfert de technologie et l’augmentation de la capacité de production mondiale ; et

éliminer les obstacles à la gestion de la chaîne d’approvisionnement, à la logistique et à la distribution des outils de lutte contre la COVID-19 au moyen d’évaluations rapides, de plans de distribution intégrés et d’investissements clés dans les pays dotés des systèmes les plus fragiles.

Le financement intégral de l’Accélérateur ACT permettra au monde d’inverser la tendance de la pandémie. Les déficits de financement se traduiront par des retards dans l’accès aux outils en 2021 et le monde continuera à compter sur des interventions non pharmaceutiques telles que les mesures imposant aux populations de rester chez elles et la distanciation physique comme première ligne de défense contre le virus.

Au regard du budget de 38,1 milliards de dollars USD de l’Accélérateur ACT, présenté dans sa nouvelle publication intitulée : Urgent Priorities & Financing Requirements (Priorités urgentes et besoins en matière de financement), des engagements ont été pris à ce jour pour un montant de 5,1 milliards de dollars USD, outre les acomptes de 4,8 milliards de dollars USD. versés par le biais des pays participant au mécanisme COVAX qui assurent leur propre financement. Le

système de suivi des engagements pris dans le cadre de l'Accélérateur ACT (ACT Accelerator Commitment Tracker) fournit des informations détaillées sur le montant total des engagements pris à ce jour.

Le financement intégral de l'Accélérateur ACT permettrait de réduire la durée de la pandémie et de sauver des millions de vies ; en effet, les investissements consentis seraient remboursés en 36 heures seulement, dès la reprise de l'économie mondiale.

L'Accélérateur ACT est composé de 4 axes de travail : les produits de diagnostic, les traitements, les vaccins et le renforcement du système de santé.

L'axe de travail produits de diagnostic, codirigé par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et FIND vise à mettre sur le marché 2 à 3 tests rapides de haute qualité, former 10 000 professionnels de la santé dans 50 pays et mettre en place un dépistage pour 500 millions de personnes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, d'ici mi-2021.

L'axe de travail traitements est dirigé par Unitaid et le Wellcome Trust. Les traitements peuvent jouer un rôle à tous les stades de la maladie : pour prévenir l'infection ; pour éliminer les symptômes et la propagation de l'infection à d'autres groupes ; pour traiter ou prévenir les symptômes ; pour sauver des vies en cas de symptômes graves ; et pour accélérer le rétablissement. Il a pour objectif d'élaborer, de fabriquer, d'acheter et de distribuer 245 millions de traitements dans un délai de 12 mois, afin de contribuer au rétablissement des personnes atteintes de la COVID-19.

L'axe de travail vaccins, dirigé par la CEPI, l'Alliance GAVI, et l'OMS, œuvre à l'accélération des travaux de recherche en vue d'obtenir un vaccin efficace pour tous les pays. Parallèlement, il soutient la mise en place de capacités de fabrication et l'achat anticipé de fournitures afin que 2 milliards de doses puissent être équitablement distribuées d'ici la fin 2021.

L'axe de travail connecteur des systèmes de santé, dirigé par la Banque mondiale et le Fonds mondial, œuvre à faire en sorte que ces outils puissent bénéficier à ceux qui en ont besoin.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dirige les axes de travail transversaux sur l'accès et l'allocation.

Personne ne sera en sécurité tant que tout le monde entier ne le sera pas.

a-t-il fait remarquer.

Il appelle donc tous les pays à investir dans la santé publique et en particulier dans les soins de santé primaires.

D'ici là, le chef de l'OMS a fait un bilan d'étape de la lutte anti-Covid menée dans certains pays. C'est le cas de l'Allemagne, qui en plus d'une « réponse forte », tire également des enseignements. En effet, la chancelière Angela Merkel a annoncé ce week-end la décision de Berlin d'investir « 4 milliards d'euros d'ici 2026 pour renforcer le système de santé publique allemand ».

Non loin de là, « l'Italie a été l'un des premiers pays à connaître une importante épidémie de Covid-19 en dehors de la Chine et, à bien des égards, elle a été un pionnier pour d'autres pays ». « Rome a pris des décisions difficiles fondées sur des preuves et les a maintenues, ce qui a permis de réduire la transmission et de sauver de nombreuses vies », a ajouté le Dr Tedros.

En fait, l'OMS a cité de nombreux exemples de pays qui se sont illustrés dans ce combat contre le nouveau coronavirus. **C'est le cas de la Thaïlande qui « récolte les fruits de 40 ans de renforcement de son système de santé ».** Il y a aussi la Mongolie, voisine de la Chine, « qui a agi très tôt ». « Le premier cas de la Mongolie n'a été signalé qu'en mars et aucun décès n'a encore été signalé ».

Le monde doit être mieux préparé à la prochaine pandémie

Bien que les Amériques aient été la région la plus touchée, l'Uruguay a enregistré le plus faible nombre de cas et de décès en Amérique du Sud, tant au total que par habitant. « Ce n'est pas un accident », avance le Dr Tedros qui rappelle que ce pays « **possède l'un des systèmes de santé les plus solides et les plus résistants d'Amérique latine** ».

Sur le continent africain, **l'île Maurice**, malgré une forte densité de population, avec un taux élevé de maladies non transmissibles et de nombreux voyageurs internationaux, a su tirer de l'expérience acquise en matière de recherche des contacts.

« Nous pourrions citer de nombreux autres exemples, notamment le Cambodge, le Japon, la Nouvelle-Zélande, la République de Corée, le Rwanda, le Sénégal, l'Espagne et le Viêt Nam », a détaillé le Dr Tedros, relevant que certains de ces pays ont ainsi tiré les leçons des précédentes épidémies de SRAS, de MERS, de rougeole, de polio, d'Ebola, de grippe et d'autres maladies ».

C'est pourquoi, l'OMS juge « vital » de tirer toutes les leçons de cette pandémie du coronavirus. Donc en appelant les pays à investir dans la santé publique, le chef de l'OMS a indiqué que le monde doit être mieux préparé à la prochaine pandémie.

« Ce ne sera pas la dernière pandémie », a déclaré Dr Tedros. « L'histoire nous apprend que les épidémies et les pandémies sont une réalité. Mais quand la prochaine pandémie arrivera, le monde devra être prêt - plus prêt que cette fois-ci ».

La pandémie de Covid-19 a fait 880.994 décès sur 26.994.442 cas déclarés dans le monde, selon un bilan établi lundi par l'OMS

Morten Broberg, Une approche critique du Règlement sanitaire mondial (2005) de l'OMS en temps de pandémie : révision impérative

Brèves Accès libre Revue européenne du droit, 3 juillet 2020

La crise sanitaire a mis en évidence les failles des organisations internationales dans la gestion de la crise du Covid-19. En particulier, la gestion de l'épidémie par l'OMS a été très commentée. Morten Broberg identifie pour le Grand continent les carences du Règlement sanitaire mondial et se prononce pour une **nécessaire révision**.

I. Les épidémies : des externalités inévitables et dangereuses

En 2010, lorsque le monde fut frappé de la grippe porcine, Bill Gates, philanthrope et fondateur de Microsoft écrivait : « il faut espérer que cette épidémie servira de signal d'alarme pour nous inciter à investir dans de meilleures capacités, car d'autres épidémies surviendront dans les décennies à venir, et rien ne garantit que nous aurons de la chance la prochaine fois¹. La grippe espagnole a tué en 1918 plus de 50 millions de personnes »².

En parallèle, chaque année le « US intelligence community » rédige un rapport sur l'évaluation des risques mondiaux. En janvier 2019, nous pouvions lire ceci : « nous évaluons que les États-Unis et le monde demeurent exposés aux risques d'une pandémie grippale ou une maladie contagieuse à grande échelle qui pourrait provoquer un taux élevé de décès et d'invalidité et affecterait sérieusement l'économie mondiale »³.

Dans cette même veine, en septembre 2019, le Conseil mondial de suivi de la préparation aux pandémies (GPMB) observait que : « s'il est exact de dire que le passé est un prologue, alors il existe une menace très sérieuse de la diffusion très importante d'une maladie létale affectant les voies respiratoires et qui pourrait à terme, tuer entre 50 et 80 millions de personnes. Une pandémie mondiale de cette ampleur serait catastrophique, créant des ravages, de l'instabilité et de l'insécurité à grande échelle ainsi qu'un choc économique d'au moins 5 %. Force est de constater que le monde n'est pas préparé »⁴.

Les trois exemples ci-dessus issus d'une liste de nombreuses mises en garde émises au cours de la dernière décennie, suggéraient que l'humanité devait se préparer à une épidémie d'envergure potentiellement dévastatrice.

Le SRAS-COV-2 plus communément appelé le Covid-19, aurait émergé dans la province du Hubei en Chine. Le patient zéro fut découvert entre novembre et décembre 2019 mais cette découverte n'a toutefois pas stoppé la diffusion du virus. Le 31 décembre de cette même année l'OMS fut informée de « cas de pneumonies d'origine inconnue qui ont été détectés dans la ville de Wuhan dans la province du Hubei en Chine »⁵.

Dans la première quinzaine du mois de janvier 2020, des cas de Covid-19 ont ensuite été signalés en Thaïlande puis au Japon. Ce fut le début d'une diffusion rapide du virus à travers le globe. En matière de coordination de lutte contre les maladies contagieuses, l'OMS est l'acteur international le plus important. Cet article présente d'abord la compétence de l'OMS pour la coordination des travaux de lutte contre les épidémies à travers le Règlement Sanitaire International (II). Ensuite, il identifie les faiblesses de cette base juridique (III) et indique des solutions pour y remédier (IV). L'article se termine par quelques remarques finales (V).

II. Les compétences de l'OMS dans la lutte contre les épidémies

L'OMS fut créée en 1948 et en 2020, presque tous les États en sont désormais membres. Son objectif, à la lumière des traités est « d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible »⁶. À cette fin, l'OMS est mandatée pour diriger et coordonner les activités sanitaires internationales⁷, de fournir une assistance technique et, en cas d'urgence, l'aide nécessaire à la demande ou à l'acceptation des gouvernement⁸, et de stimuler et faire progresser les travaux visant à éradiquer les maladies épidémiques, endémiques et autres⁹. Dans ce cadre, l'Assemblée Mondiale de la Santé (AMS) a été établie en tant qu'organe décisionnel composé de délégués des États membres¹⁰. Cette institution, dispose de la compétence pour adopter conventions et autres actes internationaux dans la limite du principe de spécialité¹¹. Par ailleurs, l'AMS peut également « légiférer » sur des règlements relatifs aux exigences sanitaires et de quarantaine et autres procédures destinées à prévenir la propagation internationale des maladies et des pandémies¹².

L'OMS apparaît ainsi comme la pierre angulaire du système de la « réglementation sanitaire mondiale ». Toutefois, la coopération internationale dans le domaine de la santé remonte au milieu du XIXe siècle. Le premier Règlement Sanitaire International (RSI) vit le jour en 1851 à travers la première conférence internationale sanitaire dans laquelle plusieurs États européens eurent à rédiger les premières normes internationales pour lutter contre le choléra.

Consécutivement à sa création en 1948, l'OMS utilisa un premier instrument en vue d'harmoniser les législations mondiales : le RSI. En 1969, il fut amendé et mis à jour. Le texte initial couvrait seulement six maladies¹³. Le périmètre a été ensuite réduit à trois maladies : le choléra, la peste et la fièvre jaune. Au fil du temps, il est apparu que le RSI de 1969 souffrait de graves lacunes, notamment en ce qui concerne la lutte contre les maladies transmissibles transfrontalières. Premièrement, de nombreuses maladies n'étaient pas couvertes par la notification à l'OMS. Deuxièmement, le RSI version 1969, avait été rédigé de telle sorte que l'OMS dépendait de la déclaration par chaque État de l'apparition d'une maladie – et souvent les États s'abstenaient tout bonnement de le faire.

Troisièmement, il y avait un manque apparent d'outils formalisés et appropriés pour la coordination internationale de la prévention de la propagation des maladies. Peu avant le tournant des années 2000, les travaux en vue d'une révision complète du RSI (1969) furent lancés et sa révision fut approfondie à la lumière de l'épidémie de SRAS en 2003¹⁴ et en 2005¹⁵, l'AMS adoptait la version révisée qui est encore en vigueur aujourd'hui.

Le RSI (2005) figure parmi les textes les plus ratifiés par les États¹⁶. Il propose de : « prévenir la propagation internationale des maladies, s'en protéger, la maîtriser et y apporter une réponse de santé publique proportionnée et limitée aux risques de santé publique, et qui évite toute entrave inutile au trafic et au commerce internationaux »¹⁷. Pour notre étude, il est particulièrement important de relever que les membres de l'OMS se sont engagés à notifier à l'organisation les événements susceptibles de constituer ce que l'on appelle une « urgence de santé publique de portée internationale »¹⁸.

Par rapport au texte originel, le RSI (2005) dans sa version amendée constitue une expansion sans précédent de la compétence de l'OMS. En effet, on passe d'un régime où les maladies devant être notifiées sont strictement délimitées à un scope législatif beaucoup plus large où tout événement pouvant être considéré comme une « urgence de santé publique de portée internationale » se doit d'être notifié. Par principe, cela inclut donc toute apparition d'une maladie transmissible. À l'instar de la version initiale, le nouveau texte de 2005, repose encore principalement sur les notifications des États membres de l'OMS.

Toutefois, il permet également à l'OMS d'examiner les « événements » possibles et plausibles sur la base d'informations reçues de sources autres que l'État où l'événement est censé avoir eu lieu, par exemple des informations fournies par les médias, des chercheurs ou des organisations non gouvernementales¹⁹. De plus, le règlement permet à l'OMS de coopérer avec les États membres et les autres organisations internationales pour combattre les maladies et autres virus même si l'État dans lequel la maladie s'est déclarée est peu enclin à coopérer²⁰.

Lorsque les autorités chinoises ont réalisé qu'un virus ayant toutes les caractéristiques d'une pandémie avait éclaté sur leur territoire, ils ont mis en place des mesures draconiennes en vue de prévenir sa diffusion. En Corée du Sud ou à Taïwan²¹, les autorités sanitaires ont été capables de contenir le Covid-19. À l'inverse, elle s'est propagée de manière spectaculaire dans d'autres États à l'image de l'Iran, de l'Italie ou encore de l'Espagne.

Le 30 janvier 2020, le directeur général de l'OMS déclarait que le Covid-19 était une « urgence de santé publique de portée internationale » (i.e. événement extraordinaire dont il est établi qu'il constitue un risque pour la santé publique d'autres États en raison de la propagation internationale d'une maladie, et pour lequel une réponse internationale coordonnée pourrait éventuellement être nécessaire)²². Cette déclaration autorisait l'OMS à émettre des recommandations dites « temporaires » telles que des mesures sanitaires spécifiques à mettre en œuvre dans les États où la maladie s'est déclarée.

Elle a également permis à l'OMS d'émettre des « recommandations temporaires » adressées à d'autres États afin de réduire la propagation internationale de la maladie et d'éviter toute interférence inutile avec les flux internationaux²³. Les recommandations temporaires doivent être abrogées lorsqu'elles ne sont plus nécessaires – et, en tout état de cause, elles expirent automatiquement trois mois après avoir été émises²⁴. En ce qui concerne le Covid-19, l'OMS en a rédigé plusieurs, bien que les États destinataires ne s'y soient pas conformés de manière cohérente²⁵.

L'expérience acquise par l'OMS lors de la gestion d'épidémies antérieures montre clairement que le RSI (2005) souffre d'un certain nombre de faiblesses, et il faut s'attendre à ce que ces faiblesses se manifestent également lors de la présente pandémie (III).

III. Les faiblesses du RSI (2005) refondu

Le RSI (2005) est entré en vigueur le 15 juin 2007. Courant printemps 2009, la grippe porcine s'est répandue dans une large part du globe. Pour la première fois, le 25 avril 2009, celle qui était alors la directrice de l'OMS utilisa la notion d'« urgence de santé publique de portée internationale »²⁶. Toutefois, cette déclaration fut critiquée de toute part puisqu'elle alimentait la machine à peur : plusieurs États se sont en conséquence abstenus de se conformer aux recommandations²⁷.

Depuis 2005, le plan d'urgence fut utilisé à cinq reprises²⁸, la plus récente est celle relative au Covid-19. Plus que l'épidémie actuelle, c'est la crise relative à Ebola qui souligne les lacunes des instruments normatifs dont dispose l'OMS.

Les évaluations de la gestion de cette épidémie sont unanimement critiques et vont jusqu'à affirmer qu'une meilleure préparation et une réponse plus rapide et mieux coordonnée auraient pu prévenir la plupart des 11.000 décès directement attribués à Ebola, ainsi que les crises économiques, sociales et sanitaires plus générales qui en ont découlé²⁹.

Pour une réponse efficiente aux crises sanitaires mondiales, il apparaît tout d'abord fondamental que les États membres se conforment aux recommandations émises par l'organisation internationale. Mais l'examen des réponses à la gestion des différentes épidémies par l'OMS montre que, en règle générale, les États ne suivent que partiellement les recommandations et le respect du RSI (2005)³⁰. Premièrement, plusieurs États membres n'ont tout simplement pas les ressources nécessaires pour suivre les règles. Deuxièmement, certains États ne peuvent ou ne veulent pas notifier rapidement à l'OMS les foyers de maladie. Troisièmement, les États membres de l'OMS peuvent introduire leurs propres restrictions de voyage et de commerce, même si ces initiatives peuvent être inutiles ou être en contradiction avec les recommandations de l'organisation sectorielle.

En ce qui concerne le manque de ressources, l'article 5(1) du RSI (2005) établit que les États membres « développent, renforcent et maintiennent la capacité de détecter, d'évaluer, de notifier et de déclarer les événements » dans le cadre de l'OMS, et il fixe des délais pour le respect de ces exigences. Si un État membre n'est pas en mesure de satisfaire aux exigences, il peut demander le soutien de l'OMS³¹.

Plusieurs États n'ont toujours pas été en mesure de se conformer aux exigences et, parmi eux, certains n'ont même pas pu ou voulu procéder à une auto-évaluation satisfaisante (obligatoire) de leur capacité à satisfaire aux exigences du RSI (2005)³². Dans ce contexte, plusieurs propositions ont été avancées quant à la meilleure façon d'encourager les gouvernements à allouer des moyens suffisants pour assurer le respect de leurs obligations de surveillance en cas d'apparition de maladies transmissibles. Ces propositions comprennent l'offre d'une assistance technique ou d'une aide au développement pour la mise en œuvre de programmes ou encore l'exercice de pressions diplomatiques et l'obligation pour le Fonds monétaire international de tenir compte de la « préparation aux épidémies » lors de la préparation de ses « rapports par

pays » (étant donné qu'un rapport négatif augmente le coût des emprunts pour le pays en question).

En ce qui concerne les retards dans la notification des épidémies à l'OMS (comme l'exige le RSI (2005)), ils sont essentiellement dus au fait que ces informations peuvent nuire au tourisme et au commerce nationaux³³. Il est donc nécessaire de trouver des moyens de compenser les conséquences négatives de la notification des épidémies et de contrebalancer ainsi la réticence innée de nombreux États à procéder à une notification rapide³⁴. La réticence des États à signaler rapidement les épidémies est intimement liée au troisième défi, à savoir que les États qui ne sont pas directement touchés par l'épidémie se sont montrés prêts à introduire des restrictions préventives en matière de voyage et de commerce à l'encontre de l'État déclarant, même dans les situations où l'OMS a clairement indiqué que de telles restrictions ne sont pas objectivement justifiables³⁵. En particulier pour un État financièrement faible, il peut donc être tout à fait rationnel de s'abstenir de déclarer une épidémie – même si c'est, en principe, une obligation en vertu du RSI (2005) – et d'espérer au contraire qu'elle ne se transforme pas en épidémie.

Or le RSI (2005) exige expressément que les mesures visant à lutter contre les épidémies interfèrent le moins possible avec le trafic mondial, une position reflétée dans les recommandations de l'OMS. Néanmoins, les exemples abondent d'États et d'entreprises introduisant des restrictions disproportionnées par rapport aux États qui ont signalé des épidémies. Il est donc inévitablement plus difficile de convaincre les États qui connaissent des épidémies d'accélérer le processus de notification.

IV. Remédier aux carences du RSI (2005)

Bien que la nouvelle mouture du règlement constitue un bond en avant par rapport au texte de 1969, il souffre néanmoins de faiblesses importantes. Il fut avancé que le nouveau RSI avait été rédigé sur la base d'une hypothèse, à savoir que les maladies contagieuses éclateraient dans les pays pauvres du Sud, de sorte que l'objectif de la réglementation internationale de ces maladies serait de protéger les pays riches du Nord contre la propagation de ces maladies. Une telle acception est erronée³⁶.

Cependant, comme les États du Sud disposent en moyenne de moins de ressources pour détecter les maladies transmissibles et y répondre à un stade précoce, le risque est plus élevé si de telles maladies se déclarent, puisqu'elles peuvent rapidement devenir ingérables dans le contexte économique et financier de ces pays. De plus, dans un monde globalisé, les relations transfrontalières sont si omniprésentes que si une maladie transmissible échappe à tout contrôle, il sera très difficile pour un État de la maintenir en dehors de ses frontières. En effet, la propagation du Covid-19 en témoigne.

En surface, le RSI (2005) vise à détecter et à contenir le plus tôt possible les maladies potentiellement transmissibles de manière à affecter le moins possible le libre-échange des personnes et des biens. Mais la réalité est beaucoup plus nuancée. D'abord, il présuppose que les États concernés disposent de ressources suffisantes pour détecter, évaluer, notifier et signaler les foyers (éventuels) de maladies transmissibles. En réalité, de nombreux États ne disposent pas de ces ressources, et plus encore, il s'écoule du temps entre l'apparition d'une maladie transmissible et le moment où elle est « détectée, évaluée, notifiée et signalée », plus il est probable qu'elle commence à se propager de manière incontrôlée. Deuxièmement, il existe une

nette asymétrie coûts-avantages entre, d'une part, l'État ou les États d'où provient l'épidémie et, d'autre part, pratiquement tous les autres États.

Ainsi, si un événement (une maladie) justifiant une notification survient dans un État donné, cet État doit allouer des ressources pour se conformer d'abord aux exigences de surveillance du texte, ensuite, pour lutter contre l'apparition de la maladie. En outre, cet État peut s'attendre à des conséquences économiques négatives en raison d'une baisse du tourisme étranger et du commerce international. En revanche, si l'État touché parvient à contenir la maladie sur son territoire, tous les autres États en bénéficieront.

La solution consiste sans doute à rendre à la fois possible et attrayante pour tous les États de lutter efficacement contre tout événement susceptible de se transformer en épidémie transfrontalière, mais cette solution sera coûteuse³⁷. Tout d'abord, des ressources financières et humaines devront être mises à la disposition des États qui n'ont pas eux-mêmes la capacité de se conformer au RSI (2005), et l'OMS doit pouvoir faire appel à des professionnels de la santé compétents qui peuvent être déployés à très court terme, chaque fois que le besoin s'en fait sentir. Deuxièmement, nous devons veiller à ce qu'il y ait une incitation économique positive pour tous les États à se conformer aux textes. Ainsi, plutôt que de punir les États qui ne respectent pas le RSI (2005) et de les encourager ainsi à supprimer les informations sur les maladies à déclaration obligatoire, nous devrions récompenser les États les plus faibles qui respectent le RSI (2005). Ces deux mesures sont coûteuses et impliquent l'allocation de montants substantiels de financement supplémentaire à l'OMS sur une base continue.

V. Remarques finales

En 1918, le monde a été frappé par la grippe espagnole, un virus dont on estime qu'il a infecté environ 500 millions de personnes, soit l'équivalent d'un quart de la population mondiale totale de l'époque.

On évalue que le nombre de personnes qui sont mortes de cette maladie varie entre 17 et 100 millions. La grippe espagnole est arrivée en trois vagues. La première vague est arrivée au printemps 1918 et a tué un très grand nombre de personnes.

À l'automne 1918, la deuxième vague balaya le monde entier. Ceux qui avaient survécu à la première vague étaient devenus immunisés, mais le virus avait muté entre la première et la deuxième vague pour devenir beaucoup plus mortel. Une troisième vague a suivi à l'hiver / au printemps 1919. Selon les rapports sur le Covid-19, le virus est extrêmement contagieux, mais seule une petite proportion des personnes infectées tombent gravement malades, et moins encore meurent. Mais le nombre très élevé de personnes infectées signifie que même cette petite proportion de patients gravement malades exerce une pression considérable sur nos hôpitaux. Il est facile de voir que si le virus conserve sa capacité à se propager, mais qu'il mute en même temps, il devient de facto beaucoup plus mortel, « nous passerons du chaos à l'Armageddon »³⁸.

Cependant, la pandémie causée par le Covid-19 est un signal d'alarme trop fort pour être ignoré et nous rappelle qu'il est grand temps de nous préparer contre les maladies transmissibles qui nous frapperont à l'avenir ; nous devons notamment veiller à ce que l'OMS soit bien mieux équipée pour mener ce combat.

SOURCES

Cet article a été rédigé en mars 2020. Toutes les données concernant la pandémie de Covid-19 sont basées sur les informations disponibles à ce moment-là.

Billet de B. Gates, « A Better Response to the Next Pandemic », 18 janvier 2010.

Statement for the Record – Worldwide Threat Assessment of the US Intelligence Community, 29 janvier 2019, p. 21.

Global Preparedness Monitoring Board, “A World at Risk: Annual Report on Global Preparedness for Health Emergencies”, OMS, 2019

OMS, “Novel Coronavirus (2019-nCoV) Situation Report – 1 », 21 janv. 2020.

OMS, Traité constitutif, art. 1

Ibid., art. 2, point a.

Ibid., art. 2, point d.

Ibid., art 2 point g.

Ibid., arts. 9 et 10.

Ibid., art. 19.

Ibid., art. 21, point a.

Choléra, peste, fièvre récurrente, variole, typhus et fièvre jaune.

AMS, Resolution 56.29, 28 mai 2003 (Syndrome respiratoire aigu (SARS)).

L. Gostin, « Global Health Law », Harvard University Press, 2014, ch. 6.

Ibid., p. 185.

RSI (2005), art. 2.

RSI (2005), art. 6(1). « l’urgence de santé publique de portée internationale » a été définie dans l’annexe 2 du règlement.

Ibid.

Ibid., art. 9 et 10.

En ce qui concerne plus particulièrement le traitement du Covid-19 par Taïwan, v. C. Wang, C. NG et R.-H. Brook, « Response to COVID-19 in Taiwan – Big Data Analytics, New Technology, and Proactive Testing », JAMA, 2020.

Op. cit, art. 1.

Ibid., art. 15

Ibid., art. 15, (1) et (3) et 49

J. Zaracostas, « What Next for the Coronavirus Response ? », The Lancet n°401, 2020, p. 305.

M. Chan, Directrice générale de l’OMS (2007-2017), Déclaration sur la grippe porcine du 25 avril 2009.

L.-O. Gostin, M.-C. DeBartolo et E.-A. Friedman, « The International Health Regulations 10 Years On : The Governing Framework for Global Health Security », 386 The Lancet 2222, 2015.

Les cinq cas sont les suivants : la « Polio » (2014), Ebola (2014), Zika (2016), Ebola (2019) et SRAS-CoV-2 (2020).

S. Moon et al., « Post-Ebola Reforms : Ample Analysis, Inadequate Action », BMJ, n° 356, 2017, p. 280.

Ibid.

op. cit., art. 5 (3).

Cf. Gostin et al., supra, note 26, 2224 ; S. Moon et al., supra, note 28, 356-357.

v. également B. Bennett et T. Carney, « Public Health Emergencies of International Concern : Global, Regional, and Local Responses to Risk », Medical law review, n°223, 2017, p. 234. Les deux auteurs font valoir que dans la gouvernance mondiale de la santé, il est important de définir clairement les rôles et de répartir les responsabilités et les obligations de reporting. Ils estiment que pour garantir que la gouvernance mondiale de la gestion des risques liés aux maladies infectieuses ne reste pas fragmentaire et imparfaite, il est important de veiller à « la clarification du reporting », ainsi qu’aux « mécanismes connexes de responsabilisation et d’application nécessaires pour s’assurer que les pays respectent leurs obligations au titre du RSI ».

La Banque mondiale a mis au point une « facilité de financement d’urgence en cas de pandémie » qui offre aux pays pauvres la possibilité de recevoir une aide financière s’ils sont touchés par

une pandémie de grippe ou de coronavirus. Voir également la fiche d'information de la Banque mondiale : « Pandemic Emergency Financing Facility », 20 mars 2020.

L.-O. Gostin, M.-C. DeBartolo et E.-A. Friedman, op. cit., p. 2224-5.

L.-O. Gostin, M.-C. De Bartolo et E.-A. Friedman, op. cit., p. 179.

La question de savoir comment améliorer la capacité de l'OMS et du RSI (2005) à prévenir les épidémies transfrontalières a fait l'objet de plusieurs études qui ont apporté des réponses presque identiques ; v., par ex., « Conseil mondial de suivi de la préparation aux pandémies (GPMB) » (cf. supra) ; et S. Moon et al., « Will Ebola Change the Game ? », in The Report of the Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola, The Lancet n°386, 2015, p. 2204.

On estime qu'environ 2 % de toutes les personnes qui ont été infectées par le SRAS-CoV-2 au cours de la période 2019 – 2020 sont décédées. Ce chiffre peut être comparé au taux de mortalité du virus Ebola, qui, depuis 1976, a été estimé à environ 50 % ; ou au MERS entre 2012 et 2019, où l'on estime que 34 % des personnes infectées sont décédées ; ou enfin à l'épidémie de SRAS en 2003, où l'on estime que 10 % des patients infectés sont décédés ; E. Mahase, « Coronavirus : Covid-19 Has Killed More People than SARS and MERS Combined, Despite Lower Case Fatality Rate » 368 BMJ m641, 2020 ; OMS, « Fact-sheet, 'Ebola virus disease' », 10 février 2020.

Réponse tardive

Stratégie sanitaire, une fois que l'alerte a été donnée

II.2.1.2. La mise en cause de l'OMS

De l'organisation

Du directeur de l'Organisation

Vers une réforme de l'OMS

AG/12262

11 SEPTEMBRE 2020

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE PLÉNIÈRE

SOIXANTE-QUATORZIÈME SESSION, 64E SÉANCE – APRÈS-MIDI

Assemblée générale: l'adoption de la résolution omnibus sur la COVID-19 marquée par un amendement de dernière minute et une rupture du consensus

Sachant que la pandémie de COVID-19 est l'un des plus grands défis mondiaux de l'histoire de l'ONU, **l'Assemblée générale a adopté, cet après-midi, une résolution omnibus par laquelle elle affirme que la coopération internationale, le multilatéralisme et la solidarité sont « la seule voie possible » à emprunter pour réagir efficacement à la pandémie. La mise aux voix de la résolution a toutefois été déplorée par de nombreuses délégations qui ont regretté la rupture du consensus autour d'un texte « si important ».**

L'Assemblée générale exhorte aussi les États Membres à donner à tous les pays, dans le cadre de la lutte contre la COVID-19, un accès libre et rapide à des produits de diagnostic, à des traitements, à des médicaments et à des vaccins « de qualité, sûrs, efficaces et abordables », entre autres.

Elle insiste en outre sur le fait qu'il faut agir à tous les niveaux pour renforcer la résilience, notamment par la gestion durable des écosystèmes ainsi que la protection et l'utilisation durable

de la biodiversité, y compris la faune et la flore sauvages, afin de réduire la probabilité d'infections zoonotiques.

Ce texte invite également les États Membres à mettre en place, renforcer et promouvoir des systèmes de prestations sanitaires, et, par ailleurs, à élaborer des plans de relance qui favorisent le développement durable et entraînent des changements en profondeur en vue de sociétés plus justes et plus inclusives, notamment en renforçant l'autonomie et la participation de l'ensemble des femmes et des filles.

Déposée par le Président de l'Assemblée générale, M. Tijjani Muhammad-Bande,

À ce sujet, l'Union européenne, par la voix de l'Allemagne, a souligné que les sanctions qu'elle met en œuvre incluent un système d'exemption humanitaire qui s'applique notamment au contexte actuel de la COVID-19, un argument également repris par les États-Unis. La Fédération de Russie et l'Iran ont cependant alerté sur le fait que ces mesures entravent la riposte à la pandémie, notamment en raison de leur impact sur les importations de médicaments.

La Chine, qui a été accusée par la délégation américaine d'avoir causé des souffrances incommensurables et d'avoir empêché des chercheurs d'obtenir des informations vitales sur la pandémie, a pour sa part demandé à l'ONU d'exiger que les États-Unis respectent la science concernant la pandémie et qu'ils cessent de propager des « virus politiques ».

La délégation américaine a par ailleurs demandé la mise aux voix des paragraphes 7 et 34 du dispositif, relatifs respectivement aux droits des femmes à la santé, notamment sexuelle et reproductive, et à la mise en œuvre de conventions internationales et instruments multilatéraux sur le transport et le transit. Ces deux paragraphes ont finalement été maintenus.

En début de séance, une résolution consacrée au paludisme et intitulée « Consolider les acquis et intensifier l'action menée pour lutter contre le paludisme et l'éliminer dans les pays en développement, particulièrement en Afrique, à l'horizon 2030 » (A/74/L.91) a été adoptée sans mise aux voix. Les États-Unis ont toutefois fait part de leur désaccord avec les paragraphes du texte qui font référence à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)

12Après avoir réaffirmé les principes fondamentaux de solidarité et de coopération qui devaient commander la riposte de la Communauté internationale à la pandémie, l'Assemblée générale en tirait la conséquence tout aussi fondamentale de la nécessaire disponibilité pour tous des traitements et des vaccins.

13Enfin, outre l'adoption de ces résolutions, pour coordonner le grand nombre d'initiatives qui émanent de l'Assemblée générale, celle-ci a, dans le même temps, nommé les ambassadeurs de l'Afghanistan et de la Croatie à l'ONU, coordinateurs des initiatives de l'Assemblée générale en réponse au Covid-19.

14Dans le cadre des compétences et des pouvoirs que lui donne la Charte, l'Assemblée générale n'est donc pas restée inactive. Il n'en va pas de même du Conseil de sécurité que ses règles de fonctionnement et le comportement de ses membres ont pour l'instant empêché d'agir

résolution 75/157 du 16 décembre 2020, Les femmes et les filles et la riposte à la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) (A/RES/75/157),

résolution 75/156 du 16 décembre 2020, Améliorer la riposte rapide à l'échelle nationale et internationale face à l'impact de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) sur les femmes et les filles (A/RES/75/156),

Session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée à la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) (A/RES/75/4), adoptée le 5 novembre 2020.

29 septembre 2020 À l'ONU

Lors de la clôture du débat général de la 75e session de l'Assemblée générale des Nations Unies, son Président a estimé que le test pratique généré par la réponse à la Covid-19 a révélé les faiblesses et les domaines que doivent renforcer les membres de la communauté internationale

« La Covid-19 est un test pratique, qui a révélé nos faiblesses et les domaines que nous devons renforcer ensemble », a déclaré le Président de l'Assemblée générale, Volkan Bozkir.

« J'ai été heureux d'entendre que tant d'États membres reconnaissent la possibilité de "reconstruire en mieux", afin que nous soyons mieux préparés pour les crises à venir », a-t-il ajouté.

Il a souligné que tous les États membres savent qu'ils doivent renforcer la résilience dès maintenant, pour se préparer à ce qui arrivera demain.

Le Président s'est félicité du soutien massif des dirigeants manifesté en faveur des Objectifs de développement durable (ODD) et de la Décennie d'action, qui constituent le meilleur moyen de mettre fin à la pauvreté, de sauver la planète et de construire un monde plus pacifique. C'est particulièrement important dans le cadre de l'action en faveur du climat, a-t-il fait valoir.

La pandémie de Covid-19 a détourné les ressources et l'attention. Mais le changement climatique reste la plus grande menace à long terme pour l'humanité, a-t-il observé, se réjouissant des mesures prises par certains États pour présenter des contributions nationales renforcées avant la Conférence sur le climat COP26 de l'année prochaine et encourageant les autres à redoubler d'efforts en vue de cette conférence prévue à Glasgow.

Le Président de l'Assemblée générale s'est également félicité de pouvoir discuter de l'importance de la biodiversité, notamment en ce qui concerne les maladies, lors du tout premier sommet des Nations Unies sur la biodiversité, organisé ce mercredi 30 septembre.

Le Premier ministre de Madagascar, Christian Ntsay (à l'écran), intervient lors du débat général de la soixante-quatrième session de l'Assemblée générale. Photo ONU/Manuel Elias

Le Premier ministre de Madagascar, Christian Ntsay (à l'écran), intervient lors du débat général de la soixante-quatrième session de l'Assemblée générale.

Mettre en œuvre le cessez-le-feu mondial

« Nous pouvons trouver des solutions pratiques, si nous unissons nos efforts, pour prévenir l'instabilité et parvenir à une paix durable », a déclaré M. Bozkir. « Tout le monde s'accorde sur la nécessité d'un appel au cessez-le-feu mondial. Le moment est venu de le mettre en œuvre ».

Partageant les préoccupations des orateurs concernant les menaces à la paix et à la sécurité internationales et les jugeant fondées, il a déploré que cette situation ait été aggravée par la pandémie.

Soixante-quinze ans après la création de cette Organisation, des conflits font toujours rage dans le monde et de nombreuses crises prolongées restent sans solution, a noté Volkan Bozkir, rappelant les conséquences dévastatrices des conflits sur les groupes les plus vulnérables.

J'ai été encouragé d'entendre, un engagement ferme en faveur du désarmement

Il a également fait sienne la préoccupation des États concernant la prolifération nucléaire.

« La paix, c'est plus que l'absence de guerre, mais j'ai été encouragé d'entendre, un engagement ferme en faveur du désarmement, un outil crucial dans la prévention des conflits, parallèlement à la diplomatie préventive », a-t-il insisté.

Autre point de satisfaction souligné par le Président de l'Assemblée générale : le soutien important apporté à son appel à renouveler et à renforcer le multilatéralisme et, à cet égard, l'adoption, par consensus, de la Déclaration sur la commémoration du soixante-quinzième anniversaire des Nations Unies.

Bien que les pays souverains puissent entreprendre les actions qu'ils jugent appropriées, les dirigeants ont clairement indiqué que, dans un monde interdépendant et interconnecté, les solutions ne peuvent venir que d'actions multilatérales, avec l'ONU en son centre, a-t-il fait remarquer.

« Une chose est claire : "Nous sommes plus forts ensemble" », a-t-il rappelé. « Notre consultation mondiale autour de l'ONU 75 a révélé que c'est précisément ce que les gens du monde entier veulent ».

Solidaires face à la pandémie

Le Président de l'Assemblée générale a souligné que tous les États membres ont évoqué les conséquences catastrophiques de la Covid-19 dans leurs remarques. Tous ont reconnu qu'une maladie qui ignore les frontières mondiales nécessite une solution qui convienne à tous.

« L'appel à la solidarité est impossible à ignorer, dans le contexte de la pandémie actuelle », a rappelé le diplomate turc. « Les actions unilatérales n'ont pas réussi à enrayer sa propagation ».

L'appel à la solidarité est impossible à ignorer, dans le contexte de la pandémie actuelle

Volkan Bozkir a souligné la nécessité de déployer des efforts importants pour lutter contre la pandémie actuelle et se préparer aux futurs chocs sanitaires.

À cet égard, il a indiqué les trois principales priorités exprimées par les États vis-à-vis de cette présidence. D'abord, la mise en place d'un système d'alerte précoce afin de créer les conditions permettant de prévenir l'émergence d'une autre maladie. Ensuite, l'inclusion dans les approches de gestion de la crise. Enfin, l'équité dans l'accès aux futurs vaccins.

Autant de questions auxquelles tentera de répondre la Session extraordinaire de l'Assemblée générale sur la pandémie qui se tiendra plus tard dans l'année, sans oublier l'appel à une distribution équitable des vaccins, essentielle d'un point de vue pratique et moral.

Plaidoyer pour le multilatéralisme

Volkan Bozkir a rappelé que pour la première fois dans l'histoire de cette organisation, les dirigeants du monde entier n'ont pas pu être présents en personne. Malgré cela, le multilatéralisme a pu opérer au plus haut niveau.

Cela souligne la puissance et la pertinence des Nations Unies et confirme le fait qu'aucune autre plateforme dans le calendrier international n'a un tel pouvoir de rassemblement.

Les défis auxquels nous sommes confrontés sont énormes

Beaucoup de dirigeants ont reconnu que le multilatéralisme constitue le système le plus efficace pour relever les défis mondiaux, tels que la pandémie et le changement climatique.

Ils ont également lancé des appels très forts en faveur d'une Organisation des Nations Unies réformée et plus efficace, qui soit adaptée aux réalités du XXI^e siècle et qui puisse assurer l'avenir souhaité par la communauté internationale.

Notant que les Nations Unies n'ont pas encore atteint l'égalité des sexes, le Président a espéré pouvoir compter sur le soutien des États membres le 1^{er} octobre, alors que l'ONU célèbre le vingt-cinquième anniversaire de la quatrième conférence mondiale sur les femmes.

Par ailleurs, il s'est engagé à impliquer la société civile tout au long de son mandat et a émis l'espoir que les hommes et femmes qui sont dans le besoin ou dans des situations vulnérables puissent avoir le sentiment que leurs préoccupations sont prises en compte par l'Assemblée générale des Nations Unies, son organe le plus représentatif.

« Les défis auxquels nous sommes confrontés sont énormes. Mais les possibilités de solutions le sont tout autant », a fait valoir le Président. « En travaillant ensemble, nous pouvons les surmonter. Nous devons être aussi inclusifs que possible dans nos délibérations
Session extraordinaire sur la COVID-19 à l'Assemblée générale: appels à faire du vaccin un bien public mondial et à annuler les dettes extérieures

C'est debout, unis dans le silence, en hommage au 1,3 million de victimes de la pandémie de COVID-19, que les États Membres ont entamé, ce matin, sous la coupole de l'Assemblée générale, la trente et unième session extraordinaire qui se tient sur deux jours.

Le segment d'ouverture a été suivi de onze heures ininterrompues de débat général auquel ont participé 105 chefs d'État et de gouvernement et ministres, par le biais de vidéos préenregistrées, qui ont partagé leurs expériences sur la riposte au niveau national, et parfois régional. Les vidéos étaient introduites par les ambassadeurs présents dans la salle.

« Les participants à cette session sont réunis aujourd'hui pour tracer la voie et mettre fin à la souffrance des personnes que nous servons », a posé d'emblée le Président de la soixante-quinzième session de l'Assemblée générale. Se voulant rassembleur, M. Volkan Bozkir a souligné que ce n'était pas le moment de pointer du doigt.

Le Secrétaire général de l'ONU a rappelé à cette occasion son appel à un cessez-le-feu mondial qui doit permettre aux pays de se concentrer sur la lutte contre le virus. M. António Guterres a recommandé un plan de relance d'au moins 10 % du PIB mondial et l'allégement de la dette de tous les pays en ayant besoin. Ces mesures risquant d'être insuffisantes, il a émis l'espoir que les initiatives du G20 en matière de dette soient élargies afin que tous les pays en développement soient éligibles.

L'allégement ou l'annulation de la dette des pays mal lotis pour faire face aux conséquences de la pandémie a été un des points forts du débat, alors que, selon les statistiques, 60 pays en développement nécessiteraient à cause de la pandémie une assistance d'urgence, comme l'a signalé M. Munir Akram, Président du Conseil économique et social (ECOSOC).

Ce sont les pays les moins avancés qui ont payé le plus lourd tribut, a précisé le Président du Malawi en sollicitant une annulation « pleine et entière » de la dette de ces pays, ainsi que l'activation d'un mécanisme de financement vital, celui du Fonds monétaire international (FMI), au travers de l'émission de droits de tirage spéciaux. Il a aussi invité à déclarer les vaccins et médicaments « biens publics communs à l'humanité », dans la lignée de l'appel du Secrétaire général à ce que le vaccin soit un « bien public mondial, accessible à tous, partout ».

Un vaccin qui doit être « universellement distribué à des prix abordables pour tous », a aussi plaidé le Président de l'Azerbaïdjan, M. Ilham Heydar Oglu Aliyev, s'exprimant à l'ouverture en sa qualité de Président du Mouvement des pays non alignés (NAM), groupe de pays à l'origine de la convocation de cette session extraordinaire, décidée par la résolution du 5 novembre. Il a salué les efforts de coordination de l'OMS et s'est félicité que celle-ci utilise la base de données du NAM sur les besoins humanitaires et médicaux de ses pays membres.

Les appels en ce sens se sont multipliés. « Nous avons besoin de solidarité locale, régionale et mondiale », a demandé le Président de la Bosnie-Herzégovine, tandis que la Ministre des affaires étrangères du Sénégal a réitéré la nécessité d'annuler la dette des pays en développement, en particulier ceux du continent africain. Le Président de la Serbie a, lui, jugé que les conséquences de la récession mondiale devaient contraindre les institutions financières internationales à faire montre de plus de souplesse, dans le même sens que les Présidents du Honduras, de Cuba, du Pérou et de la Bolivie qui ont lancé des appels à ces mêmes institutions.

En réponse, les pays qui sont en mesure de le faire ont témoigné de leur volonté d'aider, comme la Suisse qui œuvre, dans le cadre du G20 et du Club de Paris, à l'allègement de la dette des pays les plus pauvres. De son côté, la France a proposé la création d'un mécanisme de don pour qu'une partie des premières doses de vaccin disponibles soit destinée à la vaccination des publics prioritaires dans les pays en développement.

Le Président des Îles Marshall a salué les partenaires les plus proches du Pacifique qui se sont engagés à aider les petit États insulaires à obtenir des vaccins en temps opportun. Son homologue de Nauru a fait de même en citant la Chine et les États-Unis, grâce à qui le pays dispose d'équipements de dépistage de qualité. La Chine, qui a apporté son soutien à l'OMS et défendu l'accessibilité du vaccin pour les pays en développement, a encouragé « les plus grands pays » à jouer un rôle exemplaire pour promouvoir la collaboration.

Les idées de collaboration sur le plan scientifique n'ont d'ailleurs pas manqué, une majorité d'États Membres voulant que le monde se place sous la houlette de l'OMS, dont le travail a été salué, pour poursuivre le combat contre la maladie.

Plusieurs chefs d'État se sont engagés à garantir le succès des outils mis en place par l'OMS: le Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (Accélérateur ACT) et le Mécanisme COVAX auquel 172 pays participent à ce jour. C'est la seule initiative mondiale qui collabore avec les gouvernements et les fabricants pour mettre les vaccins contre la COVID-19 à la disposition du monde entier, ce que le Premier Ministre lao a qualifié de « multilatéralisme vaccinal ».

Si le Ministre de la santé de la Russie s'est réjoui des trois vaccins russes et le Président de la Turquie des 16 recherches turques en cours, le Président du Venezuela a, lui, vanté le brevet de molécule DR10 et ses propriétés curatives. Il a aussi saisi cette occasion pour rendre hommage au personnel médical.

À ce sujet, le Président français a mentionné la mise en place d'une académie mondiale de la santé à Lyon, qui formera les personnels de santé du monde entier. Il a aussi appuyé la mise en

place d'un conseil d'experts de haut niveau « Une seule santé » pour diffuser les informations scientifiques sur les liens entre santé humaine, animale et environnementale. En écho, le Prince Albert II de Monaco a recommandé de se pencher sur la relation entre les maladies émergentes et la destruction de la biodiversité.

Avant ce débat, l'Assemblée a décidé d'autoriser la participation des Comores, de Sao Tomé-et-Principe et de la Somalie à ses votes, dans le cadre de l'Article 19 de la Charte des Nations Unies.

- Cessez-le-feu mondial et diplomatie :

Dans l'appel au cessez-le-feu mondial qu'il lancé le 23 mars, le Secrétaire général Cet appel a trouvé un large écho et de nombreuses parties s'y sont associées : 180 États Membres et un État non membre observateur, une vingtaine de mouvements armés et d'autres entités, diverses organisations régionales, des chefs religieux, des organisations non gouvernementales et plus de 800 organisations de la société civile.

- Le 5 avril, après avoir relevé que la violence ne se cantonnait pas aux champs de bataille, le Secrétaire général a également lancé un appel mondial pour souligner qu'il importait de mettre fin à toutes les violences contre les femmes, partout, y compris dans les foyers.

Cet appel a été accueilli favorablement, notamment par 146 États Membres, qui y ont répondu et qui se sont engagés à inclure la prévention et la répression de la violence contre les femmes dans leurs plans nationaux de riposte à la COVID, ainsi que par la société civile.

- Campagne « Verified » contre la désinformation : parallèlement à la pandémie, le monde connaît une « infodémie » de désinformation

- une guerre contre la science, une montée de la stigmatisation et de la haine et une recrudescence d'efforts visant à exploiter les jeunes qui passent plus de temps en ligne.

Dans ce contexte, le Secrétaire général a lancé un appel pour mettre fin à tous les discours de haine ; la nouvelle initiative « Verified » de l'ONU a pour objectif le partage de contenus clairs, indéniables, et la dénonciation des mensonges au moyen d'informations et solutions factuelles. Plus de 18 000 personnes se sont inscrites pour partager régulièrement des messages préparés en dix langues qui, selon les estimations, ont atteint au total 400 millions de personnes dans le monde. EPI-WIN, le réseau d'information de l'OMS sur les épidémies, fournit des ressources et des mises à jour régulières à l'intention aussi bien du grand public que des professionnels de la santé, des voyages et du tourisme, du commerce, de l'alimentation et de l'agriculture.