

LA PANDÉMIE DE LA COVID-19, CATALYSEUR DES TENSIONS PERMANENTES DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

PAR

Franklin DEHOUSSE et Manon WUINE

*À la mémoire de Jean SALMON,
Mentor et ami.*

RÉSUMÉ

La pandémie de la Covid-19 a constitué la pire crise de l'Organisation Mondiale de la Santé depuis sa création en 1946. Cela explique les appels à de nouvelles réformes, et spécialement à la négociation d'un traité pandémique. Or, l'histoire de l'organisation a été jalonnée de nombreuses crises et de nombreux conflits. Certainement, elle constitue un cas à part dans le système des institutions spécialisées des Nations Unies. Cette vie accidentée tient à plusieurs facteurs. D'abord, un contraste frappant entre l'importance des pouvoirs et des compétences juridiques de l'organisation, et la faiblesse de ses moyens matériels et humains. Ensuite, la fonction particulière de la santé, domaine dans lequel l'interventionnisme étatique est assez fort. Enfin, la grande tension entre les intérêts des pays développés et des pays en développement.

Ces divers facteurs expliquent pourquoi toute réforme doit être préparée avec beaucoup de prudence. Cela ne semble pas avoir été le cas pour les propositions émises en 2020. Elles risquent ainsi de tourner à un nouveau cénacle improductif, qui perpétuera les dysfonctionnements constatés lors de la pandémie.

Pour le comprendre, il faut toutefois revenir brièvement sur les origines de l'organisation, sur ses structures, qui sont plus originales qu'on le croit souvent, sur certaines pandémies antérieures à 2020, qui ont déjà provoqué certaines réformes. On peut alors examiner de façon plus extensive comment l'Organisation mondiale de la Santé a affronté la pandémie de la Covid-19, et les multiples problèmes suscités par la proposition actuellement en négociation d'un traité pandémique.

INTRODUCTION

En 1946, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a été établie dans le cadre du système ONU, galaxie d'institutions spécialisées créées autour de l'Organisation des Nations Unies proprement dite. Depuis lors, elle a suscité en général une attention modérée du public. Malgré certaines interventions lors de pandémies marquantes (comme le SIDA ou le SRAS-CoV), ses activités demeurent peu connues. La situation a toutefois changé brutalement à partir de la pandémie du coronavirus Covid-19 en 2020. La plus grande pandémie mondiale depuis l'explosion de la grippe espagnole en 1918-1920 a en effet placé dans une lumière intense la nécessité – et aussi certains dysfonctionnements – de l'Organisation.

Cette première grande pandémie planétaire depuis 1946 oblige à réexaminer le fonctionnement de l'Organisation. En même temps, elle offre au moins l'avantage d'un puissant stress test permettant d'analyser dans le détail les initiatives prises, les obstacles rencontrés et les résultats obtenus. La nécessité de cette analyse a encore été renforcée par le récent projet, soutenu par une série de chefs de gouvernement (1), d'ouvrir la négociation d'un nouveau traité consacré de façon spécifique aux pandémies. Or, une telle démarche requiert au préalable une évaluation des insuffisances du Règlement sanitaire international (RSI), instrument central de l'OMS en matière de gestion des pandémies (évaluation qui n'avait semble-t-il été réalisée sérieusement par les gouvernements en cause).

Dans une première partie, il convient de rappeler les origines et les mutations de l'OMS (I.). Les deux parties suivantes, rappelleront brièvement le traitement par l'OMS des principales pandémies survenues depuis 1946 (II.), et l'évolution du cadre légal, à savoir le RSI (III.). La quatrième partie détaillera alors l'action de l'OMS dans la pandémie de la Covid-19 (IV.). Elle comportera une chronologie, une liste des mesures prises et un examen des principales critiques adressées à l'OMS. La cinquième partie se prononcera alors sur l'utilité (ou non) d'adopter un nouveau traité consacré aux pandémies (V.).

(1) Le Conseil européen : Charles Michel, président du Conseil européen, discours lors du Forum de Paris sur la paix, 12 novembre 2020, disponible sur : <https://www.consilium.europa.eu/fr/press/press-releases/2020/11/12/intervention-du-president-charles-michel-au-forum-de-paris-sur-la-paix/> (consulté le 16 juin 2022) et Déclaration des membres du Conseil européen sur la Covid-19 et la santé, 25 février 2021, disponible sur : <https://www.consilium.europa.eu/fr/press/press-releases/2021/02/25/statement-of-the-members-of-the-european-council-on-covid-19-and-health-25-february-2021/pdf> (consulté le 16 juin 2022), le G7 : G7 Leaders' statement, 19 February 2021, disponible sur : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74-REC1/A74_REC1-fr.pdf (europa.eu) (consulté le 16 juin 2022) et l'Assemblée mondiale de la santé, *Résolution et décisions. Session extraordinaire de l'Assemblée mondiale de la Santé en vue d'envisager d'élaborer une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la préparation et la riposte aux pandémies*, WHA74(16), 31 mai 2021, disponible sur WHA74/2021/REC/1 Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé Résolutions et décisions annexes (who.int) (consulté le 16 juin 2022).

I. — LES TENSIONS ENDÉMIQUES DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

A. — *Les origines*

C'est au Moyen Âge que la science médicale a pris conscience des épidémies, au sens technique du terme. À ce moment, la propagation constatée des contaminations a donné lieu aux premières mesures de restriction de la circulation des personnes et des biens. Ainsi, la première quarantaine a été établie à Dubrovnik en 1348. Le premier lazaret hébergeant les malades a été créé en 1423 à Venise. Ces mesures devaient subsister pendant des siècles (2).

Au XIX^e siècle, l'expansion économique et le développement des transports, liés à l'explosion de la révolution industrielle, ont donné une plus grande amplitude à la transmission des infections. Cela explique la convocation en 1851 de la première convention sanitaire internationale à Paris. Celle-ci adopta un projet de convention sanitaire internationale, assortie d'un règlement sanitaire international (3). Ces textes concernaient seulement trois maladies : la peste, le choléra et la fièvre jaune. Cela constituait toutefois sur le plan politique et juridique une mutation essentielle. Pour la première fois, la lutte contre la propagation des épidémies était désignée comme un objet de coopération internationale.

Cette prise de conscience se révéla toutefois très passagère. En effet, parmi les 12 États réunis à la conférence, seuls deux ratifièrent la convention sanitaire. D'autres États, en revanche, considéraient ces mesures restrictives comme une entrave trop lourde pour le commerce international. Finalement, en 1865, les deux États se retirent de la convention, qui n'entra jamais en vigueur. Au cours des cinq décennies suivantes, cinq autres conférences internationales furent réunies sans parvenir à adopter une nouvelle convention. Il fallut attendre 1903 pour que, finalement, ce résultat soit de nouveau atteint. Pourtant, le nombre des États associés à la négociation demeurait modeste. Elle rassemblait essentiellement les principaux États européens avec les États-Unis et quelques pays d'autres continents tels la Chine et le Japon.

La création d'un simple bureau en charge d'échanger les informations médicales entre États se révéla tout aussi compliquée. Là aussi, il fallut attendre la Convention sanitaire internationale de 1903. Ainsi naquit en 1907 l'Office international d'hygiène publique (OIHP). Ses missions demeuraient modestes. Elles consistaient à recueillir et transmettre entre États

(2) Faute d'espace, nous ne revenons pas sur les vagues de pandémies et le lent développement de la coopération internationale à leur sujet. Pour plus de détails sur le contexte général, voy. not. F. SNOWDEN, *Epidemics and society*, New Haven, Yale Univ. Press, 2020 ; M. HONIGSBAUM, *The Pandemic Century, One Hundred Years of Panic, Hysteria, and Hubris*, New York, W. W. Norton & Company, 2020.

(3) Sur l'évolution des réglementations internationales sur la protection sanitaire, voy. not. D. FIDLER, *International Law and Infectious Diseases*, Oxford, Oxford Univ. Press, 1999.

les informations sur la santé publique et certaines maladies transmissibles (toujours la peste, le choléra et la fièvre jaune). Son action fut de suite compliquée, car en 1902 avait déjà été créé un Bureau sanitaire international pour les Amériques (plus tard devenu le *Pan America Sanitary Bureau*, et encore plus tard la *Pan American Health Organization*).

Dès le XIX^e siècle, la progression de la coopération sanitaire internationale se révéla donc très ardue. Il suffit à cet égard de la comparer à d'autres secteurs, comme les postes, le télégraphe, le téléphone, le commerce ou la propriété intellectuelle. Plusieurs facteurs y contribuèrent. Le niveau des connaissances dans le domaine médical demeurait plus limité. La protection de la santé mettait en cause des matières multiples et diverses. Les États acceptaient moins de se soumettre à une discipline internationale. De façon frappante, certains de ces facteurs demeurent au XXI^e siècle.

En 1919, la création de la Société des Nations aurait dû améliorer cette situation. Or, l'inverse se produisit. L'article 23 du pacte sur la SDN spécifiait que les États membres « s'efforceraient de prendre des mesures d'ordre international pour prévenir et combattre les maladies ». Dans cet esprit, ils négocièrent un projet d'organisation internationale permanente dans le cadre de la SDN. Malheureusement, pour des raisons différentes, la France et les États-Unis ne l'acceptèrent pas. Cela mena en 1923 à la création de l'Organisation d'Hygiène (OH) de la SDN. De façon novatrice, elle ne couvrait plus seulement les mesures restrictives en cas d'épidémie, mais aussi la coopération technique.

Naturellement, pareille création compliqua plutôt le développement de la coopération internationale, qui reposait maintenant sur deux organes distincts. L'OH de la SDN commença à développer ses activités dans les secteurs non occupés par l'OIHP. L'OIHP bénéficiait de l'expertise accumulée, l'OH d'un meilleur support institutionnel. Les activités des deux autorités demeurèrent limitées jusqu'à la deuxième guerre mondiale.

Pendant cette guerre, elles furent plus ou moins paralysées. Les puissances alliées, néanmoins, instruites par les immenses dommages sanitaires de la première guerre mondiale, établirent une agence destinée à les prévenir. L'Administration des Nations Unies pour le secours et la reconstruction (*United Nations Relief and Rehabilitation Administration* – UNRRA) fut investie de nombreuses fonctions, notamment sanitaires. Elle devait notamment prévenir les épidémies, rétablir les systèmes nationaux de santé, déterminer les ressources techniques requises, fournir du personnel et du matériel médical, et prodiguer une éducation sanitaire. De façon paradoxale, parce qu'elle disposait d'amples moyens, l'UNRRA a effectué de très nombreuses interventions sanitaires. On notera qu'elle reflète une vision beaucoup plus ample des objectifs de la coopération internationale sanitaire, et des systèmes nationaux de santé en général. Il y avait là un écho direct de la philosophie du New Deal de l'administration Roosevelt.

Lors de la création de l'ONU en 1945, les puissances alliées mirent en œuvre une vision beaucoup plus étendue de la coopération internationale que celle de la SDN. Dans leur esprit, la pacification des relations entre États requérait une stabilité économique et sociale. Selon cette perspective, l'ONU devint un système d'organisations internationales spécialisées. L'une d'entre elles devait nécessairement couvrir toutes les questions de santé. Ce fut l'OMS. Elle rassembla toutes les activités de l'OIHP, l'OH et l'UNNRA.

B. — *Les mutations de l'OMS* (4)

La création de l'OMS renversa les ambitions limitées des périodes précédentes. L'Organisation ne visait plus seulement à échanger des informations ou à encadrer les mesures prises lors des pandémies. La Constitution de l'OMS confère certains droits aux individus et adopte une approche holistique du système de santé. Elle reconnaît la nécessité d'une solidarité internationale dans ce domaine, puisque les déficiences d'un État à cet égard sont susceptibles de provoquer de grands dommages chez les autres.

Ainsi, dans le contexte de l'époque, les objectifs et compétences de l'OMS furent définis de façon extrêmement large, tout comme ses pouvoirs normatifs. Ses constituants avaient bien conscience que de grandes ambitions requéraient de grands moyens. Cela n'empêcha pas l'institution de connaître des troubles récurrents (5).

Pendant quelque 25 ans, l'OMS s'est d'abord cantonnée à fournir une expertise technique aux États membres, spécialement contre de graves maladies endémiques. Elle a notamment lancé deux grandes campagnes mondiales pour l'éradication de la malaria et la variole. La première s'est révélée un échec relatif, l'autre un grand succès.

Aux alentours de 1970, le contexte international a changé, tout comme la stratégie de l'OMS. Les pays en développement revendiquaient un nouvel ordre économique international (NOEI). La détente permettait une certaine accalmie des tensions de la guerre froide. L'Organisation comptait un bien plus grand nombre de pays en développement. Sous l'impulsion du directeur général Halfdan Mahler (1973-1988), l'OMS s'engagea dans des projets

(4) Faute d'espace, nous rappelons seulement ici quelques tournants essentiels. Pour plus de détails, voy. M. CUETO, T. BROWN et E. FEE, *The World Health Organization*, Cambridge, Cambridge Univ. Press, 2019 ; Y. BEIGBEDER, *The World Health Organization : Achievements and Failures*, Londres, Routledge, 2017.

(5) Pour cette histoire, voy. not. Y. BEIGBEDER, *L'Organisation Mondiale de la santé*, Paris, PUF, 1998 ; WHO, « The First Ten Years of the World Health Organization », Geneva, 1958, disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37089> (consulté le 2 mai 2022) ; WHO, « The Second Ten Years of the World Health : 1957-1968 », Geneva, 1968, disponible sur <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39254> (consulté le 2 mai) ; WHO, « The Third Ten Years of the World Health Organization : 1968-1977 », Geneva, 2008, disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43924> (consulté le 2 mai 2022).

beaucoup plus ambitieux. L'objectif désigné consista progressivement à garantir des soins de santé basiques à tous. En 1977, l'Assemblée mondiale de la santé adopta une résolution dans ce sens (6). En 1978, une conférence internationale adopta la déclaration d'Alma-Ata, prônant un développement économique et social fondé sur le nouvel ordre économique international et une réduction des inégalités entre pays développés et pays en développement. L'Assemblée mondiale de la santé adopta en 1981 une stratégie visant de façon expresse un droit à la santé pour tous.

Dans d'autres secteurs, l'OMS témoigna également de grandes ambitions. Par exemple, après de longs débats, l'Assemblée mondiale de la santé adopta en 1981 un Code des substituts à l'allaitement naturel, à la suite de nombreux abus. Symbole des résistances, les États-Unis s'y opposèrent. Ils portaient de l'idée que l'OMS ne pouvait pas réguler le secteur privé (un argument fort hasardeux eu égard à la rédaction très large de sa Constitution, qui ne fut abandonné qu'en 1994) (7). En 1977, l'OMS adopta également la liste modèle des médicaments essentiels, une initiative fortement combattue par le secteur pharmaceutique (8).

L'expansion du rôle de l'OMS rencontra vite de multiples obstacles. Elle provoqua des conflits de compétence avec la Banque Mondiale (qui avait commencé à financer de façon massive les systèmes de santé dans les pays en développement) (9). Elle se heurta aux critiques générales sur la gestion des institutions spécialisées de l'ONU. Plus particulièrement, son fonctionnement présentait des déficiences manifestes, spécialement au vu de la multiplication de ses activités.

À partir de 1985, l'Organisation commença une nouvelle période de son histoire, faite d'audits et de réformes internes. Cette vague touchait tout le système des Nations Unies, mais l'OMS y fut particulièrement exposée. Plusieurs rapports, émanant à l'origine de pays nordiques, détaillèrent une série de problèmes de gestion. Ainsi, un rapport soulignait deux sources de dysfonctionnement de l'OMS. D'une part, la multiplication des donations affectées réduisait le contrôle de l'Assemblée mondiale de la santé sur les dépenses. D'autre part, la multiplication collatérale des programmes d'assistance tendait à disperser les ressources et diminuer la capacité d'analyse

(6) Assemblée mondiale de la Santé, WHA 30.43, 19 mai 1977, disponible sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/93206/WHA30.43_eng.pdf?sequence=1 (consulté le 2 février 2023).

(7) Sur ce Code, voy. International Lactation Consultant Association, *The International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes : What It Means for Mothers and Babies Worldwide*, 2001.

(8) Sur cette question, voy. M. REICH, « Essential Drugs : Economics and Politics in International Health », *Health Policy*, 1987, vol. 8, pp. 39-57.

(9) Pour une illustration des interventions de la Banque Mondiale, voy. Healthy development, *The World Bank strategy for Health, nutrition, & Population results*, 2007.

de l'Organisation (10). Un autre rapport souligna les déficiences de l'action de l'OMS au niveau dans les États membres et mit en évidence les problèmes posés par sa très forte décentralisation régionale (11). En 1993, un rapport d'une unité d'analyse de l'ONU devait confirmer ces constats, soulignant « des problèmes sérieux et complexes de nature constitutionnelle, politique, managériale et programmatique » (12).

Tous ces rapports mettent en lumière une organisation internationale incertaine de ses objectifs, de ses techniques et déstructurée par la combinaison de deux formes conjuguées de décentralisation : régionale et budgétaire. Pour synthétiser par une analyse frappante, « l'OMS était l'incarnation d'une bureaucratie sarcastique de l'ONU en 1998. Ceux d'entre nous qui travaillaient dans la santé publique à l'époque disaient que l'OMS est l'endroit où les bonnes idées vont mourir » (13).

En réalité, la montée en puissance des pays en développement au sein de l'ONU avait suscité des tensions dans de nombreuses institutions spécialisées, et spécialement au sein de l'OMS. Les pays en développement souhaitaient une interprétation ample des compétences de l'Organisation, la reconnaissance d'un droit à la santé de base pour tous et une assistance financière adéquate pour atteindre cet objectif. Le budget de l'OMS était à l'évidence infiniment trop faible pour cela. Les pays développés souhaitaient se concentrer sur une mission plus limitée et s'attaquer d'abord aux grandes épidémies mondiales. Naturellement, ce débat suscitait des difficultés non seulement pour la gestion du budget, mais aussi des ressources humaines. La mission ciblée postule le recrutement d'abord d'experts et de médecins. L'assistance à la santé pour tous postule en revanche l'utilisation de gestionnaires de programmes. Les qualifications requises ne sont pas les mêmes. À cela s'ajoutait encore la politisation endémique des hautes nominations à l'ONU.

En 1998, la nomination de Madame Gro Harlem Brundtland comme directrice générale ouvrit une période de réformes importantes. Celle-ci fut marquée par divers succès. Le prestige de l'ancienne première ministre norvégienne lui permit de replacer l'Organisation au sein de la stratégie globale de santé de l'ONU. L'OMS adopta une grande convention basée sur l'article 20 de la Constitution, relative au tabac (14). La pandémie du SRAS, bien gérée,

(10) G. EDGREN et N. MOLLER, « The Agencies at a Crossroads : the Role of United Nations Specialized Agencies », in Nordic UN Project, *The United Nations : Issues and Options*, Stockholm, Almqvist och Wiksell, 1991.

(11) Pour comprendre les origines de cette forte décentralisation, voy. E. FEE, M. CUETO et T. BROWN, « At the Roots of The World Health Organization's Challenges : Politics and Regionalization », *AJPH*, 2016, pp. 1912-1915.

(12) Pour plus de précisions, voy. E. I. DAES et A. DAOUDY, « Decentralization Of Organizations Within The United Nations System Part III : The World Health Organization », *WHO*, 1993.

(13) Traduction personnelle des auteurs, cité dans M. MCCARTHY, « What's Going On at the World Health Organization ? », *The Lancet*, 2002, vol. 360, pp. 1108-1110.

(14) G. BURCI, *The WHO framework convention on tobacco control*, United Nations, 2020.

offrit une occasion de déployer la valeur ajoutée de ses interventions. En revanche, les coopérations avec le secteur privé aggravèrent la complexité du budget et les dons finirent par représenter 80 % des dépenses totales. Les réformes administratives s'avérèrent en fin de compte peu efficaces. Cet insuccès révèle la difficulté d'obtenir des résultats avec des objectifs extrêmement larges et une bureaucratie extrêmement pesante.

En 2010, l'OMS affronta de nouveau une crise financière aiguë. De façon révélatrice, la directrice générale Madame Margaret Chan voulut lancer de nouvelles réformes, mais celles-ci évitèrent d'emblée plusieurs questions centrales (15). La confusion continue ainsi à régner au sein de l'Organisation au sujet de ses objectifs, de sa gouvernance, de ses priorités et de ses dépenses. Entre-temps, l'irruption, à partir des années 1980, de nouvelles pandémies, comme le SIDA ou Ebola, a ramené en partie l'Organisation vers sa mission originelle.

Pendant la crise du coronavirus, la gestion de l'OMS, son rôle, ses moyens ont suscité d'âpres débats. Plusieurs États, Chine et États-Unis en tête, ont contesté ses interventions. Des réformes ont été préconisées. Rien de tout cela ne constitue la moindre nouveauté. Depuis 1948, et encore plus depuis les années 1970, le fonctionnement de l'Organisation a suscité des controverses, bien plus que la moyenne des institutions spécialisées de l'ONU.

Deux réalités, au moins, l'expliquent.

D'une part, la protection de la santé constitue par excellence une matière horizontale qui touche une multitude de sujets. Ils comprennent par exemple la recherche, la production de médicaments ou de vaccins, la protection de la propriété intellectuelle, les restrictions au commerce des produits pharmaceutiques, la libre circulation des docteurs et des patients, les restrictions aux mouvements de personnes, l'éducation, etc.... En conséquence, comme l'indique la résolution de l'Institut de droit international du 4 septembre 2021, « les règles de droit international relatives aux épidémies et les autres règles pertinentes du droit international devraient, dans la mesure du possible, être identifiées, interprétées, appliquées et mises en œuvre en tant qu'obligations cohérentes. [...] Les "autres règles pertinentes" comprennent notamment celles du droit international de l'environnement, du droit international du commerce et de l'investissement, du droit international de la propriété intellectuelle, du droit international des transports, du droit international de la paix et de la sécurité et du droit international humanitaire » (16). À ce titre, il existe un parallèle évident entre l'OMS et l'OMC. Le problème de coordination des règles et des instances est donc important.

(15) Voy. WHO, « The Future of Financing for WHO : Report of an Informal Consultation Convened by the Director-General », 2010.

(16) Institut du Droit International, *Les épidémies, les pandémies et le droit international. Résolution*, 12^e commission, 12 RES FR, 4 septembre 2021, disponible sur : https://www.idi-iil.org/app/uploads/2021/09/2021_online_12_fr.pdf (consulté le 16 décembre 2022).

D'autre part, et surtout, la santé est une matière qui requiert souvent des actions, et non des abstentions, des États membres. Il s'agit en plus d'un service public, au sens fonctionnel du terme. Enfin, elle requiert des financements très lourds. À ces égards, en revanche, l'OMS diffère fondamentalement de l'OMC, et de la plupart des institutions spécialisées de l'ONU. Ces caractéristiques expliquent pourquoi elle a d'ailleurs toujours connu une histoire controversée, dont la pandémie de la Covid-19 constitue seulement un nouvel épisode.

Ce contexte permet de mieux appréhender la manière dont l'OMS a fait face aux différentes pandémies depuis 1946 et les difficultés rencontrées.

II. — LES PRÉCÉDENTES PANDÉMIES

Depuis la peste de Justinien, les pandémies ont jalonné l'histoire (17). Certaines, comme la peste noire au XIV^e siècle (18) ou la grippe espagnole de 1918-1920 (19), ont eu un impact historique énorme. La lutte contre les pandémies constituait l'objectif le plus ancien de l'OMS et de ses prédécesseurs. À partir de 1946, ces phénomènes ont toutefois diminué un peu en importance, notamment grâce au constant progrès médical. Ils ont toutefois retrouvé une certaine importance à partir des années 1980.

Cinq pandémies ont marqué l'histoire de l'OMS : la grippe asiatique de 1957-1963, la grippe de Hong Kong de 1968-1970, le SRAS COV-1 de 2002-2004 (SRAS), la grippe aviaire H1N1 de 2009-2010 et le virus Ebola de 2014-2016 (20). Chacune a provoqué l'adoption de nombreux rapports, et parfois la modification du Règlement sanitaire international.

Les deux premières pandémies reflètent le contexte historique de leur apparition. L'absence de coopération internationale optimale et de cadre juridique général explique les difficultés avec lesquelles ces pandémies furent détectées et gérées. Le rôle de l'OMS restait, à cette époque, limité, de même que l'application du RSI.

Le SRAS marque une évolution positive. L'OMS a clairement joué un rôle central et bénéfique. On notera que l'Organisation disposait alors de pouvoirs

(17) Voy. not. J. VITAUX, *La grande pandémie de l'histoire*, Paris, Archipoche, 2021 ; H. QUINLAN, *Plagues, Pandemics and Viruses : From the Plague of Athens to Covid 19*, Falaise, Viking, 2020 ; Un ouvrage remarquable sur leur impact est F. SNOWDEN, *Epidemics and Society : From the Black Death to the Present (Open Yale Courses)*, New Haven, Yale University Press, 2019.

(18) W. NAPHY et A. SPICER, *Plague : Black Death and Pestilence in Europe*, 3^e éd., Cheltenham, The History Press, 2004 (met en lumière la profondeur de la déstabilisation de la société).

(19) Voy. L. SPINNEY, *Pale rider : The Spanish Flu of 1918 and How it Changed the World*, Paris, Vintage, 2018 (vision kaléidoscopique de la planète, qui met en parallèle la grippe espagnole et la Covid-19).

(20) Sur cette période, voy. par exemple M. HONIGSBAUM, *The Pandemic Century : A History of Global Contagion from the Spanish Flu to Covid-19*, Allen, 2020.

juridiques plus faibles. Néanmoins, la directrice générale Brundtland, elle, disposait d'une légitimité plus forte (21). Cela lui a permis de prendre des initiatives personnelles et de contester l'approche de la Chine. La crise du SRAS a toutefois mis en lumière la réalité de la menace pandémique, et aussi l'utilité de l'OMS et de la collaboration internationale. Cet épisode explique la révision majeure en 2005 du Règlement sanitaire international.

Toutefois, la pandémie suivante de la grippe porcine H1N1 de 2009 a laissé des souvenirs plus mitigés. L'OMS fut critiquée pour avoir déclaré un risque mondial et pour avoir concédé un rôle trop grand aux experts. Beaucoup de ces critiques s'expliquaient surtout parce que le risque avait, en fin de compte, été facilement jugulé. Il existait pourtant un risque tout à fait réel et les experts n'avaient pas commis d'erreur à cet égard. L'Organisation fut aussi attaquée pour avoir cédé aux pressions de l'industrie pharmaceutique, qui y aurait trouvé son intérêt. Le Conseil de l'Europe organisa même une série d'audiences publiques pour apprécier les faits (22). L'épisode révèle bien, une fois encore, les tensions inhérentes aux pouvoirs conférés à l'Organisation.

Plus réalistes apparaissent les conclusions du comité d'examen établi pour apprécier la réponse à la pandémie d'H1N1 (23). Le comité a d'abord souligné que l'OMS n'avait pas commis de faute manifeste. Il a toutefois insisté sur la nécessité d'une plus grande transparence, d'une recherche plus développée et d'accords anticipés sur la production de vaccins et de traitements. Au-delà du rôle de l'OMS, le comité concluait que le monde n'était pas prêt pour affronter une pandémie (24).

Le cinquième épisode, Ebola, en 2014, le confirma par la mise en lumière des insuffisances structurelles des États en voie de développement et la réticence à notifier la propagation de cette maladie (25). Cette pandémie mit en cause de façon beaucoup plus nette l'efficacité de l'OMS. Cette fois, la directrice générale, le docteur Chan, mit beaucoup de temps à reconnaître une urgence internationale (26). Ce retard procédait clairement de raisons politiques (27) plus que techniques et il contribua à l'aggravation de la menace. De façon

(21) Ancienne première ministre à plusieurs reprises, directrice du rapport Brundtland sur le développement durable, bonne connaisseuse des arcanes de l'ONU.

(22) R. KATZ et J. FISCHER, « The Revised International Health Regulations : A Framework for Global Pandemic Response », *Global Health Governance*, 2010, p. 11.

(23) Ce comité d'examen est mis en place par les articles 50 et suivants du RSI. Il a pour mission de fournir au directeur général de l'OMS des avis techniques sur des questions ponctuelles.

(24) *Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) et la pandémie de grippe A (H1N1)*, Annexe A64/10, 5 mai 2011.

(25) Le premier rapport officiel au sujet du virus fut enregistré plus de trois mois après son apparition. Voy. OMS, *Rapport du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola*, Genève, juillet 2015.

(26) *Rapport du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte*, Annexe A69/21, 13 mai 2016, pts 99 et s.

(27) *Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) et la pandémie de grippe A (H1N1)*, op. cit., pts 99 et s. ; *Rapport du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola*, op. cit., pts 10 et s.

générale, l'Organisation ne prit pas en considération les informations transmises par les ONG et ne critiqua pas certains gouvernements concernés par les informations lénifiantes (28).

À la suite de cet épisode, le comité d'examen critiqua bien plus l'OMS. Il souligna ses ressources insuffisantes, mais aussi sa mauvaise structure, ses fautes de gestion (29) et l'absence d'application du RSI (30). De manière prémonitoire, le groupe d'experts chargé par l'ONU d'analyser cette pandémie conclut que « l'on sous-estime généralement le risque élevé de crise sanitaire majeure et que le monde n'est ni assez préparé ni apte à y faire face. Les épidémies à venir pourraient dépasser de loin en ampleur la poussée épidémique de l'Afrique de l'Ouest et avoir de plus funestes conséquences. Le Groupe sera fortement troublé d'apprendre qu'il n'est pas impossible que l'on voie surgir quelque virus de la grippe hautement pathogène, capable de faucher d'un seul coup des millions de vies humaines et de provoquer de sérieux désordres sociaux, économiques et politiques » (31).

De façon révélatrice, dans les années suivantes, des mesures créèrent de nouveaux instruments pour simplifier le processus de décision et faciliter les réponses rapides. Les problèmes plus structurels, en revanche, ne furent pas affrontés, comme ce fut déjà le cas après la pandémie de 2009 (32).

Tous ces éléments indiquent en tout cas que l'adoption et la révision du RSI ont bien constitué une mutation essentielle. Dans les pandémies suivantes, ce n'est pas l'inadéquation des textes qui a été mise en cause, mais celle des structures et des gestionnaires.

III. — LE RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL DE 2005

Le règlement sanitaire international mérite une attention particulière pour plusieurs raisons. Il demeure une des grandes (et rares) réalisations normatives de l'OMS. Depuis sa création, l'OMS a en effet adopté seulement deux

(28) J. YOUDE, *Global Health Governance in International Society*, Oxford, Oxford University Press, 2018, p. 122 ; L. O. GOSTIN, D. SRIDHAR et D. HOUGENDBLER, « The normative authority of the World Health Organisation », *Governance for Health Special Issue Paper*, 2015, n° 129, p. 857.

(29) J. YOUDE, *Global Health Governance in International Society*, Oxford, Oxford University Press, 2018.

(30) *Rapport du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte*, Annexe A69/21, 13 mai 2016.

(31) Rapport du Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires, *Protéger l'humanité contre les crises sanitaires futures*, A/70/723, 2016, pp. 28 et s.

(32) « Trop souvent, à la panique mondiale suscitée par telle épidémie succèdent la complaisance et l'inertie. Ainsi, la pandémie de grippe de 2009 donnera lieu à une réévaluation similaire de l'état de préparation du monde, dont la plupart des recommandations resteront cependant sans suite, alors même qu'on aurait pu sauver des milliers de vies en Afrique de l'Ouest en y donnant suite. », Extrait du Rapport du Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires, *Protéger l'humanité contre les crises sanitaires futures*, A/70/723, 2016, p. 6.

règlements essentiels : le Règlement n° 1 de l'OMS relatif à la Nomenclature (y compris l'établissement et la publication de statistiques) concernant les maladies et causes de décès et le Règlement n° 2, à savoir le RSI. Elle a également adopté une seule Convention, la Convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac en 2003. Par ailleurs, le RSI vise à établir un régime juridique international général et global pour les pandémies. Il a connu une longue évolution (33). Enfin et surtout, il a été mis en application, et critiqué, durant la pandémie de la Covid-19.

Sa première version a été adoptée en 1951 (34). Ce texte remplaçait les différentes conventions sanitaires alors en vigueur depuis le milieu du XIX^e siècle (35). De ce point de vue, il s'agissait pour les États d'une simplification considérable, qui met en lumière les bénéfices rapides apportés par une organisation spécialisée de l'ONU. Le RSI a été légèrement modifié en 1969 (36), 1973 (37) et 1981 (38) pour connaître une révision globale en 2005 (39).

En 1951, le RSI visait à prévenir la propagation internationale de six maladies infectieuses (nommées « maladies quaranténaires ») (40). Elles furent réduites à trois après les révisions de 1969 (41) et 1981 (42). Cette approche restrictive posa des problèmes accrus avec le développement de nouvelles menaces, commençant par celle du SIDA dans les années 1980, auxquelles le RSI ne pouvait s'appliquer.

(33) Sur l'évolution de ce régime depuis le XIX^e siècle, voy. not. D. FIDLER, *International Law and Infectious Diseases*, Oxford, Oxford Univ. Press, 1999.

(34) Assemblée mondiale de la Santé, WHA 4.75, 25 mai 1951, disponible sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/92215/WHA4.75_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y (consulté le 18 février 2020).

(35) Les conventions remplacées par le RSI sont listées à l'article 99 du RSI dans les versions antérieures à la révision de 2005 et dans l'article 58 de la version de 2005 ; E. GRANZIERA et R. KOSKENMÄKI, « Sous-section 3 – L'Organisation mondiale de la Santé », in *Le droit international social : droits économiques, sociaux et culturels*, Bruxelles, Bruylant, 2013, n° 15.

(36) Assemblée mondiale de la Santé, WHA 22.46, 25 juillet 1969, *Rec.*, résol., 10^e ed., vol. 1.3.9.3., disponible sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94736/WHA22.46_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y (consulté le 10 mars 2021).

(37) Assemblée mondiale de la Santé, WHA 26.55, 23 mai 1973, *Rec.*, résol., vol. 1.8.1.4, disponible sur <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95153> (consulté le 8 mars 2021).

(38) Assemblée mondiale de la Santé, WHA 34.13, 20 mai 1981, disponible sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/191417/WHA34_1981-REC-1_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y (consulté le 23 mars 2020).

(39) Cette révision fait suite à une demande de l'Assemblée mondiale de la Santé au Directeur général en 1995 : Assemblée mondiale de la Santé, WHA 48.7, 12 mai 1995, disponible sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/200968/WHA48_R7_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y (consulté le 10 mars 2021).

(40) La peste, le choléra, la fièvre jaune, la variole, le typhus et la fièvre récurrente à poux ; B. ZERHOUD, « Un instrument de lutte contre les pandémies internationales : le Règlement sanitaire international n° 2 », *African Yearbook of International Law*, 2009, vol. 15, n° 1, p. 266.

(41) Les maladies quaranténaires ont d'abord été réduites à 4 lors de la révision de 1969 : le choléra, la fièvre jaune, la peste et la variole.

(42) En raison de l'éradication de la variole, cette dernière fut supprimée de la définition des maladies quaranténaires.

La correction de ce problème constituait un des objectifs principaux de la révision du RSI en 2005. Il consacre ainsi l'objectif de « prévenir la propagation internationale des maladies » (43) et définit désormais les maladies comme « une pathologie humaine ou [...] une affection, quelle qu'en soit l'origine ou la source, ayant ou susceptible d'avoir des effets nocifs importants pour l'être humain » (44). Cette définition permet d'englober tous les risques graves pour la santé susceptibles de se propager à l'échelon international, peu importe l'origine et le mode de propagation (45). Elle fait également écho à l'apparition croissante de maladies émergentes et réémergentes comme la grippe aviaire ou le SRAS (46).

En outre, afin de faire face aux nouveaux défis pour la santé mondiale (47), le RSI de 2005 a pour objectif de « s[e] protéger [de la propagation internationale des maladies], [...] la maîtriser et [d']y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux » (art. 2 RSI).

La révision de 2005 visait également à pallier d'autres lacunes. En effet, les précédentes propagations internationales de maladies infectieuses, dont le SRAS (48), ont mis en évidence l'insuffisance des systèmes nationaux de surveillance, la difficulté d'obtenir des informations des zones les plus touchées ou encore le refus des États membres d'alerter l'OMS par crainte d'une réaction disproportionnée de la communauté internationale (49). Ainsi, un système de détection et d'action des États fut mis en place (art. 5 et 13 RSI), de même que de nouveaux pouvoirs et responsabilités dans le chef de l'OMS (art. 9-12, 15 et s.) ou encore l'encadrement des mesures prises par les États (art. 19 et s.). La pandémie de la Covid-19 a toutefois révélé que le RSI conservait certaines failles, comme le démontre son analyse détaillée.

(43) Art. 2 RSI 2005.

(44) Art. 1 RSI 2005.

(45) E. GRANZIERA et R. KOSKENMÄKI, « Sous-section 3 – L'Organisation mondiale de la Santé », *op. cit.*, p. 293.

(46) H. DE POOTER, *Le droit international face aux pandémies : vers un système de sécurité sanitaire collective*, Paris, Pedone, 2015, p. 61.

(47) E. GRANZIERA et R. KOSKENMÄKI, « Sous-section 3 – L'Organisation mondiale de la Santé », *op. cit.*

(48) Assemblée mondiale de la Santé, WHA 56.28, disponible sur <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85040/fa56r28.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consulté le 10 mars 2021). Cette résolution constate notamment : « avec inquiétude que les faits qui ont suivi l'apparition et la propagation internationale rapide du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) ont donné une expression concrète à l'ampleur de ces problèmes, à l'inadéquation du Règlement actuel et à l'urgente nécessité pour l'OMS et ses partenaires internationaux de prendre des mesures spécifiques non visées par le Règlement ».

(49) B. ZERHOUD, « Un instrument de lutte contre les pandémies internationales : le Règlement sanitaire international n° 2 », *African Yearbook of International Law*, 2009, vol. 15, n° 1, p. 271.

VI. — LA PANDÉMIE DE LA COVID-19

A. — *La préparation insuffisante à une nouvelle pandémie*

Les différents rapports sur la pandémie de la Covid-19 concluent tous que le monde n'était pas préparé à faire face une pandémie (50) et qu'il est nécessaire pour les États « d'intégrer les principales capacités en matière de préparation, surveillance et d'action [...] » (51).

Cette analyse constitue un paradoxe, car elle ne présente aucun caractère de nouveauté. Cette lacune a été mise en avant depuis fort longtemps. Le RSI révisé de 2005 a d'ailleurs érigé en obligation la mise en place de système de surveillance et d'action par les États parties. Malgré cela, les rapports rendus à la suite des pandémies d'H1N1 et Ebola sur le fonctionnement du RSI mettaient en évidence les mêmes difficultés (52) et recommandaient d'accélérer et d'améliorer la mise en place des principales capacités requises par le RSI (53).

Toutefois, avant comme après 2005, la majorité des recommandations formulées n'ont pas été mises en œuvre. Spécialement, la préparation nationale aux pandémies a été largement sous financée (54).

Enfin, on notera que l'OMS a également un rôle à jouer dans cette préparation. S'il revient certes aux États membre d'organiser les principales

(50) *Rapport du Comité consultatif de surveillance indépendant du programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire*, A74/16, 5 mai 2021, p. 3 ; *Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du règlement sanitaire international (2005) pendant la riposte à la Covid-19. Projet final*, 30 avril 2021, p. 4, Annexe à la résolution A74/9 Add. 1 du 5 mai 2021 ; Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie, *Covid-19 : Agissons pour que cette pandémie soit la dernière*, p. 15, disponible sur <https://theindependentpanel.org/mainreport/> (consulté le 29 juin 2021).

(51) *Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du règlement sanitaire international (2005) pendant la riposte à la Covid-19. Projet final*, 30 avril 2021, A74/9, Add. 1, 5 mai 2021, p. 25.

(52) Assemblée mondiale de la santé, *Application du règlement sanitaire international. Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) et la pandémie de grippe A (H1N1)*, A64/10, 5 mai 2011, p. 144 : « [...] de nombreux états parties n'ont pas les principales capacités requises pour détecter, évaluer et déclarer les éventuelles menaces pour la santé et ne sont pas en voie de remplir leurs obligations en matière de plans et d'infrastructures avant la date butoir de 2012 prévue par le RSI. [...] » ; Assemblée mondiale de la santé, *Application du Règlement sanitaire international (2005). Rapport du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte*, A69/21, 13 mai 2016, p. 58 : « [...] l'absence de stratégie globale sur la manière de mettre le RSI en pratique et de suivre les progrès généraux a contribué au maintien de l'impréparation de la communauté mondiale aux urgences de santé publique majeures. Il apparaît par ailleurs clairement que de nombreux pays dotés de moins de ressources seront incapables d'acquérir seuls les principales capacités requises avant le délai final de juin 2016 [...] ».

(53) Assemblée mondiale de la santé, *Application du règlement sanitaire international. Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) et la pandémie de grippe A (H1N1)*, A64/10, 5 mai 2011, p. 144.

(54) Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie, *Covid-19 : Agissons pour que cette pandémie soit la dernière*, op. cit., p. 15.

capacités requises en termes de préparation et d'action (55), l'OMS doit quant à elle soutenir les États dans ces démarches, et surtout renforcer ses outils et ses processus d'évaluation afin de consolider l'application du RSI (56). Ici aussi, la mise en œuvre n'a pas été satisfaisante.

B. — *L'identification de la nouvelle pandémie*

a) *La détection des premiers cas* (57)

Les débuts de la pandémie de la Covid-19 démontrent que le système de surveillance a fonctionné au niveau de la détection, principalement grâce aux médecins et infirmiers vigilants et aux systèmes de notification et de surveillance bien intégrés (58). Grâce à cela, les autorités sanitaires locales ont été rapidement informées et ont signalé une alerte au niveau local. Dans la journée, cette alerte a été relevée par les médias, d'autres autorités sanitaires et par les réseaux mondiaux de surveillance des épidémies (59). L'OMS a appris l'existence de ce qui était alors une épidémie le 31 décembre 2019 par trois canaux différents (60).

Ces premières informations ont été vérifiées par l'OMS le 1^{er} janvier et confirmées par la Chine le 3 janvier (61). Le lendemain, l'OMS a alors fait part sur twitter de l'existence de ces cas de pneumonie (62) et a ensuite officiellement alerté tous les gouvernements nationaux par le biais du système d'information sur les événements du RSI (63).

Ceci rappelle le caractère essentiel de la mise au point de systèmes de surveillance efficaces et intégrés, comme exigé par le RSI. Toutefois, il convient de ne pas perdre de vue les différences qui subsistent encore entre les États, comme l'avait démontré la pandémie d'Ebola.

(55) Assemblée mondiale de la santé, *Action de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire. Renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire : application du Règlement sanitaire international (2005)*, A74/9, Add. 1, 5 mai 2021, p. 25.

(56) *Ibid.*

(57) Pour un détail des événements voy. *Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du règlement sanitaire international (2005) pendant la riposte à la Covid-19. Projet final*, op. cit., p. 4.

(58) Voy. Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie, *Covid-19 : Agissons pour que cette pandémie soit la dernière*, op. cit., p. 19 ; Assemblée mondiale de la santé, *Action de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire. Renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire : application du Règlement sanitaire international (2005)*, A74/9, add. 1, 5 mai 2021, p. 32.

(59) Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie, *Covid-19 : Agissons pour que cette pandémie soit la dernière*, op. cit., p. 19.

(60) *Ibid.*, p. 23.

(61) Dès le 1^{er} janvier 2020 l'OMS a demandé la vérification de ces informations à la Chine en application de l'article 10 du RSI. Le point focal national RSI chinois y a répondu le 3 janvier 2020.

(62) Voy. <https://twitter.com/WHO/status/1213523866703814656?s=20> (consulté le 16 décembre 2022).

(63) Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie, *Covid-19 : Agissons pour que cette pandémie soit la dernière*, op. cit., p. 23.

b) *La qualification de l'évènement*

La qualification de la crise de la Covid-19 a présenté plusieurs défaillances.

Tout d'abord, cette qualification est liée à l'évaluation des risques que présentait la crise à ses débuts. Or, la qualité de l'évaluation dépend des informations transmises par les États membres. Selon le comité d'examen, ces informations étaient limitées au début (64). Cependant, d'autres sources, moins diplomatiques, ont été encore beaucoup plus critiques à l'égard de la Chine, qui n'a pas transmis les informations en temps opportun et a fait de la rétention (65). Ainsi, alors que la Chine a isolé le virus le 7 janvier, elle ne l'a reporté que le 12 à l'OMS (66). Il en est de même pour la question de la transmission interhumaine (67). Or, le RSI oblige les États à transmettre toutes les informations au sujet d'un évènement qui fait l'objet d'une obligation de notification.

Par ailleurs, des mécanismes sont mis en place par le RSI pour que l'OMS ne dépende pas exclusivement du bon vouloir des États membres. Or, il semble que l'OMS comme la Chine ne les aient guère mis en œuvre. Les réticences de la Chine face à ces informations non officielles (et encore davantage face à celles provenant de Taïwan) n'ont pas été soulignées par l'OMS à l'époque.

Ensuite, vint la décision de qualifier ou non l'évènement d'urgence de santé public de portée internationale (USPPI). Cette décision aurait mis en évidence, selon certains (68), un manque d'adéquation entre le système du RSI, lent, et le monde de l'information et du partage de données, quasi instantané. En effet, avant de qualifier la crise d'urgence de santé publique de portée internationale le 30 janvier 2020 (69), l'OMS a convoqué deux fois à une semaine d'intervalle le comité d'urgence du RSI (70). Or, à ce moment-là,

(64) Assemblée mondiale de la santé, *Action de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire. Renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire : application du Règlement sanitaire international (2005)*, A74/9, add. 1, 5 mai 2021, p. 34.

(65) T. M. BROWN et S. LADWIG, « Covid-19, China, the world health organization, and the limits of international health diplomacy », *American journal of public health*, 2020, vol. 110, n° 8.

(66) *Ibid.*

(67) *Ibid.*

(68) Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie, *Covid-19 : Agissons pour que cette pandémie soit la dernière*, op. cit., pp. 25-26.

(69) *Déclaration du Directeur général de l'OMS relative à la réunion du Comité d'urgence du RSI sur le nouveau coronavirus (2019-nCoV)*, 30 janvier 2020, disponible sur : [https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihp-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihp-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)) (consulté le 16 décembre 2022).

(70) Le 22 janvier 2020 (*Déclaration sur la réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (RSI) concernant la flambée de nouveau coronavirus (2019-nCoV)*), 23 janvier 2020, disponible sur : [https://www.who.int/fr/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/fr/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)) (consulté le 16 décembre 2022) et le 30 janvier 2020 (*Déclaration sur la deuxième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la flambée de nouveau coronavirus 2019 (2019-nCoV)*), 30 janvier 2020, disponible sur : [https://www.who.int/fr/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/fr/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)) (consulté le 16 décembre 2022)).

il y avait plus de 7.000 cas confirmés en Chine et plus de 80 dans 18 autres pays (71). Toutefois, cette situation procède notamment de la nécessité pour le comité de se prononcer d'une seule voix et de déterminer si la crise remplit les critères prévus par le RSI. Il s'agit également d'un héritage des précédentes pandémies (72). Le processus de décision au sein de ce comité n'est toujours pas optimal. Aujourd'hui, il est encore recommandé à l'OMS d'améliorer ses méthodes à ce sujet en mettant en place une liste d'experts et en veillant à communiquer sur les prises de décisions de ce comité (73).

Toutefois, sans nier la responsabilité de l'OMS pour ses carences, même si cette qualification avait eu lieu plus tôt, elle n'aurait vraisemblablement eu que peu de conséquences. En effet, même tardive, la qualification d'USPPI n'a pas été prise au sérieux et n'a pas donné lieu à des mesures énergiques et immédiates par les États membres, bien au contraire (74). Ces derniers ont seulement commencé à prendre des mesures de riposte après la qualification de pandémie par l'OMS le 11 mars (75). Pourtant, la déclaration d'une USPPI constitue le plus haut niveau d'alerte mondiale en matière sanitaire, au contraire de la qualification de pandémie (76). Presque deux mois ont ainsi été perdus en fin de compte dans la gestion de la pandémie (77). Les

(71) T. M. BROWN et S. LADWIG, « Covid-19, China, the world health organization, and the limits of international health diplomacy », *American journal of public health*, *op. cit.*, p. 1149.

(72) Lors de la pandémie d'H1N1, l'OMS fut principalement critiquée pour avoir gardé l'anonymat des membres du comité d'urgence, anonymat nécessaire selon certains membres du comité pour préserver une indépendance par rapport aux pressions qui auraient pu être subies (Assemblée mondiale de la santé, *Application du règlement sanitaire international. Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) et la pandémie de grippe A (H1N1)*, A64/10, 5 mai 2011, pp. 86 et s.).

Lors de la pandémie d'Ebola, la déclaration intervint plus de 5 mois après les premières notifications officielles, ce qui fut fortement critiqué (Assemblée mondiale de la santé, *Application du Règlement sanitaire international (2005). Rapport du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte*, A69/21, 13 mai 2016, p. 43).

(73) Assemblée mondiale de la santé, *Action de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire. Renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire : application du Règlement sanitaire international (2005)*, A74/9, add. 1, 5 mai 2021, p. 14.

(74) Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie, *Covid-19 : Agissons pour que cette pandémie soit la dernière*, *op. cit.*, p. 28.

(75) *Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du règlement sanitaire international (2005) pendant la riposte à la Covid-19. Projet final*, 30 avril 2021, A74/9, Add. 1, 5 mai 2021, pp. 39 et 50 ; WHO, 11 mars 2020, twitter, disponible sur : https://twitter.com/WHO/status/1237777021742338049?ref_src=twsrc%5Etfw%7Ctwcamp%5Etweetembed%7Ctwtterm%5E1237777021742338049&ref_url=https%3A%2F%2Fwww.who.int%2Femergencies%2F-diseases%2Fnovel-coronavirus-2019%2Fevents-as-they-happen (consulté le 2 février 2023).

(76) La qualification de pandémie n'est pas définie dans un instrument international contraignant, mais est basée sur le guide de gestion du risque de grippe pandémique ; A. VON BOGDANDY et P. A. VILLARREAL, « International law in Pandemic response : A First Stocktaking in Light of the Coronavirus Crisis », *MPIL Research Paper Series*, *op. cit.*, p. 12.

(77) Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie, *Covid-19 : Agissons pour que cette pandémie soit la dernière*, *op. cit.*, p. 23.

réticences de la Chine, puis de l'OMS et enfin des États membres ont joué un rôle essentiel dans les désordres ultérieurs.

C. — *Les actions de l'OMS*

a) *La transmission d'informations*

L'OMS a rapidement donné quotidiennement des points de presse (78), organisé des webinaires mondiaux au travers du Réseau OMS d'informations sur les épidémies (EPI-WIN) (79) et diffusé des documents d'information scientifique sur l'utilisation des médicaments (80), les passeports d'immunité (81), la transmission de la Covid-19 (82), les variants (83) et d'autres questions encore (84).

Toutefois, dans ce flux d'informations, plusieurs difficultés ont été mises en lumière. Premièrement, « l'augmentation rapide de la quantité d'informations, conjuguée aux déficits d'information et aux messages prêtant à confusion, a mené à une surabondance d'informations, une "infodémie" sous l'effet de laquelle les gens ont du mal à savoir comment agir » (85). Or, cette situation peut entraîner l'adoption de comportements à risque et réduire la confiance dans les autorités. Cela, à son tour, prolonge la pandémie (86). Des informations claires, exactes et en temps opportun sont nécessaires pour

(78) Dès le 5 février 2020, voy. Chronologie de l'action de l'OMS face à la Covid-19, disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covid-timeline> (consulté le 16 décembre 2022).

(79) EPI-WIN updates, disponible sur : <https://www.who.int/fr/teams/risk-communication/epi-win-updates> (consulté le 27 avril 2021).

(80) World Health Organization, *Off-label use of medicines for Covid-19 : scientific brief*, 31 mars 2020, disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331640> (consulté le 16 décembre 2022).

(81) Organisation mondiale de la Santé, *les « passeports d'immunité » dans le cadre de la Covid-19*, 24 avril 2020, disponible sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331904/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Immunity_passport-2020.1-fre.pdf (consulté le 16 décembre 2022).

(82) World Health Organization, *Transmission of SARS-CoV-2 : implications for infection prevention precautions. Scientific brief*, 9 juillet 2020, disponible sur : <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions> (consulté le 16 décembre 2022).

(83) Organisation mondiale de la Santé, *Bulletin d'information sur les flambées épidémiques. 2020-DON297 – Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord*, 21 décembre 2020, disponible sur : <https://www.who.int/fr/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON304> (consulté le 16 décembre 2022).

(84) Organisation mondiale de la Santé, *Syndrome inflammatoire multisystémique chez les enfants et les adolescents atteints de Covid-19 : note scientifique*, 15 mai 2020, disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332190> (consulté le 16 décembre 2022) ; *Essai clinique Solidarity de traitements contre la Covid-19*, disponible sur : <https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/solidarity-clinical-trial-for-covid-19-treatments> (consulté le 16 décembre 2022) ; etc.

(85) *Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du règlement sanitaire international (2005) pendant la riposte à la Covid-19. Projet final*, 30 avril 2021, A74/9, Add. 1, 5 mai 2021, p. 49.

(86) *Ibid.*

renforcer l'action de santé publique (87). Cette nécessité avait déjà été soulignée lors de la pandémie d'Ebola (88).

Néanmoins, l'OMS a vite pris en compte ce problème et une évolution importante dans sa gestion de l'infodémie et dans sa communication sur les risques doit être soulignée (89).

b) *Les recommandations temporaires et les conseils de l'OMS*

À la suite de la déclaration d'USPPI et conformément aux avis adoptés par le comité d'urgence après chaque réunion (90), le directeur général a adopté des recommandations temporaires, non contraignantes, comme le prévoit l'article 18 du RSI (91). Théoriquement, les États doivent s'y conformer ou s'expliquer s'ils ne le font pas (92). Il semble toutefois qu'un manque de clarté régnait à ce sujet (93).

(87) *Ibid.*

(88) Assemblée mondiale de la santé, *Application du Règlement sanitaire international (2005). Rapport du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte*, A69/21, 13 mai 2016, pp. 50 et s. Cette nécessité se matérialisait différemment mais le constat est le même.

(89) *Rapport du Comité consultatif de surveillance indépendant du programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire*, A74/16, 5 mai 2021, pt 17.

(90) Ces avis s'adressent à la fois aux États membres (le premier avis du comité sur des recommandations temporaires, à la suite du 2^e comité, s'adresse spécifiquement à la Chine et à la communauté mondiale. Par la suite, les avis du comité d'urgence seront faits aux États parties) et à l'OMS.

(91) *Déclaration sur la deuxième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la flambée de nouveau coronavirus 2019 (2019-nCoV)*, 30 janvier 2020, disponible sur : [https://www.who.int/fr/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/fr/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)) (consulté le 16 décembre 2022) ; *Déclaration sur la troisième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la flambée de maladie à coronavirus (Covid-19)*, disponible sur : [https://www.who.int/fr/news/item/01-05-2020-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/fr/news/item/01-05-2020-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-(covid-19)) (consulté le 16 décembre 2022) ; *Déclaration sur la quatrième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la flambée de maladie à coronavirus (Covid-2019)*, disponible sur [https://www.who.int/fr/news/item/01-08-2020-statement-on-the-fourth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/fr/news/item/01-08-2020-statement-on-the-fourth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-(covid-19)) (consulté le 16 décembre 2022) ; *Déclaration sur la cinquième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la pandémie de maladie à coronavirus (Covid-2019)*, disponible sur [https://www.who.int/fr/news/item/30-10-2020-statement-on-the-fifth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/fr/news/item/30-10-2020-statement-on-the-fifth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic) ; *Déclaration sur la sixième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (Covid-19)*, disponible sur : [https://www.who.int/fr/news/item/15-01-2021-statement-on-the-sixth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/fr/news/item/15-01-2021-statement-on-the-sixth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic) (consulté le 16 décembre 2022).

(92) A. VON BOGDANDY et P. A. VILLARREAL, « International law in Pandemic response : A First Stocktaking in Light of the Coronavirus Crisis », *MPIL Research Paper Series*, op. cit., p. 15.

(93) *Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du règlement sanitaire international (2005) pendant la riposte à la Covid-19. Projet final*, 30 avril 2021, A74/9, Add. 1, 5 mai 2021, p. 39.

Plus particulièrement, les recommandations de l'OMS relatives aux voyages et au commerce international ont révélé des tensions concernant le rôle de l'OMS (94). En effet, en même temps que le directeur général déclarait une USPPI, « l'OMS ne recommand[ait] pas de limiter les échanges commerciaux et les déplacements » (95). Outre ce traitement similaire, non justifié, des échanges commerciaux et des voyages d'agrément, l'OMS a seulement changé de position le 16 décembre 2020, par la publication d'une orientation provisoire en vertu de laquelle « une approche des voyages internationaux fondée sur le risque est désormais nécessaire » (96). Sa position, désormais distincte en matière d'échanges commerciaux, consistait à « mettre en œuvre des approches coordonnées, limitées dans le temps, fondées sur les risques et reposant sur des données probantes en ce qui concerne les mesures sanitaires liées aux échanges internationaux, conformément aux orientations de l'OMS et aux dispositions du RSI » (97). Cependant, de nombreux États ont mis en place des mesures restrictives de multiple nature relatives aux voyages, de sorte que, fin août 2020, l'ensemble des États membres de l'OMS étaient dans ce cas (98).

La position de l'OMS sur les voyages, et son changement tardif, s'explique notamment par l'objectif dual du RSI de protéger la santé et les économies (en évitant des restrictions). Ces objectifs peuvent s'avérer contradictoires et amener l'OMS à émettre des recommandations balancées qui ne permettent pas d'adopter des mesures optimales pour mettre un terme à la pandémie. En synthèse, la confusion à ce sujet a été monumentale, et coûteuse.

À côté des recommandations temporaires, l'OMS a également publié de nombreux conseils, adoptés sous la forme de plans stratégiques, lignes directrices, considérations, documents d'orientation, recommandations, manuel, conseils, guide et ce, dès le 10 janvier 2020 (99).

À nouveau ici, certaines questions, comme le port du masque – non abordé par les recommandations –, ont posé des difficultés. Si dès le 29 janvier 2020,

(94) *Ibid.*, p. 60.

(95) *Déclaration sur la deuxième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la flambée de nouveau coronavirus 2019 (2019-nCoV)*, 30 janvier 2020, *op. cit.*

(96) Organisation mondiale de la Santé, *Éléments à prendre en considération pour l'adoption d'une approche des voyages internationaux fondée sur le risque dans le cadre de l'épidémie de Covid-19 : orientations provisoires*, 16 décembre 2020, disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338734> (consulté le 26 mars 2021).

(97) *Déclaration sur la sixième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (Covid-19)*, *op. cit.*

(98) Assemblée mondiale de la santé, *Action de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire. Renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire : application du Règlement sanitaire international (2005)*, A74/9, add. 1, 5 mai 2021, p. 45.

(99) World Health Organisation, *National Capacities Review Tool for a Novel Coronavirus*, 10 janvier 2020, disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332298/WHO-2019-nCoV-Readiness-2020.1-eng.pdf> (consulté 26 mars 2021).

l'OMS a publié sa première orientation sur la question (100), elle fournissait simplement des informations sur l'utilisation de masques médicaux dans des endroits spécifiques (101). La deuxième orientation sur le sujet, publiée un mois plus tard, se concentrait sur l'utilisation des équipements de protection individuelle (102), mais fournissait des conseils sur l'utilisation rationnelle de ces équipements dans les établissements de soins de santé et les collectivités, ainsi que lors de la manutention de marchandises.

Aucune recommandation n'a en revanche été formulée pour le grand public et elle ne le fut que le 5 juin 2020 (103), à la suite de nouvelles recherches sur les mécanismes de transmission du virus (104). La position de l'OMS à ce sujet se justifierait notamment par la crainte de voir une pénurie massive d'équipement de protection individuelle se créer (105). L'argument paraît d'une grande malhonnêteté. Il faut rappeler que, dès les premières publications issues de Chine à la fin janvier, les médecins chinois soulignaient la possibilité de transmission du coronavirus par aérosols (106). Seule une analyse correcte de l'OMS aurait permis de relancer de suite massivement la production. Par ailleurs, outre de nombreux morts, la perte de plusieurs mois a entraîné un déficit considérable d'éducation de la population mondiale. L'explication la plus compréhensible, et la moins excusable, est que cet énorme retard

(100) Organisation mondiale de la Santé, *Conseils sur le port du masque dans les espaces collectifs, lors des soins à domicile et dans les établissements de santé dans le cadre de la flambée due au nouveau coronavirus (2019-nCoV) : lignes directrices provisoires*, 29 janvier 2020, disponible sur <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330998> (consulté le 30 mars 2021).

(101) Dans les communautés, à domicile et dans les établissements de soins de santé dans les zones ayant signalé des épidémies causées par le nouveau coronavirus.

(102) World Health Organization, *Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (Covid-19) : interim guidance*, 27 février 2020, disponible sur <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331215> (consulté le 26 mars 2021).

(103) Organisation mondiale de la Santé, *Conseils sur le port du masque dans le cadre de la Covid-19 : orientations provisoires*, 6 avril 2020, disponible sur <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331831> et mis à jour le 5 juin 2020, disponible sur <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332448> (consulté le 26 mars 2021).

(104) L. LACINA, « WHO updates guidance on masks for health workers and the public », *World Economic Forum*, 2020, disponible sur : <https://www.weforum.org/agenda/2020/06/who-updates-guidance-on-masks-heres-what-to-know-now> (consulté le 16 décembre 2022).

(105) J. KALTWASSER, « Not Just Masks : WHO Warns of Looming Shortages of PPE », *ContagionLive*, 2020, disponible sur : <https://www.contagionlive.com/view/not-just-masks-who-warns-of-looming-shortages-of-ppe> (consulté le 16 décembre 2022).

(106) Deux publications très rapides le 24 janvier 2020 sur internet méritent à cet égard l'intérêt : C. WANG, P. W. HORBY, F. G. HAYDEN et G. F. GAO, « A novel coronavirus outbreak of global health concern », *The Lancet*, 2020, vol. 395, n° 10223, pp. 470-473. Ce texte donne une bonne illustration des premiers constats en Chine, avec une conclusion claire : « Education campaigns should be launched to promote precautions for travellers, including frequent hand-washing, cough etiquette, and use of personal protection equipment (eg, masks) when visiting public places » ;

H. CHAOLIN *et al.*, « Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China », *The Lancet*, 2020, vol. 395, n° 10223, pp. 497-506. *Idem*, « Taken together, evidence so far indicates human transmission for 2019-nCoV. We are concerned that 2019-nCoV could have acquired the ability for efficient human transmission. 19 Airborne precautions, such as a fit-tested N95 respirator, and other personal protective equipment are strongly recommended ».

visait d'abord à protéger de nombreux gouvernements et administrations qui avaient très mal géré les stocks. Elle implique cependant une très mauvaise perception de la manière de prévenir la propagation du virus, spécialement au regard de constatations effectuées sur le terrain dès le début de la pandémie.

c) *Les recherches menées par l'OMS*

Dès le début de la crise, l'OMS a mené des recherches sur le virus et notamment son origine, ses modes de transmission, ses traitements ou encore sur des vaccins. Ces recherches amènent à plusieurs constats.

L'origine du coronavirus demeure incertaine (107). La piste d'une contamination humaine par des chauves-souris et des pangolins paraît la plus vraisemblable, mais les virus identifiés ne permettent pas de conclure à un lien certain et direct avec ces animaux. Toutefois, ce scénario reflète une hausse du risque de base (108). En effet, la pression exercée par la société sur le vivant combinée à la mondialisation et à la croissance démographique sont à l'origine d'une augmentation de nouveaux pathogènes émergents qui peuvent atteindre n'importe quel endroit du monde très rapidement (109). Ce constat dépasse toutefois largement les compétences de l'OMS.

Des erreurs ont été commises dans les recherches, influençant la perception du virus et, d'une certaine manière, sa transmission. Ainsi, lors la mission conjointe OMS-Chine, sur la base des informations recueillies sur la possibilité d'infection asymptomatique, ces dernières furent considérées comme « pas claire mais [...] relativement rare [...] » (110). Ces conclusions furent par la suite contredites, l'infection asymptomatique étant l'une des dynamiques de transmission les plus importantes. Plus généralement, cette mission conjointe rappelle le risque de voir retarder les premières recherches, indispensables à une meilleure perception de la crise en cours. En effet, si la mission conjointe OMS-Chine a été mise sur pied dès février 2020, elle n'a pu l'être que moyennant le consentement, et sous les conditions restrictives, de

(107) Le 19 mai 2020, l'Assemblée mondiale de la santé a sollicité le directeur général pour qu'il réalise avec l'OIE et le FAO une étude sur les origines de la Covid-19. Voy. Assemblée mondiale de la santé, *Riposte à la Covid 19*, WHA73.1, 19 mai 2020, disponible sur https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-fr.pdf (consulté le 8 juillet 2022). Un premier rapport a été rendu : *WHO-convened Global Study of Origins of SARS-CoV-2 : China Part Joint WHO-China Study. 14 January-10 February 2021 Joint Report*, disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/who-convened-global-study-of-origins-of-sars-cov-2-china-part> (consulté le 16 décembre 2022). Mais d'autres recherches sont toujours en cours.

(108) Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie, *Covid-19 : Agissons pour que cette pandémie soit la dernière*, op. cit., p. 16.

(109) *Ibid.*

(110) *Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019, 2020*, p. 12, disponible sur : [https://www.who.int/publications/i/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications/i/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-(covid-19)) (consulté le 16 décembre 2022).

la Chine. Il n'est donc pas improbable que ce genre de mission soit réalisée après de longues négociations (111).

En outre, l'OMS publia le 29 mars 2020 une note sur les modes de transmission (112). La voie aérienne n'était alors pas considérée comme une voie de transmission majeure. Cette analyse fut revue par l'OMS le 9 juillet (113), reconnaissant cette voie comme un mode de transmission potentiel, rapidement après que 239 scientifiques aient exhorté l'Organisation à être plus franche sur la possibilité d'attraper le virus à partir de gouttelettes flottant dans l'air.

Malheureusement, certaines recherches se sont révélées infructueuses. L'OMS a en effet rapidement (114) lancé des essais cliniques et notamment le « *solidarity trial* », un essai clinique international, avec pour but de trouver un traitement efficace contre la Covid-19 (115). Bien que les différents traitements alors utilisés se sont avérés être sans effet, l'OMS est arrivée à ses conclusions en 6 mois (116).

Cette rapidité doit également être soulignée pour les mesures prises en matière de recherches vaccinales (117). En effet, un an après les débuts de la pandémie, l'OMS a émis sa première validation d'utilisation d'urgence d'un vaccin contre la Covid-19 (118). Toutefois, cette célérité a fait naître des craintes quant à l'efficacité du vaccin et ses potentiels effets secondaires, poussant certains à ne pas se faire vacciner. Or, les conclusions des premières recherches sur les populations largement vaccinées ont démontré

(111) Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie, *Covid-19 : Agissons pour que cette pandémie soit la dernière*, op. cit., p. 42.

(112) World Health Organization, *Modes of transmission of virus causing Covid-19 : implications for infection prevention and control (IPC) precaution recommendations*, 29 mars 2020.

(113) World Health Organization, *Transmission of SARS-CoV-2 : implications for infection prevention precautions*. *Scientific Brief*, 9 juillet 2020, disponible sur : <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions> (consulté le 16 décembre 2022).

(114) Le 18 mars 2020.

(115) *Essai clinique Solidarity de traitements contre la Covid-19*, op. cit.

(116) *Solidarity Therapeutics Trial produces conclusive evidence on the effectiveness of repurposed drugs for Covid-19 in record time*, 15 octobre 2020, disponible sur : <https://www.who.int/news/item/15-10-2020-solidarity-therapeutics-trial-produces-conclusive-evidence-on-the-effectiveness-of-repurposed-drugs-for-covid-19-in-record-time> (consulté le 16 décembre 2022).

(117) Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie, *Covid-19 : Agissons pour que cette pandémie soit la dernière*, op. cit., p. 27.

(118) WHO issues its first emergency use validation for a Covid-19 vaccine and emphasizes need for equitable global access, 31 décembre 2020, disponible sur : <https://www.who.int/news/item/31-12-2020-who-issues-its-first-emergency-use-validation-for-a-covid-19-vaccine-and-emphasizes-need-for-equitable-global-access> (consulté le 16 décembre 2022).

WHO lists two additional Covid-19 vaccines for emergency use and COVAX roll-out, 15 février 2021, disponible sur : <https://www.who.int/news/item/15-02-2021-who-lists-two-additional-covid-19-vaccines-for-emergency-use-and-covax-roll-out> (consulté le 16 décembre 2022).

WHO adds Janssen vaccine to list of safe and effective emergency tools against Covid-19, 12 mars 2021, disponible sur : <https://www.who.int/news/item/12-03-2021-who-adds-janssen-vaccine-to-list-of-safe-and-effective-emergency-tools-against-covid-19> (consulté le 16 décembre 2022).

que les vaccins apportaient les protections requises et que le risque de transmission du virus serait aussi potentiellement réduit chez les personnes vaccinées (119). Combiné à d'autres mesures sanitaires, la vaccination globale reste un des moyens les plus efficaces pour éviter le développement des formes graves de la maladie et, ainsi, la surcharge des hôpitaux.

d) *Le développement de mécanismes internationaux*

L'OMS a aussi mis en place des mécanismes internationaux afin de faciliter la gestion de la crise. Si cette réactivité doit être relevée, la mise en œuvre préalable à la crise de ces outils aurait permis de gagner du temps et d'en optimiser sa gestion. Ainsi, l'OMS a mis en place, en partenariat avec le Bureau de la coordination du développement des Nations Unies (UNDCO), la « plateforme des partenaires Covid-19 » (120). Cette plateforme permet à ses différents membres de planifier et coordonner en temps réel, dans un environnement numérique centralisé, une urgence de santé publique (121).

L'OMS a également créé un dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la Covid-19 (« Accélérateur ACT ou ACTA ») (122). Cette collaboration mondiale a pour objectif d'accélérer la mise au point et la production de produits de diagnostic, de traitements et de vaccins contre la Covid-19 et à y assurer un accès équitable. Hélas, l'absence de cadre préalable cohérent et largement représentatif des États membres, d'une part, et les retards endémiques de financement, d'autre part, ont empêché d'atteindre les objectifs poursuivis, notamment en matière de solidarité (123). Or, l'inégalité, vacci-

(119) Dès avril 2021 ces conclusions apparaissaient. Voy. C.-A. REYNAUD, J.-C. WEILL et M. MAHEVAS, *Covid-19 : vacciné, peut-on s'infecter et transmettre le virus ?*, CNRS Le Journal, 2022, disponible sur : <https://lejournale.cnrs.fr/billets/covid-19-vaccine-peut-sinfecter-et-transmettre-le-virus> (consulté le 16 décembre 2022).

(120) Site internet de la plateforme des partenaires Covid-19 : <https://covid19partnersplatform.who.int/fr/> (consulté le 16 décembre 2022).

(121) Ainsi, cette plateforme permet à ses membres (i) d'élaborer et de partager des plans ; (ii) de suivre et examiner les actions mises en œuvre ; (iii) de calculer le coût des plans, partager les besoins en ressources et demander des fournitures essentielles ; et (iv) de visualiser et suivre les contributions des donateurs. Voy. M. A. YU, A. K. SHEN, M. J. RYAN et L. L. BOULANGER, « Coordinating Covid-19 vaccine deployment through the WHO Covid-19 Partners Platform », *Bull. World Health Organ.*, 2021, disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7941099/> (consulté le 16 décembre 2022).

(122) Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie, *Covid-19 : Agissons pour que cette pandémie soit la dernière*, op. cit., p. 44 ; site de l'ACTA : <https://www.who.int/fr/initiatives/act-accelerator> (consulté le 2 février 2023).

(123) « The ACT Accelerator : heading in the right direction ? », *The Lancet*, 2021, vol. 397, n° 10283, p. 1419, disponible sur : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00835-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00835-7/fulltext) (consulté le 16 décembre 2022) ; Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie, *Covid-19 : Agissons pour que cette pandémie soit la dernière*, op. cit., p. 44.

nale notamment entre les pays, renforce l'apparition de nouveaux variants et prolonge la pandémie (124).

L'ACTA fournit une excellente illustration de la répétition constante des déviations de l'OMS. Créé en 2020, il rassemblait dix instances de l'ONU ou acteurs internationaux, la Banque Mondiale, Wellcome et la fondation Gates. À la fin 2022, un rapport a été réalisé par des consultants indépendants (125). Même en reconnaissant quelques résultats limités, il met en lumière plusieurs erreurs importantes, ainsi que la non-réalisation de la plupart des objectifs.

L'élément le plus frappant réside dans la grande faiblesse des moyens obtenus, en dépit des promesses initiales. Ainsi, les 23 milliards de dollars obtenus ne correspondaient même pas à 50 % de l'objectif. Cette carence apparaît d'autant plus grave que l'ACTA avait précisément été créé afin d'apaiser les craintes de certains donateurs. Surtout, quand on compare ce montant au coût économique total de la pandémie (pour ne même pas évoquer le coût humain), il apparaît spécialement dérisoire. Les déficiences ont encore été aggravées par la manière de gérer ces faibles ressources. L'essentiel du budget a été consacré aux vaccins. Le fonctionnement des systèmes de santé a été fortement négligé (alors qu'il conditionne précisément l'administration des vaccins).

Plus fondamentalement encore, les pays pauvres ont été extrêmement mal représentés... dans une structure précisément établie pour les assister et protéger l'équité. Cela a provoqué une forte méfiance et aussi une méconnaissance des réalités de terrain. Au bout du compte, il est difficile de ne pas voir l'ACTA comme une certaine résurgence du colonialisme, à la fois des pays riches, d'une part, et des multinationales de la santé, d'autre part. Il reproduit en tout cas de façon frappante les problèmes endémiques déjà rencontrés par l'OMS auparavant.

(124) En résumé, l'apparition de nouveau variant de la Covid-19 est due au fait que le virus continue de se transmettre. Or, la vaccination permet, combinée avec les mécanismes de testing et autre, de limiter la transmission. Voy. J. MONTAY et G. RYCKMANS, « Non, les vaccins contre le Covid-19 ne créent pas des variants comme l'affirme un ancien prix Nobel », RTBF, 20 mai 2021, disponible sur : https://www.rtb.be/info/dossier/faky-fact-checking/detail_non-les-vaccins-contre-le-covid-19-ne-creent-pas-des-variants-comme-l-affirme-un-ancien-prix-nobel?id=10764833 (consulté le 16 décembre 2022).

Sur la question spécifique des brevets voy. A. ZACHARIE, *Covid-19 : L'enjeu des brevets à l'OMC pour les pays en développement*, CNCD 11-11-11, disponible sur : <https://www.cned.be/covid-19-enjeu-brevets-vaccins-omc-pays-developpement> (consulté le 16 décembre 2022).

(125) Open Consultants, *External Evaluation of the Access to Covid-19 Tools Accelerator (ACT-A)*, octobre 2022, disponible sur : [https://www.who.int/publications/m/item/external-evaluation-of-the-access-to-covid-19-tools-accelerator-\(act-a\)](https://www.who.int/publications/m/item/external-evaluation-of-the-access-to-covid-19-tools-accelerator-(act-a)) (consulté le 16 décembre 2022).

D. — *Le financement de la lutte contre la pandémie*

L'enjeu financier, nécessaire à la lutte contre la Covid-19, a fait l'objet d'un fonds spécifique – le Fonds de solidarité Covid-19 – lancé en mars 2020 et alimenté par la Fondation des Nations Unies et la Fondation suisse pour la philanthropie (126). Ce fonds est particulièrement utile pour la lutte contre la Covid-19 dans la mesure où, contrairement au financement de l'OMS, il est flexible et les donateurs n'ont pas leur mot à dire sur l'utilisation spécifique de leur don, les fonds étant globalement utilisés pour la lutte contre la Covid-19 (127).

Par ailleurs, la Fondation de l'OMS, organisme indépendant d'octroi de subventions, a été créée en mai 2020 (128), en dehors des dispositions de la Constitution de l'OMS. Il a vocation à répondre aux enjeux sanitaires mondiaux les plus pressants en soutenant l'OMS et ses partenaires sur le terrain. Il est financé par des donateurs privés. Il gère notamment le Fonds de solidarité Covid-19 (129).

En revanche, le Fonds de réserve pour les situations d'urgence, créé après la pandémie d'Ebola et prévu par la Constitution de l'OMS, ne semble pas avoir été mobilisé lors de la pandémie.

Enfin, l'OMS a mis en place un groupe de travail sur le financement durable en janvier 2021. Les constats et les recommandations de ce groupe de travail ne sont pas inédits (130). On peut y (re)lire que « le modèle de financement actuel de l'OMS [...], n'est pas viable et limite la capacité de l'Organisation à avoir un impact là où il est le plus nécessaire ». Par ailleurs, une des recommandations est, logiquement, que les contributions fixes des États membres soient augmentées et atteignent 50 % du financement de l'OMS (131).

Jusqu'ici, la pandémie a ainsi remis en lumière des conclusions déjà avancées depuis fort longtemps. Elle a encore aggravé la dispersion des moyens et

(126) *Covid-19 Solidarity Response Fund marks first anniversary and appeals for continued support*, 15 mars 2021, disponible sur : <https://www.who.int/news/item/15-03-2021-covid-19-solidarity-response-fund-marks-first-anniversary-and-appeals-for-continued-support> (consulté le 16 décembre 2022).

(127) C. Ro, « Who's Donating To The Covid-19 Solidarity Response Fund », *Forbes*, 2021, disponible sur : https://www.forbes.com/sites/christinero/2021/04/02/whos-donating-to-the-covid-19-solidarity-response-fund/?fbclid=IwAR2u0mFlJD6_uzwn5CJjVUV1WmHKZb-Bo3-h2qW6nnlTDG0yObPUC3omLbKI&sh=487b999951a8 (consulté le 16 décembre 2022).

(128) *Création de la Fondation de l'OMS pour répondre aux besoins critiques en matière de santé dans le monde*, 27 mai 2020, disponible sur : <https://www.who.int/fr/news/item/27-05-2020-who-foundation-established-to-support-critical-global-health-needs> (consulté le 16 décembre 2022).

(129) Voy. leur site web : <https://who.foundation/en/who-we-are> (consulté le 16 décembre 2022).

(130) Organisation mondiale de la Santé, *Rapport du groupe de travail sur le financement durable*, EB/WGSF/7/4, 9 mai 2022, disponible sur : https://apps.who.int/gb/wgsf/pdf_files/wgsf7/WGSF_7_4-fr.pdf (consulté le 16 décembre 2022) ; Organisation mondiale de la Santé, *Financement durable : rapport du Groupe de travail. Rapport du Directeur général*, A75/9, 13 mai 2022, disponible sur : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_9-fr.pdf (consulté le 16 décembre 2022).

(131) *Ibid.*

des statuts dans ce domaine. Enfin, elle ramène au débat éternel depuis 1945, à savoir la forte dichotomie entre les objectifs et les ressources de l'OMS. La résolution de l'Institut de droit international du 4 septembre 2021 rappelle à juste titre la primauté des droits humains et du principe « One health for all » (132). Il n'existe toutefois aucune chance d'atteindre ces objectifs ambitieux tant que les États n'accepteront pas d'accroître substantiellement ces ressources.

Ces constats, et bien d'autres considérations analysées ci-dessous, ne conduisent toutefois pas à la nécessité d'adopter un nouveau traité sur les pandémies.

V. — LES NOMBREUSES MENACES D'UN TRAITÉ PANDÉMIQUE NOUVEAU

En novembre 2020, le président du Conseil européen mentionnait pour la première fois la proposition d'établir un traité international sur les pandémies (133). Cet appel fut suivi par les dirigeants du G7 en février 2021 (134) et quelques jours plus tard par les membres du Conseil européen (135). Le 31 mai 2021, l'Assemblée mondiale de la santé a pris la décision d'examiner un nouveau traité international sur les pandémies (136) lors d'une session extraordinaire qui débuta le 29 novembre 2021. Au terme de cette session, elle a finalement choisi d'établir un organe intergouvernemental de négociations chargé de : « rédiger et négocier une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies, en vue de son adoption en application de l'article 19, ou d'autres dispositions de la Constitution de l'OMS que l'organe de négociation jugerait indiquées » (137).

(132) Institut du Droit International, *Les épidémies, les pandémies et le droit international. Résolution*, 12^e commission, 12 RES FR, 4 septembre 2021, disponible sur : https://www.idi-iil.org/app/uploads/2021/09/2021_online_12_fr.pdf (consulté le 16 décembre 2022).

(133) Charles Michel, président du Conseil européen, discours lors du Forum de Paris sur la paix, 12 novembre 2020, *op. cit.*

(134) G7 Leaders' statement, 19 February 2021, *op. cit.*

(135) Déclaration des membres du Conseil européen sur la Covid-19 et la santé, 25 février 2021, *op. cit.*

(136) Assemblée mondiale de la santé, *Résolution et décisions. Session extraordinaire de l'Assemblée mondiale de la Santé en vue d'envisager d'élaborer une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la préparation et la riposte aux pandémies*, WHA74(16), 31 mai 2021, *op. cit.*

(137) Assemblée mondiale de la santé, *Rassembler la communauté internationale : création d'un organe intergouvernemental de négociation à l'appui du renforcement de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux pandémies*, SSA2(5), 1^{er} décembre 2021, disponible sur : SSA2(5) Rassembler la communauté internationale : création d'un organe intergouvernemental de négociation à l'appui du renforcement de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux pandémies (who.int) (consulté le 16 juin 2022).

Cette décision est notamment justifiée par la nécessité de combler les lacunes pour prévenir les urgences sanitaires, s'y préparer et y riposter et « la nécessité d'une approche globale et cohérente pour renforcer l'architecture sanitaire mondiale ».

Or, cette proposition présente un caractère dangereux, pour plusieurs raisons.

A. — *Une procédure irréfléchie*

Proposer l'adoption rapide d'un nouveau traité sur les pandémies au beau milieu d'une pandémie constitue, pour commencer, un acte de mauvaise gestion. En 2008, en pleine crise financière, personne n'a proposé d'entamer de suite la négociation d'un nouveau traité sur les crises financières. Bien au contraire, de nombreuses études ont été réalisées au préalable non seulement sur les causes de la crise, mais sur les instruments existants. Finalement, ceux-ci ont simplement été révisés. En 2015, en pleine crise des réfugiés, personne n'a pas proposé d'adopter de suite un nouveau traité sur les réfugiés. Il est déjà étonnant que tant le directeur général de l'OMS que le président du Conseil européen aient lancé ce projet dès 2020 sans la moindre étude préalable.

Dans le chef du directeur général de l'OMS, l'initiative semble encore plus dangereuse pour son institution. D'une part, l'OMS a engagé plusieurs audits de ses performances pendant la pandémie, dont certains sont analysés ci-dessous. Plaider pour un nouveau traité sans même avoir évalué au préalable les problèmes survenus et les diverses solutions possibles est totalement irresponsable. Cela fausse par avance tous les résultats des audits. Aucun agent de l'OMS, à l'évidence, ne va s'opposer à la solution déjà défendue en public par le directeur général. D'autre part, l'introduction d'un nouveau traité sur une matière déjà abordée par un autre instrument juridique constitue une complication potentielle importante dans le fonctionnement de l'Organisation.

B. — *Les rapports de l'OMS*

L'OMS a lancé plusieurs rapports sur la pandémie de la Covid-19. De façon surprenante, les problèmes juridiques y ont été peu analysés et la question de l'élaboration d'un traité sur les pandémies peu objectivée.

Le rapport du comité d'examen sur le fonctionnement du RSI (138) consacre une série de recommandations pour améliorer le fonctionnement du RSI, après avoir analysé son (in)application durant la pandémie de la

(138) Organisation mondiale de la Santé, *Action de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire. Renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire : application du Règlement sanitaire international (2005)*, A74/9, Add. 1, 5 mai 2021, disponible sur : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_9Add1-fr.pdf (consulté le 13 juin 2022).

Covid-19 comme vu ci-dessus. Ainsi, selon celui-ci : « l'OMS et les États parties devraient étudier les avantages de l'élaboration d'une convention mondiale sur la préparation et la riposte aux pandémies à l'appui de l'application du RSI. [...] ». Il poursuit en énonçant les dispositions que pourrait contenir une telle convention (139).

Cette recommandation souligne (in)directement un inconvénient majeur de la solution proposée. Certaines mesures de lutte contre les pandémies se retrouveront dans le RSI, d'autres dans la convention en projet. Intégrer pareille recommandation dans un rapport visant justement à renforcer le fonctionnement du RSI constitue un paradoxe évident.

Le rapport du comité consultatif de surveillance indépendant (chargé d'apporter un appui à l'OMS lors des situations d'urgence sanitaire) (140) aborde quant à lui la question d'un futur traité sur les pandémies sous un angle différent en notant l'appel lancé en ce sens et les bénéfices qu'un tel traité pourrait avoir. Selon ce rapport, toute initiative qui permettra de favoriser une application plus stricte du RSI et une plus grande solidarité internationale doit être prise (141).

À nouveau, l'analyse paraît bizarre. Le traité présenterait ici l'avantage d'« aider les États membres à se conformer aux dispositions du RSI » (142). Or, la conclusion d'un traité, avec toutes les lourdeurs procédurales que cela impose, pour faciliter la mise en œuvre d'un règlement d'une organisation internationale, apparaît comme une solution à la fois complexe et inefficace. La question préalable, pour reprendre la terminologie du rapport, consiste précisément à savoir si l'inclusion d'une série de dispositions dans un traité formel peut « aider les États membres à se conformer aux dispositions du RSI » (143).

Par ailleurs, dans son rapport annuel de 2021 (144), le « *Global Preparedness Monitoring Board* », structure indépendante, préconise lui aussi l'adoption d'un traité sur les pandémies. Le projet se révèle encore différent et couvre cette fois un volume de matières considérable (145).

(139) *Ibid.*, p. 17.

(140) Organisation mondiale de la Santé, *Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire*, A74/16, 5 mai 2021, disponible sur : A74/16 (who.int) (consulté le 16 juin 2022).

(141) *Ibid.*, p. 8, pt 22.

(142) Organisation mondiale de la Santé, *Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire*, op. cit., p. 8, pt 22.

(143) *Ibid.*

(144) Global Preparedness Monitoring Board, *From Worlds Apart to a World Prepared : Global Preparedness Monitoring Board report 2021*, 2021, disponible sur : https://www.gpmb.org/docs/librariesprovider17/default-document-library/gpmb-annual-report-2021.pdf?sfvrsn=44d10dfa_9 (consulté le 16 juin 2022).

(145) *Ibid.*, p. 30.

Cette fois, le projet de traité semble incorporer la plupart des thèmes du règlement sanitaire international. Il y a là un facteur de complication. Faire passer la lutte contre les pandémies du statut de règlement à celui de traité alourdira toutes les procédures d'adaptation dans le futur, comme détaillé ci-dessous (5.4.).

En quatrième lieu, le rapport du Groupe indépendant sur la préparation et la riposte aux pandémies (GIPR) chargé d'évaluer l'action engagée au niveau mondial face à la pandémie de la Covid-19 et les réformes futures, mis en place par l'OMS, possède un intitulé ambitieux, et même franchement irréaliste : « Covid-19 : Agissons pour que cette pandémie soit la dernière » (146). La proposition de traité sur les pandémies y a été commentée plus en détail, à la fois dans le rapport lui-même et dans une analyse plus détaillée annexée au rapport.

Ce rapport plaide pour l'adoption d'un instrument juridique précis, à savoir une convention-cadre sur les pandémies. Les sujets couverts par cette convention sont, à nouveau, vastes (147). Par ailleurs, le rapport recommande d'adopter cette convention-cadre dans un délai de six mois (148) afin de « tirer parti de la volonté politique affichée au moment où la communauté internationale n'a jamais été plus déterminée à éviter de futures pandémies [...] » (149). Encore une fois, recommander la conclusion de pareille négociation en six mois apparaît franchement irréaliste.

À côté de la question de l'adoption d'une convention-cadre, le rapport recommande en outre de créer dans le cadre de l'ONU un conseil chargé des menaces pour la santé mondiale, rassemblant des chefs d'État et de gouvernement, mais aussi la société civile (150).

Ce programme d'actions, même s'il semble un peu plus détaillé, se heurte toutefois à des objections importantes. La première est de compliquer fortement le système de coopération internationale sans bénéfice apparent. La création d'un Conseil, doté de très vastes compétences, imitant quelque peu le modèle du Conseil de sécurité de l'ONU, risque précisément de compliquer l'action de ce conseil, surtout si elle vise à adopter des normes juridiques contraignantes. En tout état de cause, cette menace ne semble pas avoir été mise à l'étude. Ce nouveau conseil se superposerait aussi au G-20. En outre, le projet d'élaborer une convention de l'OMS en abordant une série de questions extérieures à la santé poserait aussi de nombreux problèmes, comme la légitimité de l'OMS à traiter de telles questions ou encore la coordination avec les instances en charge celles-ci.

(146) Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie, *Covid-19 : Agissons pour que cette pandémie soit la dernière*, 2021, *op. cit.*

(147) *Ibid.*, pp. 34-35.

(148) *Ibid.*, p. 36.

(149) *Ibid.*, pp. 34-35.

(150) *Ibid.*, p. 53.

La note spécifique annexée au rapport ne fait que confirmer ces conclusions (151). Elle effectue un relevé intéressant d'une série d'options pour une convention-cadre sur les pandémies. Elle s'appuie sur une série de précédents. Plusieurs passages reconnaissent toutefois les problèmes à venir. À plusieurs reprises, la note souligne que les différents projets recouvrent en réalité tout ou partie du RSI. À un moment, les auteurs indiquent même que « l'intégration de ces sujets dans un protocole spécifique offrirait une opportunité de revoir les obligations et mécanismes de contrainte » (152). On aboutirait ainsi à un régime juridique pour les pandémies structuré en trois éléments : convention, protocole et RSI. Pourtant, à aucun moment, les modalités de la cohabitation entre la convention future et le règlement existant ne sont définies. De la note ressort pourtant fort bien la volonté de renforcer les mécanismes existants, et donc le RSI.

Il faut noter la curieuse préférence des auteurs pour l'alignement du projet de traité concernant les pandémies sur le système défini par la Convention-cadre de Rio de 1992 sur les changements climatiques. Selon les auteurs, « il n'y a pas de processus comparable pour la santé globale et les risques de pandémie, qui pourrait dans cette hypothèse guider la préparation et la réponse contre les pandémies » (153). Le constat apparaît correct, mais à aucun moment on ne s'interroge sur sa cause véritable : y a-t-il carence d'instruments ou carence dans l'utilisation des instruments existants ?

À aucun moment n'apparaît aussi un élément fondamental du débat : l'ONU ne possède pas d'institution spécialisée en matière de climat (et même d'environnement), alors qu'elle en possède une dans le domaine de la santé. Ainsi, dans le domaine du climat, puisque l'ONU ne possède pas d'organisation spécialisée, la création d'un secrétariat et de nouvelles procédures peut apparaître comme un progrès. Dans le domaine de la santé, où une telle organisation spécialisée existe, elle risque au contraire de provoquer une régression.

Enfin, l'OMS a mis en place un groupe de travail des États membres chargé notamment d'évaluer les avantages de l'élaboration d'une nouvelle convention de l'OMS sur la préparation et la riposte aux pandémies (154). De manière révélatrice, ce groupe n'est en revanche pas chargé d'évaluer les inconvénients d'un tel projet. Fort heureusement, il identifie quand même

(151) A. PHELAN et P. PILAI, « International health law in perspective », in The Independent Panel for Pandemic Preparedness and response, *Background paper*, may 2021, disponible sur : <https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/Background-paper-16-International-treaties.pdf>.

(152) *Ibid.*, p. 6.

(153) A. PHELAN et P. PILAI, « International health law in perspective », *op. cit.*, p. 17.

(154) Organisation mondiale de la Santé, *Rapport du Groupe de travail des États Membres sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires à la session extraordinaire de l'Assemblée mondiale de la Santé*, SSA2/3, 23 novembre 2021, disponible sur : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA2/SSA2_3_F.pdf (consulté le 17 juin 2021).

les risques liés à une telle démarche : « de longs délais de négociation d'un nouvel instrument ou une impasse dans les négociations, ainsi que des négociations intergouvernementales aboutissant à des engagements insuffisants en termes de ressources et de délais. [...] l'OMS n'a pas le mandat ou l'influence nécessaire dans tous les domaines qui pourraient être inclus dans le nouvel instrument ou pour le faire respecter. Il faut aussi tenir compte de risques structurels. Par exemple, il se peut que [...] les obligations des États Parties au RSI (2005) et celles des États Parties au nouvel instrument se chevauchent. [...] Les États membres se sont également inquiétés du fait qu'une convention adoptée selon le principe d'accord explicite en vertu de l'article 19 de la Constitution pourrait être moins efficace en raison d'un manque de signataires » (155).

Malgré cela, les États membres « conviennent qu'élaborer un nouvel instrument présente des avantages, tout en reconnaissant aussi que le RSI (2005) reste actuellement le principal instrument juridiquement contraignant pour la préparation aux pandémies » (156).

On notera le côté insatisfaisant de ces multiples « réflexions ». Dans aucun texte n'apparaît une comparaison claire entre avantages et inconvénients du RSI, d'une part, d'un traité sur les pandémies, d'autre part. Par ailleurs, aucun d'entre eux ne suggère une manière précise de gérer leur superposition.

C. — *Les commentaires académiques*

Il existe de nombreux commentaires sur le sujet. Certains sont antérieurs à la pandémie, d'autres postérieurs. Certains sont plutôt positifs, d'autres plutôt négatifs.

Pour commencer, l'idée d'un nouveau traité mondial sur la santé n'est pas neuve. Ainsi fut préconisée après 2000 la négociation d'un traité sur la gouvernance mondiale de la santé (157). À ce moment, le projet visait un objectif encore beaucoup plus large que la gestion des pandémies. Il s'agissait, comme indiqué par le titre, de créer pas moins qu'un nouvel environnement de droit international pour la santé. Le projet avait pour objectif fondamental d'établir concrètement un droit à la santé pour tous. Cela requerrait de mettre un terme aux discriminations existant dans ce domaine. Il fallait par conséquent des systèmes nationaux de santé performants partout, un cadre international contraignant, et pour cela des engagements financiers importants des pays développés.

(155) *Ibid.*, pp. 7 et 8.

(156) *Ibid.*, p. 10.

(157) Voy. par exemple L. GOSTIN, « À proposal for a Framework Convention on Global Health », *Journal of International Economic Law*, 2007, vol. 10, n° 4, pp. 989-1008 ; L. GOSTIN, « Redressing the unconscionable health gap : A global plan for justice », *Harvard Law and Policy Review*, 2010, vol. 4, pp. 271-294.

À l'époque, ce projet fut déjà souvent décrit comme trop ambitieux et présentant des déficiences techniques (158). En synthèse, certains doutaient de la nécessité d'un nouveau texte contraignant. D'autres doutaient de la possibilité de le conclure soit en dehors du cadre de l'OMS, soit de façon partielle dans le cadre de l'OMS. En effet, avec une perspective aussi globale, l'objectif poursuivi mettait en jeu une série d'autres organisations et textes internationaux. Force est de constater, en tout cas, que ce projet, souvent débattu, ne fut jamais officiellement lancé.

À plusieurs égards, le nouveau projet de traité sur les pandémies rappelle le précédent projet. Même souci d'une approche globale des problèmes de santé. Même souci d'organiser une sorte de synergie entre de multiples organisations internationales. Même souci d'établir une plus grande équité dans l'utilisation des moyens. « Recommendations for a new global public health security convention include greater authority for a global governing body, an improved ability to respond to pandemics, an objective evaluation system for national core public health capacities, more effective enforcement mechanisms, independent and sustainable funding, representativeness, and investment from multiple sectors, among others » (159). La nécessité de systèmes nationaux efficaces ne change pas dans les deux contextes.

Sur le fond, on ne peut contester les carences de la coopération internationale en matière de santé, ni l'aggravation de leurs conséquences pendant la pandémie de la Covid-19. La question fondamentale demeure toutefois : comment les réduire ? À ce titre, il convient de reposer les questions essentielles de toute négociation : quel cadre institutionnel ? Quel instrument juridique ? Quelle procédure ? Quelle force contraignante ? Quel mode de décision pour la mise en œuvre ? Quels moyens ?

Pourtant, la très grande majorité des commentateurs consacre son attention beaucoup plus aux objectifs poursuivis qu'aux caractéristiques des instruments et à leur processus concret d'adoption, souvent présentés comme secondaires.

Ainsi, une grande proposition de 2021 souligne qu'un traité pandémique pourrait remédier à toutes les grandes inégalités, qu'il s'agisse des systèmes nationaux de santé ou des produits pour lutter contre les pandémies (tests, matériel de protection, vaccins, médicaments...), mais elle n'indique nullement avec précision le cadre et les moyens juridiques requis (160). Une autre proposition marquante envisage clairement de renforcer la légitimité politique, les moyens juridiques et les ressources financières par un nouveau

(158) Voy. la très bonne synthèse de S. HOFFMAN et J. A. RÖTTINGEN, « Dark sides of the proposed Framework Convention on Global Health's many virtues : A systematic review and critical analysis », *Health and Human Rights*, 2013, vol. 15, n° 1, pp. 1-39.

(159) J. DUFF et al., « A global public health convention for the 21st century », *Lancet*, 2021, pp. 428-433.

(160) *Ibid.*

traité(161). De nouveau, le champ d'application visé s'avère extrêmement large. Il couvre même plusieurs questions environnementales (162). Il s'avère aussi extrêmement ambitieux, revenant sur la nécessité de développer « One Health approach ».

Beaucoup de ces commentaires semblent par ailleurs partir de l'idée que la pandémie du coronavirus va permettre à l'OMS de réaliser de très grandes ambitions... qui n'ont pas arrêté de provoquer des affrontements entre ses membres depuis 1946 – et alors que le souci de coopération internationale s'est manifestement dégradé.

Certains observateurs, néanmoins, attirent l'attention sur les risques de pareille approche.

Ainsi Dentico, Van de Pas et Patnaik soulignent que beaucoup de déficiences ont été reprochées au RSI depuis le début de la pandémie. Pourtant, celui-ci établit de très nombreuses règles et procédures. « La réalité est que le règlement possède des mécanismes de mise en œuvre, dotés en partie de contraintes juridiques qui doivent être utilisés pour atteindre l'objet et les ambitions du RSI, en ce compris les obligations de l'OMS elle-même » (163). Ceci attire l'attention sur le fait que le RSI demeure un texte ambitieux. S'il présente certaines faiblesses, le plus grand problème réside toutefois dans sa mauvaise application depuis 2020, à commencer par l'OMS.

Dans une brillante analyse, Burci, Moon, Neumann et Bezruki mettent en évidence la complexité du projet. Plusieurs paramètres, en partie contradictoires, doivent être pris en considération : le niveau de détail de l'accord recherché, son caractère contraignant, son caractère global et son caractère rapide. Les tensions apparaissent de suite. Par exemple, plus un accord sera détaillé et couvrira de nombreuses matières, plus il sera lent à négocier et plus il sera difficile de lui conférer une force contraignante (164). Plus il sera global, en termes de matières, et plus difficile il sera de le négocier dans l'enceinte de l'OMS. On pourrait encore ajouter : plus l'accord sera global, moins il pourra être négocié exclusivement au sein de l'OMS et plus il sera difficile à mettre en œuvre.

Labonté, Wiktorowicz, Packer, Ruckert, Wilson et Halabi soulignent aussi la nécessité de définir avant tout si les progrès raisonnablement envisageables

(161) L. GOSTIN *et al.*, « Developing an Innovative Pandemic Treaty to Advance Global Health Security », *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 2021, vol. 49, pp. 503-508.

(162) *Ibid.*, p. 506 : « Prioritizing prevention through land management, deforestation, and the effective regulation of wild animal markets and intense human-animal interchange – under a comprehensive “one health” approach across sectors ».

(163) N. DENTICO, R. VAN DE PAS et P. PATNAIK, *The politics of a WHO pandemic treaty in a disenchanted world G2H2 report*, Geneva, 2021, p. 17.

(164) G. BURCI, S. MOON, A. NEUMANN et A. BEZRUKI, « Envisioning an international normative framework For pandemic preparedness and response : Issues, instruments and options », *Global health center*, 2021.

requièrent de recourir à l'instrument d'un nouveau traité (165). Cela paraît la logique même.

D. — *De meilleurs instruments internationaux existent*

L'OMS, comme d'autres institutions spécialisées de l'ONU, a notamment été créée pour offrir une voie d'action plus rapide et plus flexible que les traités classiques. Elle dispose de compétences fort vastes, et de certains pouvoirs. Parmi ces pouvoirs figure notamment la capacité d'adopter des traités et des règlements.

D'une part, l'OMS, à travers son Assemblée mondiale de la santé, peut adopter des conventions et accords « se rapportant à toute question entrant dans la compétence de l'Organisation » (art. 19). Ces conventions et accords entrent en vigueur après avoir été ratifiés par les États membres, conformément à leur processus constitutionnel (166).

D'autre part, l'OMS peut également adopter des règlements dans les matières définies à l'article 21 de sa Constitution comme la quarantaine ou toute autre procédure destinée à empêcher la propagation des maladies d'un pays à l'autre. Ces règlements ont la particularité d'entrer automatiquement en vigueur après un certain délai, sans autre formalité des États membres, sauf pour ceux qui y objectent (art. 22 et 59) (167). Or, ces règlements sont adoptés à la majorité simple, sauf décision en sens contraire (art. 60). Ainsi, une majorité d'États présents et votants peut imposer sa volonté aux autres États (168).

De toute évidence, les règlements bénéficient de plusieurs avantages par rapport aux conventions. D'une part, leur adoption par l'Assemblée mondiale de la santé est plus simple, seule une majorité simple étant requise. D'autre part, et surtout, ils ne requièrent pas de processus constitutionnel de ratification dans les États pour produire leurs effets, au contraire des

(165) R. LABONTÉ, M. WIKTOROWICZ, C. PACKER, A. RUCKERT, K. WILSON et S. HALABI, « A pandemic treaty, revised international health regulations, or both ? », *Globalization and Health*, 2021, vol. 17, p. 128.

(166) Y. BEIGEDIERA, World Health Organisation (WHO), Max Planck Encyclopedias of International Law, Oxford Public International Law, juillet 2013, disponible sur <https://opil.ouplaw.com/view/10.1093/law:epil/9780199231690/law-9780199231690-e575?rskey=gQ7Shh&result=1&prd=MPIL> (consulté le 10 mars 2021), n° 24.

(167) E. GRANZIERA et R. KOSKENMÄKI, « Sous-section 3 – L'Organisation mondiale de la Santé », in *Le droit international social : droits économiques, sociaux et culturels*, Bruxelles, Bruylant, 2013, p. 291 ; Système parfois qualifié de l'*opting out* ou du *contracting out*. Pour plus d'infos sur les règlements de l'OMS, voy. H. DE POOTER, *Le droit international face aux pandémies : vers un système de sécurité sanitaire collective*, Paris, Pedone, 2015, p. 45.

(168) C.-H. VIGNES, « Le règlement sanitaire international », *Annuaire français de droit international*, 1965, vol. 11, p. 654.

conventions (169). Dans une communauté internationale qui compte quelque 200 États, cela constitue une simplification énorme.

De plus, le RSI, deuxième règlement adopté par l'OMS, connaît une large adhésion. Actuellement, 196 États y participent et seuls deux d'entre eux ont fait des réserves (l'Inde et les USA) (170). Dans son rapport intermédiaire, le comité d'examen chargé de l'analyse de son fonctionnement a d'ailleurs rappelé l'importance de ce succès (171). Les traités internationaux en connaissent rarement de cette ampleur (172). Même dans les rares cas où ils le connaissent, le processus de leur négociation, leur adoption et leur ratification prend de toute façon de nombreuses années.

L'avantage du règlement sur le traité ne prend pas fin avec l'approbation des deux instruments. Il renaît avec chaque révision. Le transfert d'une matière du règlement vers le traité représente donc une perte considérable, et durable. Il est fort étonnant que la proposition émanant du directeur général de l'OMS et du président du Conseil européen n'évoque même pas cette réalité fondamentale. Dès le départ, un traité pandémique ne présente donc un intérêt potentiel que pour les questions indirectement liées à la santé et la pandémie (les aspects « horizontaux »), comme la propriété intellectuelle des vaccins, le commerce ou encore l'environnement.

E. — N'importe quelle proposition significative a toutes les chances de ne pas aboutir

Une deuxième objection essentielle à une proposition ambitieuse de traité pandémique tient au contexte international extrêmement négatif dans lequel elle intervient. D'un côté, en général, sous la montée des régimes dictatoriaux et populistes, la contestation des engagements internationaux est devenue nettement plus grande. De l'autre, en particulier, la pandémie de la Covid-19

(169) Y. BEIGEDER, « World Health Organisation (WHO) », *Max Planck Encyclopedias of International Law*, Oxford Public International Law, n° 24, juillet 2013, disponible sur <https://opil.ouplaw.com/view/10.1093/law:epil/9780199231690/law-9780199231690-e575?rskey=gQ7Snh&result=1&prd=MPIL> (consulté le 10 mars 2021).

(170) « Le Règlement sanitaire international (RSI) – 10 ans de sécurité sanitaire mondiale », *Revue épidémiologique hebdomadaire*, 2017, n° 23, disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255669/WER9223-321-323.pdf;jsessionid=485A32B3FF111A82314E0A42D-D7A03C3?sequence=1> (consulté le 22 juin 2022).

(171) Conseil exécutif de l'OMS, *Renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire : application du Règlement sanitaire international (2005). Rapport intérimaire du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) pendant la riposte à la Covid-19*, EB148/19, 12 janvier 2019, p. 3, disponible sur : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_19-fr.pdf (consulté le 22 juin 2022).

(172) Par exemple, l'Accord de Paris de 2015, salué pour son adhésion universelle, compte 195 États signataires et 191 États parties (voy. https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=XXVII-7-d&chapter=27&clang=_fr). Ces adhésions ne sont pas la norme.

a révélé une résistance de nombreux États à respecter même les engagements limités du RSI de 2005.

Depuis 2020, le monde a géré, et continue à gérer, la pandémie de manière déficiente, comme l'analyse de celle-ci l'a démontré. Que ce soit le retard dans la déclaration officielle d'une pandémie et son absence d'effet, les recommandations sur les voyages tout à fait contre-productives (173) ou la mauvaise approche pour les masques (174), tous ces événements ont fait perdre du temps et intensifié l'ampleur de la pandémie. En outre, la distribution des vaccins n'a pas fait l'objet d'une coordination. Cela implique que la planète subit toujours un régime d'« apartheid des vaccins », avec des taux de vaccination très élevés dans les pays riches et très faibles dans les pays pauvres. Cette forte inégalité a d'importantes répercussions sur les dichotomies en matière de croissance économique et d'activité. Les pertes de revenus et d'emplois frappent surtout les pays en développement (175). Enfin, en général, la mobilisation financière pour développer une stratégie commune a été tout à fait insuffisante.

Presque tous ces facteurs d'aggravation résultent d'un refus de coopération internationale. Pour mémoire, dans les premières semaines, la Chine a refusé de transmettre une série d'informations à l'OMS. Le gouvernement chinois a même sanctionné les médecins ayant mis des informations dans le domaine public et les citoyens ayant diffusé des reportages sur les réseaux sociaux. Plutôt que de se lancer dans une action collective, la Chine a alors profité de sa connaissance avancée de la pandémie pour se lancer dans des

(173) Alors que le directeur général déclarait une USPPI, « l'OMS ne recommand(ait) pas de limiter les échanges commerciaux et les déplacements. », *Déclaration sur la deuxième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la flambée de nouveau coronavirus 2019 (2019-nCoV)*, 30 janvier 2020, disponible sur : [https://www.who.int/fr/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/fr/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)) (consulté le 22 juin 2022). Outre ce traitement similaire, non justifié, des voyages et des échanges commerciaux, l'OMS a seulement changé de position le 16 décembre 2020, par la publication d'une orientation provisoire en vertu de laquelle « une approche des voyages internationaux fondée sur le risque est désormais nécessaire », Organisation mondiale de la Santé, *Éléments à prendre en considération pour l'adoption d'une approche des voyages internationaux fondée sur le risque dans le cadre de l'épidémie de Covid-19 : orientations provisoires*, 16 décembre 2020, disponible sur <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338734> (consulté le 26 mars 2021).

(174) Aucune recommandation concernant les masques n'a été formulée pour le grand public avant le 5 juin 2020. Voy. Organisation mondiale de la Santé, *Conseils sur le port du masque dans le cadre de la Covid-19 : orientations provisoires*, 6 avril 2020, disponible sur <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331831> et mis à jour le 5 juin 2020, disponible sur <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332448> (consulté le 26 mars 2021).

(175) Voy. « Emerging risks to the recovery », in World Bank, *World Development Report 2022 : Finance for an Equitable Recovery*, Washington, 2022, disponible sur : <https://www.worldbank.org/en/publication/wdr2022#downloads> (consulté le 2 mars 2023).

achats massifs de matériel de protection (notamment les masques) qui ont déstabilisé le marché mondial (176).

Peu après, les États-Unis ont fait preuve d'un incivisme semblable en refusant une approche commune des mesures de restriction. De manière plus grave encore, le président Trump a ensuite décidé leur retrait de l'OMS, provoquant des problèmes considérables en raison du poids américain (177). (La réintégration décidée par le président Biden a corrigé les effets de cette décision pour l'avenir, mais non pour le passé.)

Tout en participant au système Covax, les pays développés ont mis en œuvre des politiques unilatérales sur les vaccins qui ont compliqué l'accès des pays en développement. Ils ont aussi largement bloqué l'adoption d'un régime spécial pour les brevets ou les transferts de technologies à cet égard.

Cette hostilité à une coopération internationale renforcée en temps de pandémie se manifestait déjà sur certains points lors de la négociation de la révision du RSI en 2005. Lors de la pandémie du SRAS-COV de 2002-2004, la directrice générale de l'OMS de l'époque, Madame Gro Harlem Brundtland, avait adopté une série d'initiatives qui avaient perturbé des États membres, et spécialement la Chine (178). Le Règlement de 2005 a ainsi réduit l'autonomie du directeur général dans ce domaine. Le début de la pandémie de la Covid-19 a montré que ces résistances demeurent, et se sont même renforcées.

La pandémie a de plus révélé une détérioration plus générale de la coopération internationale. Le Fonds Monétaire International et la Banque Mondiale ont rencontré des difficultés à définir des mesures ambitieuses concernant la dette des pays les moins développés. La coordination économique au sein du G-20 a rencontré plus d'obstacles que lors de la grande crise financière de 2008. Enfin, l'OMC n'a pas dégagé une solution pour l'assouplissement des règles relatives à la propriété intellectuelle sur les vaccins (179).

En considérant à la fois tous ces événements récents, et les affrontements répétés au sein de l'OMS concernant une approche ambitieuse d'un système global de santé, on parvient aisément à la conclusion que la négociation d'un

(176) Voy. par exemple S. PRASSO, « China's Epic Dash for PPE Left the World Short on Masks », *Bloomberg*, 17 septembre 2020.

(177) Congressional Research Service, *U.S. Withdrawal from the World Health Organization : Process and Implications*, 21 octobre 2020.

(178) Voy. not. : D. L. HEYMANN, « How SARS Was Contained », *New-York Times*, 14 mars 2013, disponible sur : <https://www.nytimes.com/2013/03/15/opinion/global/how-sars-was-contained.html> (consulté le 2 mars 2023) ; Institute of Medicine (US) Forum on Microbial Threats, « The public health response to SARS », S. KNOBLER, A. MAHMOUD, S. LEMON *et al.* (éds), *Learning from SARS : Preparing for the Next Disease Outbreak : Workshop Summary*, Washington (DC), National Academies Press (US), 2004, disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92460/> (consulté le 29 avril 2022) ; World Health Organisation, *Update 95-SARS : chronology of a serial killer*, 2003, disponible sur : https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2003_07_04-en (consulté le 2 mars 2023).

(179) Voy. la bonne synthèse de P. LOFT, « Waiving intellectual property rights for Covid-19 vaccines », *UK House of Commons Library*, Research Briefing n° 9417, 2022.

traité sur les pandémies aboutira soit à un traité déclamatoire qui ne changera fondamentalement rien, soit à un traité substantiel, mais refusé par la plupart des États.

F. — *La menace de confusions juridiques est grande*

Admettons même qu'un accord se dégage sur un traité, que ce traité amène des améliorations substantielles, qu'il soit approuvé par une très grande majorité d'États membres, et qu'il reçoive suffisamment de ratifications pour entrer en vigueur. Il s'agit d'une hypothèse de travail extrêmement favorable et peu vraisemblable. Or, même dans cette hypothèse, des difficultés juridiques majeures surviendront.

En premier lieu, le traité international aurait un objet (180) similaire à celui du RSI, à savoir la prévention, la préparation et la riposte aux pandémies (art. 2 RSI).

Bien plus encore, les dirigeants à l'origine de cette initiative justifient le besoin d'un nouveau traité par le fait qu'« un accord sur la prévention des pandémies et la préparation et la réaction à celles-ci [...], permettrait aux pays du monde entier de renforcer les capacités nationales, régionales et mondiales et la résilience face à de futures pandémies » (181). Or, il s'agit des premières obligations mises à charge des États par le RSI, à savoir la mise en place d'un système dit de surveillance et d'action. Ces obligations devaient par ailleurs être remplies dans les 5 ans de l'entrée en vigueur du RSI.

Par conséquent, la proposition de traité fera inévitablement double emploi avec le RSI – déjà existant et appliqué – et créera de multiples conflits de normes.

En deuxième lieu, cette superposition pourrait toucher non seulement le RSI, mais la Constitution de l'OMS elle-même. La proposition de nouveau traité sur les pandémies est parfois présentée comme insérée dans le cadre de l'OMS (issue alors de la procédure établie par l'article 19), parfois en dehors de ce cadre. De plus, certains acteurs, comme la Commission européenne (182), souhaitent établir un conseil de haut niveau, rassemblant des chefs de gouvernement. Cette innovation aura inévitablement un impact sur la gouvernance de l'OMS. Par ailleurs, il est frappant de constater que

(180) Assemblée mondiale de la santé, *Rassembler la communauté internationale : création d'un organe intergouvernemental de négociations à l'appui du renforcement de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux pandémies*, 1^{er} décembre 2021, SSA2(5), disponible sur : [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA2/SSA2\(5\)-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA2/SSA2(5)-fr.pdf) (consulté le 22 juin 2022).

(181) Site du Conseil européen et du Conseil de l'Union européenne, Réaction de l'UE à la Covid-19, Un traité international sur la prévention des pandémies et la préparation à celles-ci : <https://www.consilium.europa.eu/fr/policies/coronavirus/pandemic-treaty/> (consulté le 22 juin 2022).

(182) Cette proposition de la Commission européenne est expliquée plus en détail sous le point 7.

pareille proposition n'est jamais accompagnée d'une étude d'impact sur le système des Nations Unies.

En troisième lieu, si ce nouveau traité impose des obligations contraignantes (ce qui constitue l'objectif déclaré), il aura très probablement moins de signataires que les autres textes de l'OMS, dont le RSI. Cela pourrait amener de fortes complications liées à la mise en œuvre simultanée, dans le cadre d'une pandémie, de textes de nature différente liant des États différents.

Certains de ces risques ont d'ailleurs été mis en avant par le groupe de travail des États membres sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires (183).

G. — *La nécessité d'une stratégie réaliste*

Les appels à un traité pandémique recouvrent en général trois catégories de matières. En premier lieu, les questions directement liées aux pandémies : systèmes nationaux de surveillance et d'alerte, échanges d'informations, assistance technique, régime des voyages, coopérations dans la recherche, distributions de tests, vaccins et traitements. En deuxième lieu, les questions indirectement liées aux pandémies : la propriété intellectuelle sur les vaccins, l'assistance au développement en matière de santé, la détérioration de la biodiversité, etc. En troisième lieu : la coordination générale d'une stratégie mondiale contre les pandémies.

La proposition de traité pandémique mélange toutes ces matières, de façon tout à fait improductive. On trouvera une excellente illustration de la confusion mentale provoquée par cette approche dans un document de la Commission européenne du 26 août 2021 (184).

D'emblée, la confusion entre le traité pandémique et le RSI apparaît totale. La Commission plaide en faveur du lancement rapide de la négociation sur le traité tout en invoquant le caractère lent d'une révision du RSI. Cela ne l'empêche pas de déclarer immédiatement que le traité ne devrait pas réviser le RSI, mais renforcer la surveillance de sa mise en œuvre (une merveilleuse cohérence textuelle...). Malgré cette précaution oratoire, la Commission parvient vite à la conclusion que le traité pandémique pourrait modifier le RSI. Elle s'efforce de prouver que c'est juridiquement possible, notamment en invoquant l'article 57.2 du RSI (qui n'a pas été adopté pour couvrir cette

(183) Organisation mondiale de la Santé, *Rapport du Groupe de travail des États Membres sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires à la session extraordinaire de l'Assemblée mondiale de la Santé*, SSA2/3, 23 novembre 2021, disponible sur : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA2/SSA2_3_F.pdf (consulté le 17 juin 2021), pp. 7-8.

(184) Commission services reflection paper, *Agreement on pandemic preparedness and response : an initial blueprint*, Augustus 2021, disponible sur https://www.eeas.europa.eu/sites/default/files/com_reflection_paper_on_pandemic_agreement.pdf (consulté le 22 juin 2022).

hypothèse) (185). À aucun moment elle ne s'interroge sur l'opportunité d'un tel montage.

Par la suite, la Commission prévoit de conférer le pouvoir de déclarer une pandémie potentielle à un comité d'experts, le cas échéant présidé par le directeur général de l'OMS. Elle appelle à soustraire ces experts à toute influence politique (186). Cela expose à l'hypothèse de voir une pandémie déclarée contre la position de l'OMS (ce qui serait pour le moins pittoresque). Bien plus encore, cette procédure risquerait d'être en « concurrence » avec la déclaration d'urgence de santé publique de portée internationale prévue par le RSI. Or, ce mécanisme n'a produit que peu d'effet dans le chef des États membres lors des prémices de la pandémie de la Covid-19.

En outre, le traité définirait aussi un corps de règles institutionnelles, couvrant notamment un cadre général, l'adoption de nouvelles normes, des mécanismes de surveillance et responsabilité des États, et des dispositions budgétaires (187). Le projet prévoit même de créer une conférence des parties (COP) qui servirait de secrétariat aux négociations (188). En gros, cela vise à recréer une autorité nouvelle à côté de l'OMS, ce qui reviendrait à aggraver encore la dispersion extrême actuelle de l'Organisation. Cela n'empêche pas la Commission de déclarer ensuite qu'il « ne faut créer de nouveaux organismes que lorsqu'il existe un besoin manifeste et qu'il n'y a pas de risque de duplication. Cela pourrait être le cas pour un Conseil des menaces pour la santé mondiale établi au niveau des chefs d'État/gouvernement » (189).

Tout cela confirme en réalité combien il importe de fonder tout projet sur les structures existantes, et non de lui donner comme premier objectif de créer une nouvelle bureaucratie. La première catégorie des questions à traiter (directement liées aux pandémies) devrait être intégrée dans une révision du RSI, avec une vision large de leur définition. L'instrument présente en effet des avantages évidents, tout comme la concentration de ces questions dans le cadre de l'OMS. La deuxième catégorie devrait être traitée par les différentes organisations ou conférences en charge des matières concernées. De toute évidence, l'OMS ne sera pas investie d'une responsabilité universelle pour tous les sujets liés de près ou de loin aux pandémies. Enfin, la troisième catégorie devrait relever du G-20 car, à défaut d'autre chose, cela apparaît l'instance la plus adéquate.

Nos dirigeants peuvent négocier pendant des années, voire des décennies, ils n'échapperont pas à ces contraintes élémentaires observables. La question centrale est donc : pourquoi les deux promoteurs de la proposition de traité pandémique ont-ils choisi de les tenir pour nulles ? Une réponse évidente part

(185) *Ibid.*, ndbp. 4.

(186) *Ibid.*, ndbp. 10.

(187) *Ibid.*, p. 5.

(188) *Ibid.*, p. 8.

(189) *Ibid.*, p. 9.

de leur objectif prioritaire, selon plusieurs observateurs : être reconduit pour un nouveau mandat. Cela a d'ailleurs fonctionné pour l'un et l'autre (190). Une deuxième réponse procède d'un objectif caché propre. Pour le directeur général de l'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, il s'agit de relancer le vieux projet, toujours débattu à l'OMS depuis des décennies, et toujours impossible, de « One Health for All ». Pour le Président du Conseil européen, Charles Michel, il s'agit de s'emparer d'une compétence qui n'est pas la sienne, selon les traités européens, de proposer des accords internationaux (191).

La meilleure preuve de cette analyse réside dans l'absence totale d'analyse des enjeux avant le lancement de la proposition. Pour le Conseil européen, il n'existe toujours aucune évaluation présentée. Pour l'OMS, de manière encore pire, le directeur général a lancé la proposition sans la moindre préparation. Par la suite, pas moins de cinq instances ont été sollicitées pour déterminer ce qu'elle signifiait. Bien évidemment, ces instances soutenues par l'OMS n'allaient pas conclure à la sottise de la proposition de son directeur général. Néanmoins, il est inusité que le directeur général endosse immédiatement une proposition soutenue par quelques membres (192). C'est tout simplement contraire à ses fonctions d'expertise et d'arbitre.

Du côté de l'Union européenne, il faut souligner en plus l'immense hypocrisie de la démarche. Sur le plan des principes, l'Union défend une vision ambitieuse du traité pandémique. Elle a recruté dans ce contexte des soutiens pour le traité pandémique dans le tiers-monde, dont la première priorité réside dans l'équité à l'accès aux vaccins. Sur le plan pratique, en revanche, l'Union européenne a été la défenderesse la plus obstinée des droits de propriété intellectuelle sur les vaccins et elle a régulièrement saboté des compromis sur ce point à l'OMC (193). Malgré les promesses initiales de sa présidente, la Commission européenne demeure le plus puissant lobbyiste du secteur pharmaceutique dans le monde. Dans ce contexte, la proposition de traité pandémique peut être vue comme un moyen subtil de détourner l'attention de ces réalités.

Pour conclure, la proposition d'un traité pandémique a été lancée sans la moindre analyse sérieuse et, pour cette raison, elle n'a guère de chance d'aboutir au moindre résultat sérieux. Elle reflète le style de gestion actuelle des

(190) Le Docteur Tedros Adhanom Ghebreyesus a été réélu pour un second mandat le 24 mai 2022. Communiqué de presse, *L'Assemblée mondiale de la Santé réélit le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus au poste de Directeur général de l'OMS pour un second mandat*, OMS, Genève, 24 mai 2022, disponible sur <https://www.who.int/fr/news/item/24-05-2022-world-health-assembly-re-elects-dr-tedros-adhanom-ghebreyesus-to-second-term-as-who-director-general> (consulté le 22 juin 2022).

Pour Charles Michel, voy. <https://presidence-francaise.consilium.europa.eu/fr/actualites/charles-michel-reelu-president-du-conseil-europeen/>.

(191) Voy. art. 218 TFUE.

(192) N. DENTICO, R. VAN DE PAS et P. PATNAIK, *The politics of a WHO pandemic treaty in a disenchanted world G2H2 report*, Geneva, 2021, p. 33.

(193) Voy. la remarquable enquête du Bureau of Investigative Journalism, synthétisée dans Politico, *Who killed the Covid vaccine waiver ?*, 10 novembre 2022, disponible sur : <https://www.politico.eu/article/covid-vaccine-poor-countries-waiver-killed/> (consulté le 2 mars 2023).

organisations internationales, de l'Union européenne et des États, concentrée sur l'efficacité médiatique, et nullement sur l'efficacité tout court. Pendant ce temps, les variants du virus continuent à proliférer, et les malades à mourir.

CONCLUSIONS

La pandémie de la Covid-19, la plus importante depuis celle de la grippe espagnole à la fin de la première guerre mondiale, devait fatalement constituer un défi essentiel pour l'OMS en particulier, et pour le système des Nations Unies en général. D'où l'importance d'en tirer des leçons correctes pour le futur.

A. — *L'OMS constitue, plus que jamais, une organisation internationale essentielle*

La lutte contre les pandémies constituait l'objet principal de la création de l'OMS en 1946. La Covid-19 a pleinement validé cette ambition. À tous les stades de la pandémie, l'Organisation a joué un rôle essentiel.

Le premier a été la mise en évidence de la pandémie. Même si les informations originelles ont été insuffisantes, même si la procédure a pris du retard, l'OMS a joué un rôle essentiel pour mobiliser les États membres et diffuser les informations disponibles. Le deuxième stade a consisté à faciliter les échanges de données concernant le virus, ainsi que les médicaments et les vaccins. La troisième a visé à accélérer le programme de vaccination, spécialement dans les pays en développement.

À tous ces égards, le rôle de l'OMS a été central. De toute évidence, sans elle, la pandémie aurait connu une propagation encore plus importante.

B. — *L'existence d'un système des Nations Unies a prouvé son utilité*

Les Nations Unies ont été conçues dès l'origine comme un système d'institutions spécialisées gravitant autour d'une organisation centrale. La pandémie de la Covid-19 a également pleinement validé cette conception. L'expansion brutale du virus a en effet entraîné une multitude de crises simultanées. Les restrictions commerciales relevaient du ressort de l'OMC (comme d'ailleurs les contestations sur la propriété intellectuelle des vaccins), le déséquilibre des balances de paiements dans les pays en développement du FMI et de la Banque Mondiale, les désordres dans la production agricole de la FAO, etc.

Dans ce contexte, très complexe, il importe que les institutions spécialisées puissent s'appuyer sur l'expertise de chacune. Cela permet de gagner du temps et d'aboutir à des décisions plus efficaces.

C. — *L'OMS a néanmoins commis d'importantes fautes de gestion*

Au début de la pandémie, l'OMS a procédé avec une grande prudence. Cette prudence semble malheureusement souvent liée à l'émergence du nouveau virus en Chine. D'une part, le directeur général n'a pas fortement souligné la nécessité pour la Chine de respecter ses obligations internationales, notamment dans le cadre du RSI, de communiquer des informations et de permettre des visites. D'autre part, il a validé de façon enthousiaste les mesures prises peu après par les autorités chinoises. On échappe mal à la sensation que la position de l'OMS aurait été fort différente si la Covid-19 était apparue au Bangladesh ou au Botswana. À cela, il faut ajouter l'erreur commise concernant l'inutilité alléguée des masques pendant une période initiale cruciale. Erreur d'autant plus coûteuse qu'elle a été suivie par des nombreux États membres.

Le projet de traité pandémique est venu au bon moment pour masquer opportunément que les problèmes de la réponse de l'OMS relevaient beaucoup plus d'un déficit de gestion que d'un déficit de moyens juridiques. Avec un RSI renforcé, le directeur général Tedros Adhanom Ghebreyesus s'est révélé plus inefficace face à la Covid-19 que Madame Brundtland avec un RSI faible. L'intelligence et le courage des gestionnaires jouent toujours un rôle important en temps de crise.

Enfin, le lancement de négociations prématurées sur un traité pandémique apparaît, elle aussi, comme une erreur. Il n'y a eu aucune évaluation avant de lancer ce projet. Les chances d'aboutir à un résultat significatif sont inexistantes. Par ailleurs, on échappe mal au sentiment que le lancement de ces négociations, basé sur une insuffisance des textes actuels, vise d'abord à masquer leur mauvaise application.

D. — *L'OMS a souffert de faiblesses structurelles importantes*

Si les fautes de gestion ne peuvent être contestées, il faut aussi reconnaître que l'Organisation souffrait de déficiences structurelles importantes. La plus monumentale réside évidemment dans la faiblesse de son budget (194). Il s'agit d'un problème ancien. Depuis ses débuts en réalité, l'Organisation ne dispose pas des ressources requises pour une politique de santé ambitieuse. La discordance entre les objectifs et les moyens a toujours été évidente. La pandémie de la Covid-19 l'a seulement rendue plus flagrante.

(194) World Health Organisation, *A healthy return. Investment case for a sustainably financed WHO*, 17 mai 2022, disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/a-healthy-return> (consulté le 2 mars 2023).

Une deuxième déficience réside dans la grande complexité de ses instruments. Nombre d'États membres, surtout développés, ont imposé par le biais d'une conditionnalité financière, le développement de mécanismes de coopération particuliers. D'autres, comme les États-Unis par exemple, l'ont fait en imposant d'autres formes de coopération avec le secteur privé. Au fil des décennies, ces initiatives éparpillées ont abouti à la création d'un salmigondis d'instrument, dont la gestion synchronisée est devenue extrêmement difficile, et qui complique énormément la compréhension.

E. — *Le système des Nations Unies a révélé une fois encore ses limites*

Le système des Nations Unies a permis, on l'a vu, une certaine coordination des actions contre la pandémie. Cela ne doit pas masquer ses déficiences. S'il y a eu des réflexions communes à l'OMS, l'OMC et l'OMPI sur l'accès égal aux vaccins, par exemple, force est de constater qu'elles n'ont pas abouti à des résultats concluants. Elles n'ont pas permis non plus de surmonter la pression des opérateurs privés à ce sujet au sein de l'OMS.

La coopération économique entre les différentes régions du monde a également été modeste. Les analyses, souvent convergentes, du FMI et de la Banque Mondiale n'ont guère trouvé d'écho, notamment au sein du G-20. Plus fondamentalement, les interventions du secrétaire général de l'ONU sont restées limitées. De façon révélatrice, le Conseil de sécurité n'a adopté que deux résolutions durant la crise. Elles ne concernaient que la question des vaccins et présentaient un caractère tout à fait général.

F. — *Le souci de coopération internationale diminuée chez les grandes puissances*

La pandémie de la Covid-19 n'a pas seulement mis en lumière les limites du système de coopération internationale élaboré à la fin de la deuxième guerre mondiale. Elle a aussi éclairé sa dégradation. Loin d'assister à « la fin de l'histoire », comme certains l'annonçaient après 1989, on assiste bien au contraire à sa résurgence. Les années 2020 rappellent à bien des égards les années 1930. Même renforcement des dictatures, même dégradation des mécanismes de coopération, même montée de l'insécurité.

La lutte contre la Covid-19 a largement constitué un échec, non seulement à cause de la médiocrité des gestionnaires et de la faiblesse des institutions, mais également parce que de nombreux gouvernements (pas seulement autocratiques) n'acceptent plus les contraintes de la coopération internationale. À cet égard, la pandémie offre un avertissement fondamental pour la lutte contre une menace encore plus existentielle : les changements climatiques (qui, selon les experts, risquent en plus de provoquer une multiplication des pandémies).

Durant la pandémie, l'OMS a certainement manqué de ressources financières et de bons gestionnaires. Il n'en reste pas moins que la première raison des faibles résultats contre la Covid-19 demeure la mauvaise coopération des États membres, à commencer par la Chine dans la phase de déclenchement, et les États-Unis dans la phase d'expansion et l'UE dans la phase vaccinale. Le système international demeure avant tout organisé par et pour les États. Rien ne peut compenser leur mauvaise volonté, et surtout pas un traité où la plupart n'ont absolument pas l'intention d'accepter des contraintes supplémentaires.