



Master 2 Mention Santé publique

Parcours : Pilotage des politiques et actions en santé publique

Promotion : 2021-2022

Mise en perspective des impacts de la pandémie de Covid-19 sur les processus organisationnels du système de sécurité sanitaire international

LAURA CERMINARA

R e m e r c i e m e n t s

Je tiens à remercier chacune des personnes qui m'ont soutenue dans la réalisation de mon mémoire et plus largement tout au long de ma dernière année d'études.

Mes sincères remerciements et ma profonde reconnaissance vont tout d'abord à mon responsable de Master 2 en Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique à l'École des Hautes Études en Santé Publique, Monsieur Arnaud CAMPEON. Son accompagnement, sa bienveillance ainsi que ses conseils ont constitué des éléments précieux, essentiels à la réussite de cette année.

Je souhaite remercier considérablement mon maître de stage Docteur Clément LAZARUS, sous-directeur adjoint à la veille et sécurité sanitaire, de m'avoir donné l'opportunité de réaliser un stage à ses côtés. Un grand merci pour sa confiance manifeste et son management déléгатif qui m'ont permis de progresser, de valoriser et solliciter pleinement mes compétences.

En outre, je remercie mon référent de mémoire, Monsieur Christophe VANDERLINDE, pour son appui et son accompagnement dans la construction de mon travail. Son partage d'expériences ainsi que son expertise en gestion de crise m'ont permis d'avoir des bases solides pour l'appréhension des sujets traités dans cet environnement de travail.

J'adresse également mes remerciements à toutes les équipes pour leur bienveillance et pour leur disponibilité qui m'ont aidée à réaliser mon mémoire et mon stage au sein du ministère de la Santé dans les meilleures conditions. Je pense particulièrement à l'ensemble des équipes de la sous-direction VSS, à l'équipe du GOP, de la DINAP, de la MAEI et au MEAE.

Par ailleurs, je porte une attention particulièrement à mes collègues du Master PPASP. Un grand merci à ma promotion et particulièrement à mes « co-stagiaires » pour ces formidables moments de convivialité et cette belle solidarité.

Je remercie évidemment et chaleureusement ma famille, notamment mes parents et ma sœur d'être présents dans toutes les épreuves, de me suivre dans chacune de mes décisions et pour leur accompagnement qui contribue foncièrement à ma réussite professionnelle.

Enfin, je tiens à remercier avec amour celui qui m'écoute, m'épaulé et croit profondément en moi chaque jour. Un immense merci à mon conjoint de m'avoir encouragée dans la réalisation de chacun de mes projets professionnels.

Table des matières

Introduction	8
Présentation des acteurs du système de sécurité sanitaire.....	10
Description de la fiche de poste et place de l'étudiante au sein de ces acteurs.....	12
Méthodologie.....	15
I. Le système de santé international mis à l'épreuve par la pandémie	18
1.1. Les « faiblesses » de l'architecture sanitaire mondiale	18
1.1.1. Les lacunes des systèmes de santé mis en lumière par la pandémie	18
1.1.2. Le manquement à la mise en œuvre du Règlement Sanitaire Internationale dont le champ d'application semble « trop étroit »	21
1.1.3. Le caractère multidimensionnel des inégalités révélées et exacerbées pendant la crise.....	24
1.2. Les nouvelles priorités politiques et les nouveaux enjeux de santé publique, visant à revoir l'architecture mondiale	29
1.2.1 La santé publique au cœur des priorités politiques	30
1.2.2 La prévention de maladies émergentes par l'approche One Health : un enjeu de santé publique majeur	32
1.2.3 Des actions concrètes visant à renforcer le système de préparation, réponse et résilience aux urgences sanitaires.....	34
II. Les processus pour un renforcement de l'architecture multilatérale de santé	38
2.1 Le retour sur le système d'alerte et de coopération internationale	38
2.1.1 La constitution et les travaux du groupe de travail sur le renforcement de la préparation et de la réponse de l'OMS aux urgences sanitaires (WGPR)	38
2.1.2 Le processus de négociation pour la révision du Règlement Sanitaire International initié par les États-Unis d'Amérique.....	40
2.1.3 Les résultats en cours de la réforme du RSI	44
2.2 Un nouveau processus d'engagement des États membres à un haut niveau stratégique et politique pour faire face aux pandémies	48
2.2.1 Un organe intergouvernemental de négociation (INB) pour l'élaboration d'un accord visant à lutter contre les pandémies	48

2.2.2	Le processus de négociation pour le nouvel instrument international sur la prévention, la préparation et la riposte aux pandémies	51
2.2.3	Les perspectives de la convention internationale	55
III.	L'Analyse <i>in extenso</i> du système de sécurité sanitaire collective et préconisations opérationnelles.....	59
3.1.	Les défis du système de sécurité sanitaire collective.....	59
3.1.1.	Une solidarité internationale qui doit composer avec des positions nationales et sectorielles divergentes	59
3.1.2.	Le régionalisme comme modèle de négociation : exemple de la région EURO avec l'Union européenne.....	62
3.1.3.	La question du financement, habituellement dormante, mise sur le devant de la scène.....	64
3.2.	De la théorie à la pratique : comment décliner de manière opérationnelle ces concepts ?.....	67
3.2.1.	Un environnement complexe impliquant de nombreux processus et accords à appréhender	68
3.2.2.	Une proposition française relative à l'implémentation de mécanismes d'évaluation à différents niveaux.....	70
3.2.3.	La formation comme fondement de la future solidarité internationale ...	73
	Conclusion.....	77
	Bibliographie	79
	Annexes.....	92

Liste des sigles utilisés

AIEA : Agence Internationale de l'Énergie Atomique
AMS : Assemblée Mondiale de la Santé
ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'Environnement et du travail
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
AP : Accord sur les Pandémies
ARS : Agence Régionale de Santé
CE : Commission Européenne
CIC : Centre Interministériel de Crise
COP : CONFérence des Parties
CORRUSS : Centre Opérationnel de Régulation et de Réponse aux Urgences Sanitaires et Sociales
CSU : Couverture Sanitaire Universelle
DAEI : Délégation aux Affaires Européennes et Internationales
DAJ : Direction des Affaires Juridiques
DDC : Division Des Cabinets
DG : Directeur Général
DGAL : Direction Générale de l'Alimentation
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS : Direction Générale de la Santé
DGM : Direction Générale de la Migration
DINAP : Délégation Interministérielle pour la Négociation d'un Accord International sur la prévention, la préparation et la réponse face aux pandémies, sous l'égide de l'OMS
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DSS : Direction de la Sécurité Sociale
EAC : Expert Advisory Commission
ECDC : European Center for Disease Prevention and Control
EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique
EPI : Équipement de Protection Individuelle
EVA : ECDC Virtual Academy
FAO : Organisation pour l'alimentation et l'agriculture
FIF : Fonds d'Intermédiation Financière
G7 : Groupe des sept
G20 : Groupe des Vingt

GPMB : Global Preparedness Monitoring Board
GPRC : Global Peer Review Commission
HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
HERA : Health Emergency Preparedness and Response Authority
HLIP : High-Level Independent Panel
INB : Intergovernmental Negotiating Body
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IReSP : Institut pour la Recherche en Santé Publique
ISPED : Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement
JEE : Joint External Evaluation
MAEI : Mission des Affaires Européennes et Internationales
MEAE : Ministère de l'Europe et des Affaires Étrangères
MSP : Ministère de la Santé et de la Prévention
MSS : Ministère des Solidarités et de la Santé
NUOI : Direction des Nations Unies, des Organisations internationales, des droits de l'homme et de la francophonie
OACI : Organisation de l'Aviation Civile Internationale
OHHLEP : One Health High-Level Expert Panel
OIE : Organisation Mondiale de la Santé Animale
OIM : Organisation Internationale pour les Migrations
OMC : Organisation Mondiale du Commerce
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PIA : Programme d'Investissement d'Avenir
PNSE : Plan National Santé Environnement
PVS-OIE : Évaluation des Performances des Services Vétérinaires
RAM : Résistance Aux Antimicrobiens
RSI : Règlement Sanitaire International
SOC : Organisations de la Société Civile
SPAR : State Party Self-Assessment Annual Reporting
SPF : Santé Publique France
SRAS : Syndrome Respiratoire Aigu Sévère
SSI : Sécurité Sanitaire Internationale

TFUE : Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne

UHPR : Universal Health and Preparedness Review

UNEP : Programme des Nations Unies pour l'Environnement

USA : United States of America

USPPI : Urgence de Santé Publique de Portée Internationale

VSS : Veille et Sécurité Sanitaire

WGPR : Working Groupe on strengthening WHO Preparedness and Response to health emergencies

Liste des figures

Figure 1: Carte représentant la couverture vaccinale dans les différents pays du monde à date du 05 août 2022

Figure 2 : Modèle de Blumenshine (2008), étudiant les disparités sociales face à une épidémie

Figure 3 : Infographie – Mise en évidence des inégalités de genre liées à la pandémie

Introduction

Ébola, Grippe aviaire H1N1, MERS-CoV, Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS), maladies à transmission vectorielle telles que le virus Zika, de la Dengue ou Chikungunya, et dernière en date la Covid-19 sont autant de crises sanitaires mondiales auxquelles a dû faire face nos sociétés contemporaines. Ces « **nouvelles maladies émergentes** » sont des zoonoses. Autrement dit, elles sont toutes transmises par des espèces animales. Les dernières décennies ont été marquées par une augmentation inhabituelle des maladies infectieuses, notamment par l'émergence ou la réémergence de ces zoonoses. Leur fréquence d'apparition s'est considérablement intensifiée avec l'identification désormais de près de cinq émergences par an. Nous pourrions alors qualifier ce phénomène comme étant une « **épidémie de pandémies** » (Robin, Marie-Monique, 2021).

Alors que la pandémie du siècle qui mobilise le monde entier depuis maintenant plus de deux ans subsiste encore, des maladies continuent de voir le jour. L'ère des pandémies ne fait que commencer, et la situation va de mal en pis. Le constat est clair : déforestation, élevage intensif, mondialisation, urbanisation, déplacements transfrontaliers d'humains, d'animaux et de marchandises, déséquilibrent nos écosystèmes et dégradent notre environnement. Pourtant, la **préservation de notre biodiversité** est une condition *sine qua non* pour lutter contre l'émergence de maladies infectieuses et plus largement maintenir la vie sur Terre. D'autre part, les conséquences d'un réchauffement climatique attendu et dorénavant mesuré semblent confirmer l'émergence de virus potentiellement fortement pathogènes. Cette réalité, conséquence directe de l'Anthropocène, impacte fortement notre société en termes de prise en charge sanitaire. Elle était déjà parfaitement décrite dans « Destin des maladies infectieuses » par le Pr Charles NICOLLE (Nicolle, 1939).

« La pandémie de coronavirus va modifier à jamais l'ordre mondial » déclarait l'ancien secrétaire d'État américain Henry Kissinger en 2020. Une prise de conscience des risques sanitaires épidémiques futurs semble arriver tardivement, malgré les alertes exprimées par un grand nombre de scientifiques de diverses disciplines (médecins, vétérinaires, écologues, démographes, infectiologues etc.) (Robin, Marie-Monique, 2021). Le dérèglement climatique provoqué en grande partie par les activités humaines menace avec précipitation la santé humaine, animale et végétale. Désormais, le lien de causalité est avéré et l'interdépendance Homme – Animaux domestiques et sauvages – Écosystèmes et environnement est reconnue (BEC, 2022).

Plus encore, les **répercussions plurisectorielles et multidimensionnelles** sur le court, moyen et long terme d'une épidémie de portée mondiale sont aujourd'hui tangibles. Les impacts peuvent être

collectifs à l'échelle économique, politique, diplomatique, environnementale, sociale. En outre, l'incidence peut être observable à l'échelle humaine. En effet, nous pouvons observer des conséquences physiques, sur la santé mentale et sur le bien-être de l'individu. Une crise sanitaire s'apparente rapidement à une crise générale en dépassant le simple fait de la maladie et en bouleversant d'autres domaines. Elle « touche aux grands équilibres internationaux » (Balmond, 2021).

Par définition, une pandémie ne connaît pas de frontière (Roy, 2020). Ces répercussions peuvent donc toucher tous les pays du monde, qu'ils soient considérés comme riches ou pauvres, et toutes les populations, qu'elles soient considérées comme vulnérables ou non. Elles favorisent cependant les inégalités sociales de santé qui ont été exacerbées par la crise, par le biais d'une différence de traitement entre les pays.

Ces « nouvelles maladies émergentes » et pandémies ainsi que l'ampleur de leurs conséquences, ont alors permis de comprendre le devoir d'agir collectivement face aux urgences sanitaires et ont démontré l'importance d'une **coalition sanitaire internationale** pour la sécurité sanitaire (France diplomatie, 2021). Dorénavant, il semble nécessaire d'appréhender les enjeux de manière globale en prenant en compte tous les facteurs tels que les facteurs sociaux, économiques et culturels (BEC, 2022).

« La sécurité sanitaire internationale recouvre l'ensemble des activités, tant préventives que correctives mises en œuvre pour réduire la vulnérabilité des populations à des événements sanitaires. Il s'agit de la prévention, la surveillance, la détection et l'évaluation des risques sanitaires, ainsi que la définition et l'application des mesures de préparation, de notification, de réponse et de gestion de ces risques dans une optique de santé publique à l'échelle mondiale. La sécurité sanitaire est étroitement liée au renforcement des systèmes de santé puisqu'elle n'est assurée qu'à condition de reposer sur un système de santé résilient et capable de prévenir, détecter et répondre aux risques. » (France diplomatie, 2021). La veille sanitaire est une action communément associée et relevant de la sécurité sanitaire.

L'OMS est l'institution internationale référente en matière de santé, mais ne peut pas à elle seule gérer l'ensemble des problématiques. Il est donc nécessaire de mettre en œuvre une **action multilatérale** soutenue par l'ensemble des parties prenantes telles que les États membres, la société civile et d'autres partenaires. De plus, une **coopération pluridisciplinaire** rassemblant un large spectre d'acteurs est essentielle pour couvrir l'ensemble des impacts avérés ou potentiels et ainsi prendre les bonnes décisions à l'échelle mondiale.

L'évolution de notre système de sécurité sanitaire dépendra des mesures qui seront prises pour prévenir les événements sanitaires à venir, s'y préparer et y riposter. Le rôle des politiques publiques, par le biais de leurs décisions et leurs actions à l'échelle internationale, est par conséquent primordial pour lutter contre l'émergence de ces épidémies et pour répondre aux défis auxquels est confrontée l'humanité (Robin, Marie-Monique, 2021).

L'objectif de ce mémoire consiste à mettre en perspective les impacts de la pandémie sur les processus organisationnels du système de sécurité sanitaire international (SSI). Il s'agira donc de s'interroger sur les directives à suivre pour conduire à une architecture mondiale de santé robuste face aux crises sanitaires : **quels sont les processus organisationnels nécessaires à la conduite du changement dans la coalition internationale en matière de sécurité sanitaire et au regard des enseignements tirés de la pandémie COVID-19 ?**

Afin de répondre à cette problématique, nous analyserons tout d'abord l'incidence de la crise sanitaire sur le système de sécurité sanitaire international (I) en décrivant les limites du système actuel et les résultantes en termes de nouveaux enjeux. Dans un deuxième temps, nous développerons les processus en cours pour le renforcement de l'architecture de santé mondiale (II) en étudiant d'une part le Règlement Sanitaire Internationale (RSI) et d'autre part le nouvel accord sur les pandémies (AP). Enfin, une troisième partie proposera des actions pour une déclinaison opérationnelle au regard d'une analyse globale des enjeux du système de sécurité sanitaire international (III).

En vue d'appréhender au mieux le sujet et de percevoir clairement le fonctionnement des processus et négociations, le système de Sécurité Sanitaire Internationale est ici présenté en section introductive. Cette dernière décrit les acteurs du SSI et leurs liens au niveau mondial, régional (exemple de l'Union Européenne) et national (exemple de la France). La position de l'étudiante au sein du système national est également détaillée dans un souci de contextualisation.

Présentation des acteurs du système de sécurité sanitaire

Une multitude d'acteurs interagissent dans le système de sécurité sanitaire et à diverses échelles : organisations internationales et régionales, États, organisations non institutionnelles. Un organigramme est placé en annexe 1 afin de privilégier une traduction schématique et simplifiée de la structure organisationnelle du système de SSI. Les liens et les relations entre les organisations y sont représentés au niveau mondial, européen et national.

Tout d'abord, au niveau international, l'Organisation des Nations Unies, organisation à portée universelle, constitue le pilote naturel de la riposte à une crise mondiale. Son rôle et plus

spécifiquement celui de l'organe exécutif représenté par le Conseil de sécurité des Nations unies est de maintenir la paix et la sécurité internationale. L'ONU regroupe 193 États membres en juin 2022. Considéré comme l'un des organes principaux du **multilatéralisme**, le Conseil de sécurité a cependant été fortement critiqué du fait de son inactivité et de sa lenteur de réaction face à la crise sanitaire (Maurel, 2020). C'est en réalité l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), agence spécialisée pour la santé publique internationale et dépendante du Conseil économique et social des Nations unies, qui a eu la responsabilité principale de la réponse à la pandémie de Covid-19, du fait de sa compétence spécifique en matière de santé. L'OMS élabore le cadre d'actions à mettre en œuvre, notamment par le biais de plans qui ont permis de suivre une stratégie depuis plus de 2 ans. Par ailleurs, c'est le Directeur Général (DG) qui a déclaré l'Urgence de Santé Publique de Portée Internationale (USPPI). L'efficacité et la dépendance de l'institution ont néanmoins également été questionnées, ce qui mène à des travaux de **renforcement de l'architecture mondiale de santé** (Balmond, 2021). Enfin, la collaboration quadripartite réunissant l'OMS, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) et le Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE) œuvre pour le **principe « Une seule santé »** que nous étudierons dans ce document.

De même, le **régionalisme** joue un rôle central dans la gestion d'une urgence sanitaire de ce type mais aussi dans la déclinaison opérationnelle de la stratégie internationale. Les organisations régionales peuvent permettre une coordination des politiques nationales et peuvent être à l'origine de décisions et/ou de plans d'actions appropriés aux spécificités des régions (Balmond, 2021). L'OMS compte, parmi ses membres, 6 régions: Regional Office for Europe (EURO), Regional Office for Africa (AFRO), Regional Office for the Eastern Mediterranean (EMRO), Regional Office for South East Asia (SEARO), Regional Office for the Western Pacific (WPRO), Regional Office for the Americas (AMRO). Entre autres, la stratégie vaccinale européenne, émane d'un accord entre la Commission Européenne et ses États membres. Cette approche commune vise à lutter durablement contre la pandémie par le biais de la production et la distribution de vaccins sûrs et efficaces contre le SARS-CoV-2 (Balmond, 2021).

Pour finir, la santé relève d'une compétence nationale. Chaque État est donc souverain et contrôleur de ses frontières, de ses décisions. Le régionalisme n'apparaît qu'en deuxième place face à la nationalisation de la riposte à la pandémie. Dans le cas français, nous retrouvons l'administration centrale (Ministères) et les services déconcentrés de l'État (Agences Régionales de Santé (ARS)). Ces structures publiques ont pour mission la conception et le pilotage des politiques et assurent la veille sanitaire. Il s'agit par exemple de la Direction Générale de la Santé (DGS) pour le ministère de la Santé et de la Prévention (MSP) qui définit les politiques de prospective, veille, réglementation et de police

en termes de sécurité sanitaire. Nous pouvons également citer la Direction Générale de l'Alimentation (DGAL) du ministère de l'Agriculture et de la souveraineté alimentaire qui protège la santé des hommes, des animaux, des végétaux en veillant à la sécurité et à la qualité, des aliments et produits agricoles.

Certaines agences jouent également un rôle de police sanitaire. L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) est ainsi chargée de la mise sur le marché, de l'évaluation et du contrôle des produits. Santé Publique France (SPF), l'Agence Nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), la Haute Autorité de Santé (HAS) et autres organisations sont reconnues quant à elles pour leur expertise en matière d'études techniques, scientifiques et pour leurs compétences de veille et d'alerte (Tabuteau, 2016).

Enfin, dans un souhait d'adopter une approche globale, intégrant les organisations de la société civile (SOC) dans les discussions autour de la sécurité sanitaire, organisations non gouvernementales, monde académique, sociétés privées, fédérations, représentants usagers, associations et autres acteurs non-étatiques sont incités à soumettre des contributions en tant que partie prenante (Guilbaud, 2021).

Description de la fiche de poste et place de l'étudiante au sein de ces acteurs

Afin de percevoir au mieux le fonctionnement des processus ainsi que la position de l'auteure de ce mémoire au sein du système national, la section explicative du poste occupé présentée ci-dessous est accompagnée d'un organigramme en [annexe 2](#). Les liens et relations entre la rédactrice et les diverses entités y sont schématisés.

Le poste de chargé d'appui au pilotage de crise vise à intervenir auprès de la sous-direction Veille et Sécurité Sanitaire (VSS). Une des missions consiste en l'aide au pilotage, notamment par la rédaction de notes, de synthèses ou d'instructions de documents. La sous-direction VSS est régulièrement sollicitée sur des sujets divers pour son expertise technique et son large champ de compétences en matière de santé, sécurité sanitaire. En outre, l'accompagnement sur une mission de sécurité sanitaire à l'échelle internationale assurée par le sous-directeur adjoint a constitué l'activité principale du poste.

La sous-direction VSS fait office de point focal national pour toutes les urgences sanitaires et sociales. Elle est composée de trois bureaux permanents et un bureau supplémentaire éphémère :

- VSS 1 : Risques infectieux émergents et vigilances
- VSS2 : Préparation aux crises
- CORRUSS : Centre Opérationnel de Régulation et de Réponse aux Urgences Sanitaires et Sociales. Ce bureau possède trois niveaux de posture : le niveau 1 qui assure une veille

opérationnelle, le niveau 2 appelé CORRUSS renforcé et le niveau 3 activé à la demande du ministre en Centre de Crise Sanitaire (CSS)¹

- GOP : Gestion Opérationnelle de la Pandémie, mis en place au regard de la Covid-19 et pour la durée de la pandémie. Ce bureau est armé en fonction de la situation sanitaire.

Elle fait partie intégrante de la Direction Générale de la Santé qui compte un cabinet, plusieurs missions transversales et trois sous-directions supplémentaires.

Enfin, la DGS fait elle-même partie intégrante du ministère de la Santé et de la Prévention, anciennement nommé ministère des Solidarités de la Santé (MSS). Le MSP fait également autorité sur 15 autres directions, délégations, divisions et inspections telles que la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), la Direction de la Sécurité Sociale (DSS), la Délégation aux Affaires Européennes et Internationales (DAEI), la Direction des Affaires Juridiques (DAJ) ou la Division des Cabinets (DDC).

L'administration centrale de la santé intègre donc un écosystème complexe et hiérarchisé en constante évolution. Les nombreuses interactions entre les organisations ont vocation à agir efficacement en prenant en compte tous les facteurs indispensables à la protection de la santé de la population.

¹ Le livre blanc de la défense et de la sécurité nationale impose à tous les ministères d'organiser et d'assurer leurs services de gestion de crise (Hollande, 2013). Auparavant, les décisions étaient portées par le ministère des armées et le ministère de l'intérieur. Néanmoins, c'est invariablement le rôle du premier ministre d'activer le Centre Interministérielle de Crise (CIC). La constitution d'un CIC peut éventuellement avoir lieu en CORRUSS de niveau 2 ou 3.

« La connaissance des maladies infectieuses enseigne aux hommes qu'ils sont frères et solidaires. Nous sommes frères parce que le même danger nous menace, solidaire parce que la contagion nous vient le plus souvent de nos semblables. »

*« Destin des maladies infectieuses 1939 »
(Pr.Nicolle, 1939)*

Méthodologie

La santé internationale est un domaine dans lequel j'ai pu évoluer tout au long de mon stage de 6 mois au sein de la sous-direction VSS. Le renforcement de l'architecture sanitaire mondiale, notamment par la **révision du Règlement Sanitaire International (RSI)** et l'**élaboration d'un accord international sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies (AP)**, a donc constitué ma mission principale au cours de ce stage. Par conséquent, ce sont ces deux textes qui seront principalement étudiés et traités dans ce mémoire.

Afin d'aborder cette thématique, des éléments ont été collectés par diverses méthodes qualitatives. Tout d'abord, une **recherche bibliographique** a été réalisée (ouvrages, articles scientifiques, rapports). Cette revue de littérature a permis d'obtenir des données de cadrage et de cerner le contexte dans lequel s'inscrivent les discussions autour de la **sécurité sanitaire internationale**. Elle a également permis de comprendre les enjeux liés à ce sujet et d'avoir une analyse comparative avec d'autres systèmes de santé et d'autres accords contraignants ou non contraignants régissant les systèmes de sécurité sanitaire. L'analyse documentaire repose également sur un grand nombre de textes rédigés par les acteurs des institutions, impliqués sur le sujet, et de notes diffusées au sein des différents ministères pour une expertise multidisciplinaire. Ces notes m'ont aidée à cerner les leviers et les limites du système actuel en les identifiant par le prisme de la pandémie de Covid-19 et m'ont permis d'appréhender les enjeux inhérents à ce constat en matière de nouvelles priorités politiques.

Par la suite, une enquête qualitative a été effectuée pour compléter la recherche bibliographique, obtenir le regard des acteurs sur le bilan et les enseignements tirés de la crise sanitaire. En appui à la littérature spécialisée, **6 entretiens semi-directifs** (Liste en annexe 3), réalisés sur la base d'un guide d'entretien (Annexe 4), ont donc été menés auprès de professionnels et d'experts impliqués dans la sécurité sanitaire. Les acteurs interrogés sont épidémiologistes, médecins en santé publique, SciencesPistes, énarques, ingénieurs du génie sanitaire ou acteurs de la société civile. La durée moyenne des échanges a été de 40 minutes. Ils ont été enregistrés, retranscrits (Annexe 5) puis analysés. L'anonymat a été levé avec l'accord des personnes interrogées. J'ai ainsi pu rencontrer :

- François ESMYOT : Conseiller expert pour les affaires internationales et en matière de sécurité sanitaire à la mission des affaires européennes et internationales (MEAI)
- Ariane LATHUILLE : Diplomate à la Direction des Nations Unies, des Organisations internationales, des droits de l'homme et de la francophonie (NUOI)

- Yves IBANEZ : Chef de projet RSI pour le bureau Préparation aux crises (VSS)
- Anne-Claire AMPROU : Déléguée interministérielle pour la négociation d'un accord international sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies (DINAP)
- Frédéric BOYER : Directeur opérations internationales à la Croix Rouge Internationale
- Mounia ACHRAF : Chargée de mission à la Délégation aux Affaires Européennes et Internationales (DAEI)

Il paraît toutefois nécessaire d'indiquer que les entretiens menés ne reflètent pas toujours avec exactitude l'entité désignée. En effet, chacun des acteurs interrogés est pourvu d'un avis personnel et d'une élocution qui lui est propre. Ce facteur peut parfois caractériser un **biais méthodologique**.

L'étude repose également sur **mon expérience au ministère** en tant que chargée d'appui au pilotage de crise. A ce titre, j'ai pu assister et/ou contribuer à des conférences, des réunions de coordination avec l'UE et l'OMS, à l'Assemblée Mondiale de la Santé 2022, la visite du Dr Hans Kluge, Directeur Régionale de l'OMS EURO et sa délégation technique, mais aussi à certaines réunions internes ou discussions libres (Liste en annexe 6) dans lesquelles j'ai eu l'occasion d'extraire des informations.

Naturellement, les observations que j'ai pu faire tout au long de ma présence au ministère ont participé à façonner ma propre opinion sur le sujet. J'ai par ailleurs eu l'occasion au fil du temps de pouvoir exprimer mon avis sur diverses thématiques, de proposer ma vision lors d'instructions de documents et de transmettre des contributions (sous validation).

Les résultats de cette étude ont montré qu'un certain nombre d'éléments apparaissaient comme être des pivots potentiels de la réflexion de ce document. Il s'agit de l'introspection des faiblesses de la gestion de crise et des nouveaux enjeux de santé publique qui en découlent ; et de l'expertise des processus en cours ayant pour objectif le renforcement des capacités à réagir en cas de pandémie qui peut être à l'origine d'une certaine perplexité mais qui laisse également place à l'anticipation pour des directives agissantes. Sur cette base, j'ai pu construire l'ensemble de mon mémoire en recensant, comparant et évaluant les différentes appréciations de chacun dans le but de l'élaborer de la manière la plus objective et exhaustive possible.

Ce mémoire cherche donc à analyser les **limites des processus internationaux existants**, contextualiser et mettre en exergue les nouvelles priorités politiques, les enjeux de santé publique, au regard de la crise sanitaire qui a remis en question la capacité des pays à assurer une sécurité collective en période de pandémie.

Il étudie également les **nouveaux processus d'organisation**, de négociation et de mise en place du système de sécurité sanitaire international en cours, pour le renforcement de la prévention, la

préparation et la réponse aux urgences sanitaires. Les outils inhérents à ce renforcement sont considérés à **trois niveaux territoriaux** différents : le niveau international relevant particulièrement de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ; le niveau régional avec par exemple l'Union Européenne (UE) pour ses États membres par le biais de la Commission Européenne (CE) qui est mandatée sur ces sujets ; le niveau national représenté par les institutions étatiques telles que la Délégation Interministérielle dans le cadre de l'accord international et les différents ministères (Ministère de la Santé et de la Prévention, Ministère de l'Europe et des Affaires Étrangères, Ministère de la transition écologique et de la cohésion des territoires, Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire) dans le cas de la France.

Ce mémoire vise enfin à identifier les limites et les leviers de ces processus ainsi que de la coopération internationale en matière de santé afin d'envisager les **perspectives** à venir et émettre des préconisations pour une meilleure sécurité sanitaire internationale.

Il convient de noter quelques limites à la méthodologie adoptée. En effet, l'objectif était d'obtenir un regard croisé entre tous les acteurs concernés à différentes échelles et représentant diverses entités. Confronter les positions, les visions et les expériences de chacun avait pour vocation d'avoir dans ce document une analyse comparée et critique. Collaborer quasi quotidiennement avec la DINAP a soutenu cette volonté puisqu'elle harmonise et coordonne l'ensemble des positions pour exprimer in fine une position française consensuelle. Néanmoins, un biais méthodologique est à souligner et porte tout d'abord sur les personnes interrogées dans le cadre de ce mémoire. En effet, les acteurs sont principalement issus du ministère de la Santé et de la Prévention. Aussi, par manque de temps et de disponibilité des autres acteurs, des entretiens supplémentaires n'ont pas pu être menés. Enfin, en raison de mon positionnement au sein de l'organisation et pour les justifications évoquées ci-avant, ce document met donc particulièrement en lumière la position du ministère de la Santé, même s'il tente autant que possible d'appréhender les biais. D'autre part, il est nécessaire de constater l'absence d'une enquête quantitative au moyen d'un questionnaire ou autre support. Ce choix n'a pas été fait au vu de la vastité du sujet et du grand nombre de thématiques à traiter dans un délai plutôt restreint mais également en vertu du fait que l'essence du travail même est de matière qualitative. En effet, ce dernier s'appuie sur les négociations, les relations diplomatiques et cherche à comprendre les grands principes qui régissent le système et n'a pas vocation à explorer les détails opérationnels des sujets.

I. Le système de santé international mis à l'épreuve par la pandémie

Depuis l'émergence du SARS-CoV-2 dans les derniers jours de l'année 2019 puis la déclaration fin janvier 2020 par l'OMS d'une **Urgence de Santé Publique de Portée Internationale (USPPI)**, la pandémie de Covid-19 a été un défi pour la Sécurité Sanitaire Internationale. En outre, les conséquences vont bien au-delà des questions uniquement sanitaires : impacts économiques, géopolitiques, démographiques, sociaux, culturels, etc. représentent des dommages collatéraux de la crise. L'épidémie d'une envergure sans précédent est encore présente et des efforts sont requis pour permettre d'y mettre un terme définitif. Pour autant, la domination du variant Omicron², la progression, certes imparfaite mais réelle, de la couverture vaccinale mondiale, l'arrivée de traitements préventifs et curatifs mais aussi la maturité acquise des dispositifs de gestion de crise permettent d'envisager l'ère post-pandémique. Le temps des retours d'expérience a débuté et il est essentiel que ce travail soit mené à bien pour permettre une évolution des textes et de leurs déclinaisons opérationnelles en vue de nouvelles urgences sanitaires, de type pandémique ou autre.

1.1. Les « faiblesses » de l'architecture sanitaire mondiale

1.1.1. Les lacunes des systèmes de santé mis en lumière par la pandémie

Le système de santé publique international s'est progressivement construit à travers un processus d'institutionnalisation qui s'est concrétisé par la création de l'OMS en 1948 mais également par le développement d'une diplomatie sanitaire et d'un droit international à la santé. La perspective de sécurité inhérente à la santé s'est ensuite développée avec la volonté d'élaborer des politiques publiques de santé permettant de protéger les États face à un risque sanitaire. Face aux épidémies successives, l'OMS devient alors garante de la sécurité sanitaire à l'échelle mondiale et l'institution référence en matière de riposte aux urgences sanitaires. Mais très vite, le multilatéralisme est délaissé au profit du bilatéralisme, ce qui interroge quant à la gouvernance du système de santé international (Maillard, 2018).

À travers un constat déjà porté, à l'époque de la Grèce antique sur la peste d'Athènes, le DG de l'OMS, le Docteur Tedros Adhanom Ghebreyesus fait à son tour un constat qui paraît alarmant : « Près de deux millénaires et demi plus tard, la pandémie de COVID-19 a démontré que si beaucoup de choses ont changé, beaucoup d'autres n'ont pas changé » (Adhanom Ghebreyesus Tedros, 2022).

² Omicron est un variant du coronavirus responsable de la Covid-19 dont le premier cas a été détecté le 9 novembre 2021

Le virus a douloureusement affecté nos sociétés. Plus de 90 % des systèmes de santé ont été dépassés et, à ce jour, plus de **6,4 millions de personnes ont perdu la vie**³, y compris des professionnels de la santé. Des mesures fortes ont ralenti, parfois même suspendu, les activités de production, de distribution, de services etc., et « l'économie mondiale a été plongée dans sa plus grave récession depuis la Seconde Guerre mondiale, plongeant **135 millions de personnes dans la pauvreté** et déclenchant des mesures de relance de plusieurs milliers de milliards de dollars ». (Dr Tedros, 2022, p.5). Cette pandémie montre un impact économique sans aucune comparaison possible avec les épidémies connues. Les pertes sont estimées par ailleurs à plus de **12 000 milliards de dollars**. Le secteur de l'éducation a montré une chute significative du nombre d'élèves scolarisés, et les investissements dans le domaine de la transition énergétique ont baissé de 30 % (Van Kerkhove, Maria, 2022). En définitive, le monde entier et l'ensemble des secteurs devraient tirer les leçons de la plus grande crise sanitaire de ce siècle « pour construire un monde plus sain, plus sûr et plus juste » et « saisir cette opportunité avant que le monde ne passe à d'autres priorités » (Dr Tedros, 2022, p.7).

Face à une imperfection du système de santé mondial, l'OMS a mis en place un groupe indépendant pour la préparation et la riposte en cas de pandémie afin de « conduire un examen impartial, indépendant, et complet de la riposte sanitaire internationale face à la Covid-19, ainsi que de l'expérience acquise et des leçons tirées de cette riposte, et formuler des recommandations pour améliorer les capacités en vue des crises futures ». Un premier rapport « COVID-19 : faites-en la dernière pandémie » a été publié en mai 2021. Ce rapport contient les conclusions de l'évaluation et les recommandations d'actions du groupe d'expert pour améliorer les **capacités de prévention, de préparation et de réponse** en cas de nouvelle menace sanitaire (Blake, 2021).

Le bilan semble être le suivant : un système lacunaire et non adapté pour une sécurité sanitaire collective, tant d'un point de vue de la gouvernance, que de la surveillance ou du système d'alerte. Un consensus reconnaît désormais la nécessité de maintenir un système multilatéral et de coopération internationale efficient. Assurer une riposte appropriée à une alerte sanitaire requiert une mobilisation de l'ensemble des acteurs autour de principes internationaux tels que la solidarité, l'existence de biens publics communs, le partage des informations et le transfert des technologies (Balmond, 2021). Les systèmes de santé, nationaux et internationaux se doivent d'être résilients et de se renforcer face à un risque sanitaire.

Dans son livre blanc rédigé pour consultation, le DG de l'OMS souligne la nécessité « d'investissements intelligents permettant une collaboration et une action collective et coordonnée » (Adhanom

³ Les données de suivi à l'échelle mondiale sont actualisées et peuvent être consultées en ligne (*COVID-19 Map*, s. d.)

Ghebreyesus Tedros, 2022). En effet, la Covid-19 a malmené le multilatéralisme institutionnel. Aux premiers stades de la crise, les États ont privilégié une réponse unilatérale et individuelle. Cette **nationalisation de la riposte** s'est manifestée par la revendication du principe de souveraineté par les pays et le retour des frontières étatiques. En vertu du fait que la santé relève d'une compétence nationale, les pays se sont affranchis des recommandations internationales, ont remis en cause la gouvernance de l'OMS et ont adopté leurs propres mesures de gestion de crise : rapatriement, déclarations d'état(s) d'urgence etc. (Maurel, 2020). Les contrôles aux frontières ainsi que leurs fermetures ont d'ailleurs représenté des mesures phare décidées par les États pour tenter d'endiguer la propagation du virus (Balmond, 2021). Par la suite, des alliances entre pays se sont développées : place à la solidarité bilatérale. La France a donc développé un lien avec la Chine pour l'échange de matériel, un partenariat franco-italien a été contracté et des évacuations sanitaires, autrement dit des transports médicalisés de patients, ont été effectuées de la France vers l'Allemagne. Néanmoins, la France ainsi que d'autres pays favorables à une riposte collective ont affirmé leur souhait de revoir le système multilatéral de santé pour une meilleure gestion de la pandémie et celles à venir (Maurel, 2020). Comme le mentionne la diplomate internationale interrogée, *« il existe une tension de fond entre coopération internationale et souveraineté sanitaire. C'est en réalité un juste équilibre à trouver entre les deux »* (Ariane LATHUILLE, diplomate internationale, 2022).

Au-delà d'une **gouvernance fragmentée et inadéquate** pour une réponse efficace, le Groupe indépendant pour la préparation et la riposte en cas de pandémie note des défaillances inhérentes aux systèmes de santé. Tout d'abord, le **système de surveillance** multisectorielle (prenant en compte un lien entre santé humaine, santé animale et santé environnementale) et collaborative pour la détection des maladies émergentes et/ou des menaces est estimé comme étant trop limité. Ce manque d'anticipation marque comme conséquence un faux départ dans la course à la gestion de la pandémie, notamment en termes de recherche sur le virus et de déploiement des stratégies préventives ou curatives qui en résultent. Les **procédures d'échange d'informations et le partage des données** ont, quant à eux, été trop lents pour pouvoir envisager une réponse rapide. Ainsi, les pays n'étaient pas en mesure d'avoir une préparation adaptée et une riposte rapide du fait d'un « sous-investissement » des capacités nationales. Le financement semble avoir été respectivement trop restreint puis trop tardif face à un besoin considérable en matière d'équipements et de matériels médicaux, de développement d'outils de diagnostic, de prévention avec la vaccination ou de mise au point d'autres instruments médicaux. Enfin, il est à noter que de nombreux pays ont tardé à prendre en considération l'USPPI déclarée fin janvier et ont préféré adopter une « attitude attentiste » face à la situation. Ajouté à un manque de planification de la part des États malgré le risque accru d'apparition de maladies zoonotique, le retentissement a été aggravé (Blake, 2021).

Pour finir, les systèmes de santé ont manqué de **résilience** face à cette urgence sanitaire, ce qui « s'est manifesté non seulement par des soins d'urgence sous-optimaux pour les patients atteints de la COVID-19 mais aussi par l'interruption d'autres services de santé essentiels, qui ont tous deux été les principaux facteurs des coûts humains et économiques indirects de la pandémie » (Tedros, 2022, p.42).

Plusieurs rapports ont été réalisés dans l'objet de centraliser les leçons tirées de la pandémie. En ce sens, le Comité d'examen du fonctionnement du Règlement Sanitaire International a été chargé d'examiner l'application du RSI, texte directeur pour la sécurité sanitaire mondiale, pendant la riposte à l'épidémie. (Organisation mondiale de la Santé, 2021i).

1.1.2. Le manquement à la mise en œuvre du Règlement Sanitaire Internationale dont le champ d'application semble « trop étroit »

Dans la lutte contre l'émergence ou la résurgence de maladies infectieuses, le Règlement Sanitaire International est l'instrument central pour maintenir la sécurité sanitaire à l'échelle mondiale. Par ailleurs obligatoire, il a été adopté par tous les États membres de l'OMS comme une réglementation commune. Dans un contexte favorable à la dissémination de virus et plus largement de maladies infectieuses, par le biais d'échanges et de déplacements internationaux de plus en plus fréquents, il semble fondamental de bénéficier d'un texte régissant les conduites à tenir en cas de menaces sanitaires. L'objet et la portée du RSI, dont la dernière révision date de 2005, consiste donc à « prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux » (Règlement Sanitaire International (2005), 2005). Ainsi, comme le résume parfaitement une déléguée interministérielle pour la France : « *Aujourd'hui, le système de sécurité sanitaire repose sur un **seul instrument contraignant** qui est le Règlement Sanitaire International.* » (Anne-Claire AMPROU, déléguée interministérielle, 2022).

De manière opérationnelle, le RSI vise à inciter les États à prendre un engagement fort pour acquérir et maintenir ses capacités dans le triptyque détection – alerte - réponse face aux menaces ainsi qu'aux urgences de santé publique. Il « troque un léger abandon de souveraineté de la part des États signataires contre un renforcement de la sécurité sanitaire au niveau mondiale. ». Ce compromis se traduit notamment par un principe de **transparence** via la transmission d'informations à l'OMS concernant une éventuelle menace internationale pour la santé publique mais aussi par un principe de respect des mesures de gestion prévues dans le présent règlement. Néanmoins, la pandémie a remis en cause la mise en application par les États du texte juridique normalement contraignant

(Houssin, 2020). En outre, ce n'est pas la première fois que le RSI est controversé puisque certains événements passés tels que la crise du SRARS, la pandémie de grippe H1N1 ou celle causée par le virus Ébola ont conduit à son évolution à plusieurs reprises (Houssin, 2016). Comme le mentionne un chef de projet spécialiste du RSI : « *Le problème n'est pas dans le RSI, mais dans le défaut de connaissance et de compréhension du RSI qui est mal appliqué, mal maîtrisé.* » (Yves IBANEZ, Chef de projet expert RSI, 2022)

Le Comité Indépendant de Révision du RSI identifie les principales faiblesses actuelles du texte et de sa mise en œuvre. Le constat porte globalement sur la préparation insuffisante des États concernant le triptyque détection – alerte – réponse, les capacités limitées de l'OMS à vérifier et communiquer à l'ensemble des États des informations sur les événements susceptibles de constituer une urgence sanitaire et les limites que constitue le système d'alerte actuel, trop binaire et fondé sur la seule notion de Santé Publique de Portée Internationale alors qu'une gradation des niveaux d'alertes semblerait nécessaire (Organisation mondiale de la Santé, 2021i).

En vertu de son article 2, le principe même du RSI a été remis en question par les mesures prises, particulièrement aux frontières, alors que le texte se donne pour objectif la lutte contre la diffusion internationale des maladies « sans entrave inutile au transport et au commerce ». Les États ont également été confrontés au niveau réel de leur préparation contre une pandémie liée à un virus respiratoire. En effet, l'implémentation des capacités fondamentales inscrites dans le cadre du RSI a été très hétérogène et nous avons pu observer un manque de corrélation entre le niveau de préparation, déterminé par une évaluation au RSI, et les résultats obtenus par les pays en termes sanitaires dans la gestion épidémique (Organisation mondiale de la Santé, 2021i). Un travail est essentiel sur ce sujet et « *la question pour les pays serait de se soumettre à des évaluations pour au moins avoir une image plus fidèle du niveau de préparation des uns et des autres.* » (Ariane LATHUILLE, diplomate internationale, 2022).

Certains aspects juridiques ont également été remis en cause par la Covid-19. Bien que contraignant en théorie, l'absence d'instance de règlement des conflits ou de contrôle de la compliance aux dispositions obligatoires, notamment en matière d'alerte et de transparence, laisse reposer la bonne application du règlement sur le seul bon vouloir des États. L'organisation ne possède donc **aucun pouvoir de sanction** sur les États. Ce facteur semble avoir favorisé les tensions géopolitiques et avoir contribué à la substitution de la coalition mondiale par « la confrontation internationale et la polémique ». Pour exemple, la Chine a fait l'objet de nombreuses accusations de la part des Américains qui ont dénoncé des dissimulations d'informations, des conflits d'intérêts, une négligence dans la prise en considération du risque sanitaire mais aussi une déresponsabilisation de la part de l'État dans la

propagation mondiale du virus (Houssin, 2020). En résumé, « *c'est la première chose : ce qui a dans le RSI est bien mais n'a pas été efficace donc la première question est : comment modifie-t-on le RSI pour qu'il soit efficace sur son champ d'intervention ?* » (Anne-Claire AMPROU, déléguée interministérielle, 2022)

Le champ d'application est un autre élément qui peut être discuté dans le cadre du RSI. Bien que ce dernier soit défini comme « **la pierre angulaire** » du système de sécurité sanitaire international il semble que les limites de son périmètre soient désormais trop restreintes face aux risques sanitaires de l'avenir. Les États ont régulièrement dû prendre des décisions aux conséquences importantes dans un contexte de fortes incertitudes. Certaines mesures se trouvant hors du cadre du RSI ont été décidées et appliquées pour tenter de freiner la circulation du virus et de limiter les répercussions sur les systèmes de santé mais aussi sur les autres secteurs. Ce contournement du règlement souligne la nécessité d'adopter une approche intégrant l'ensemble de la société et de ses enjeux, qui ne sont pas seulement ceux de la santé publique, même si cette dernière doit rester au premier plan dans ce type de situation. La déléguée interministérielle chargée de la négociation d'un nouvel accord international sur les pandémies souligne le fait suivant : « *Les futures pandémies seront d'origine animale. Et donc, on est obligé de raisonner avec un périmètre plus large, santé animale, santé humaine, santé environnementale, c'est tout ce qu'on appelle une seule santé* » (Anne-Claire AMPROU, déléguée interministérielle, 2022). En effet, adopter l'**approche « One Health »** semble fondamentale pour prévenir et anticiper les alertes sanitaires de type pandémique, sans doute d'origine zoonotique. En outre, certaines thématiques ne rentrent pas dans le cadre du RSI mais représentent d'ores et déjà les menaces de demain. Nous pouvons citer comme exemple, la lutte contre l'**antibiorésistance** qui peut être assimilée à une pandémie silencieuse. La personne interrogée et nommée à la DINAP explicite : « *C'est l'antibiorésistance (rire) le débat actuel, qu'on ne veut pas mettre dans le RSI [...], et donc on voit bien qu'en termes de périmètre, d'origine même d'une pandémie le RSI ne suffit pas* » (Anne-Claire AMPROU, déléguée interministérielle, 2022).

Enfin, une des failles du RSI, exposée notamment par la France, serait de ne pas assez prendre en compte l'intérêt de l'échelon régional dans une urgence potentielle de santé publique de portée internationale. En effet, la gestion de la crise semble avoir mis en exergue l'importance des **coordinations régionales** articulées dans un cadre multilatéral, pour permettre l'adoption de mesures cohérentes, proportionnées et suffisamment précoces dans de larges ensembles géographiques. « Les avantages de la solidarité entre des pays unis par une frontière et des valeurs communes devraient être évidents » (PRATS-MONNE, et al., 2021). Actuellement, un événement doit répondre aux critères d'impact sur les voyages internationaux pour être considéré comme une Urgence de Santé Publique

de Portée Internationale. D'autres événements importants tels que ceux liés à la résistance aux antimicrobiens (RAM) ou à d'autres maladies infectieuses sont négligés à cet égard. Pourtant, ils sont importants et nécessitent une mobilisation mondiale mais également régionale renforcée. D'autre part, la déclaration d'un événement au niveau régional permettrait de mobiliser les ressources nécessaires et appropriées au regard de l'échelle de l'alerte déclarée.

Finalement, il convient de noter qu'une coordination à deux niveaux permettrait de sensibiliser la solidarité internationale et de déterminer un cadre général commun, tout en portant attention et prévoyant une adaptation aux spécificités géographiques. Par ailleurs, ce mode de fonctionnement faciliterait la mise en place du principe d'équité.

1.1.3. Le caractère multidimensionnel des inégalités révélées et exacerbées pendant la crise

Alors que de nombreux pays lançaient un appel à la solidarité, la pandémie a montré que le multilatéralisme n'était pas à la hauteur de l'exigence du partage. Le **principe d'équité** est défini comme étant « le principe modérateur du droit objectif (lois, règlements administratifs) selon lequel chacun peut prétendre à un traitement juste, égalitaire et raisonnable ». Pourtant, l'épidémie mondiale a mis en lumière les inégalités et les a exacerbées. Tous les États ont eu tendance à « tirer la couverture de son bord » tout en exprimant en parallèle une volonté de coalition internationale. Nous avons pu observer « une forme de duplicité » : afficher la solidarité réclamée par les organisations internationales mais défendre des choix égoïstes lorsque cela apparaissait nécessaire et possible, ce qui a entraîné en particulier la course aux masques, aux traitements et enfin aux vaccins » (Balmond, 2021).

En octobre 21, le Conseil mondial de suivi de la préparation (Global Preparedness Monitoring Board – GPMB), organe indépendant de surveillance des capacités de préparation aux urgences sanitaires, publie un rapport reflétant un **monde « brisé, inéquitable, irresponsable et divisé »** par les inégalités et qui devrait être profondément réformé sur des « **principes d'équité, de solidarité, d'inclusivité et de réciprocités, responsabilités et transparence, durabilité et action** » (Conseil de surveillance de la préparation mondiale, 2021).

La question du vaccin s'est particulièrement posée, entraînant avec elle d'autres interrogations, comme celles liées à l'accès aux outils de santé de manière équitable et à des prix abordables pour

tous les pays, mais aussi celles liées à la propriété intellectuelle⁴. Comme le mentionne le conseiller expert interrogé « *Nous avons des clés pour contribuer individuellement à une préparation collective dans le RSI mais il n’y a pas de réelle solution pour un accès équitable aux produits de santé comme les médicaments, outils de dépistage ou vaccins.* » (François ESMYOT, conseiller expert à la MAEI, 2022)

De nombreuses données épidémiologiques illustrent et démontrent des disparités entre les pays développés et les pays aux revenus faibles ou intermédiaires. D’après le GPMB, « L’accès aux vaccins et aux traitements est déterminé par la nationalité et la position dans la société, et non par le besoin ou la nécessité » (Conseil de surveillance de la préparation mondiale, 2021). Les chiffres sur la couverture vaccinale dans les différents pays du globe confirment ce déséquilibre dans la protection de la santé des individus en fonction de la richesse des pays. Aujourd’hui, **seuls 20 % des habitants des pays pauvres ont reçu au moins une dose**⁵. La carte ci-dessous relève d’un *benchmark* global et illustre notamment que les pays considérés comme riches tels que le Canada ou les pays européens vaccinent plus et plus vite que les pays en voie de développement comme les pays d’Afrique⁶ :

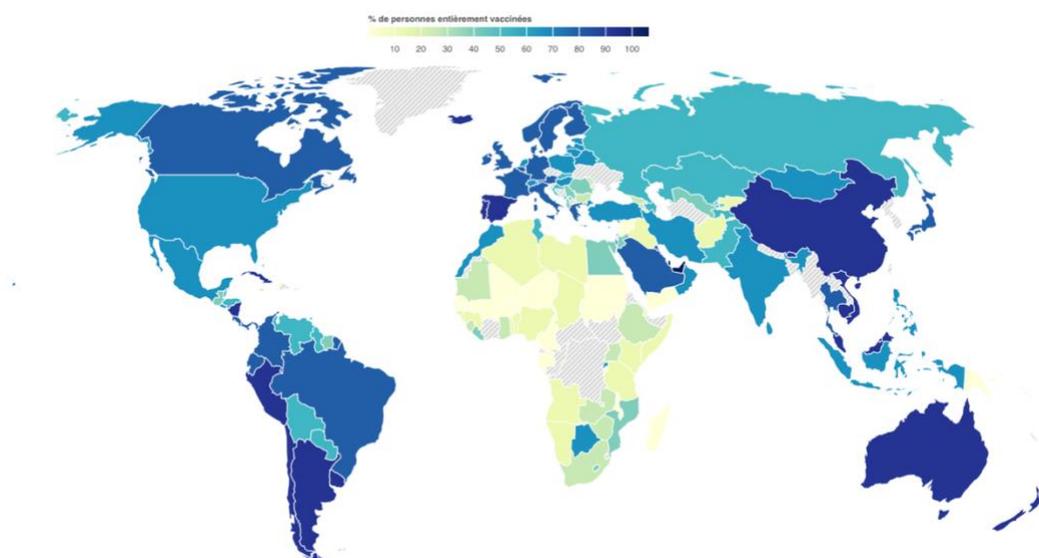


Figure 1 : carte représentant la couverture vaccinale dans les différents pays du monde à date du 05 août 2022

En décembre 2021, tandis que l’OMS recommande une couverture vaccinale de 80 % pour les personnes âgées qui incarnent une communauté à risque, le continent africain enregistre seulement 10 % de personnes âgées entièrement vaccinées. En ce qui concerne la population générale, le pourcentage est estimé à cette même période à 18 % (AfriqueRenouveau, 2022).

⁴ La propriété intellectuelle est le domaine comportant l'ensemble des droits exclusifs accordés sur des créations intellectuelles. Elle regroupe la propriété industrielle et la propriété littéraire et artistique. La propriété industrielle a plus spécifiquement pour objet la protection et la valorisation des inventions, des innovations et des créations (INPI, 2015).

⁵ Les données actualisées peuvent être consultées en ligne (Ritchie et al., 2020) :

⁶ Les données actualisées peuvent être consultées en ligne (*Understanding Vaccination Progress by Country*, s. d.). Toutes les doses, y compris les doses de rappel sont comptabilisées.

Une mobilisation politique multilatérale avait pourtant été lancée en avril 2020 pour promouvoir et mettre en place un accès universel aux contre-mesures médicales⁷. L'objectif a été de considérer les produits de santé nécessaires à la lutte contre le virus comme étant des **biens publics mondiaux**. Cette collaboration extraordinaire a donné naissance au dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la Covid-19 (**Dispositif ACT-Accelerator**)⁸. La déléguée interministérielle pour la négociation d'un accord sur les pandémies décrit son intérêt : « *On a tout le sujet du principe d'équité dans une réponse ou même dans une préparation, et notamment l'accès aux produits de diagnostic, aux traitements, aux vaccins [...]. La réponse a été dans la création d'un instrument nouveau, qu'on appelle ACT-A* » (Anne-Claire AMPROU, déléguée interministérielle, 2022). Cette initiative, relevant de collaborations mondiales et régionales, « vise à accélérer la mise au point et la production de produits de diagnostic, de traitements et de vaccins contre la COVID-19 et à en assurer un accès équitable ». Elle est composée de trois volets : vaccins (Branche COVAX), produits de diagnostic, traitements et systèmes de santé (notamment les équipements de protection individuelle (EPI)) ; qui s'appuient sur un dispositif transversal : le connecteur de systèmes de santé (HSC) ; et d'un axe de travail : accès et allocation (Organisation mondiale de la Santé, 2021). Ce dispositif, certes critiquable et imparfait, a tout de même permis aux pays aux revenus faibles et intermédiaires d'obtenir plus de **148 millions de tests de diagnostic** à des prix réduits. Elle a également soutenu la distribution de plus de **275 millions de doses** dans le monde (Groupe des Nations Unies pour le développement durable, 2021). Une charte, soutenue par la France, est finalement adoptée par les membres du conseil de facilitation ACT-A en février 2021 (Annexe 7).

Les vaccins développés en un temps record par l'industrie pharmaceutique, pour tenter d'endiguer la pandémie et de protéger les personnes les plus à risque, sont protégés par le **droit de propriété intellectuelle** et particulièrement par des droits de brevet. Ce point devient alors problématique, dans le cadre de la Covid-19, pour pallier les capacités insuffisantes de production de doses vaccinales, malgré les initiatives COVAX (Grudler, 2022). En effet, la propriété industrielle confère un droit exclusif de production, fabrication, commercialisation et permet à l'industriel disposant de ce droit d'affaiblir la concurrence mais aussi d'assurer une certaine rentabilité avant que le brevet ne tombe dans le domaine public et par conséquent qu'il ne soit accessible (Cours de Diplôme Universitaire sur la propriété industrielle de l'entreprise, protection de l'invention, Delaveau, 2019). Ce fonctionnement aurait constitué un réel obstacle dans la lutte contre le virus pour les États qui souhaitaient développer leurs capacités de production. Certains États se sont alors positionnés en faveur d'une levée des

⁷ « Par contre-mesures médicales, on entend tout médicament, dispositif médical ou autre bien ou service permettant de répondre à une menace grave sur la santé » (Assemblée nationale - Union européenne : acquisition de contre-mesures médicales, 2017)

⁸ Résumé du dispositif ACT-A : (Organisation mondiale de la Santé, 2021f)

brevets sur les vaccins et traitements anti-Covid mais cette proposition est encore amplement controversée (Grudler, 2022).

En outre, ce point génère une interrogation supplémentaire : celle du **transfert de technologies**. Emmanuel Macron déclare en mai 2021 : « Ce qui rend difficile l'accès aux vaccins aujourd'hui, c'est le transfert de technologie et la capacité à produire. Vous pouvez transférer la propriété intellectuelle à des fabricants pharmaceutiques en Afrique, ils n'ont pas de plateforme pour produire de l'ARN messenger ». Par conséquent, il y aurait une nécessité de suspendre les droits de propriété intellectuelle mais aussi de transférer les savoirs et les technologies essentiels à la production des outils de lutte contre la pandémie (Cassier, 2022). Toujours dans la quête d'une **couverture sanitaire universelle** (CSU)⁹, le « centre de transfert de technologie pour les vaccins à ARNm » a vu le jour début 2021. Ce centre a pour vocation d'aider les pays aux revenus faibles et intermédiaires à produire leurs propres vaccins ou autres outils, et développer leur propre domaine de recherche et développement par le biais de formation, de partage des techniques, de soutien financier (Conseil de l'Union européenne, 2022a). Néanmoins, même si de nombreux pays, accompagnés des Organisations Non Gouvernementales (ONG) et associations, soutiennent ces initiatives, il convient de souligner la forte dénégation exprimée par d'autres acteurs tels que les industries pharmaceutiques ou certains pays comme d'Allemagne (Grudler, 2022).

Enfin, au sein des pays eux-mêmes, le virus a eu un effet particulièrement dévastateur dans les **populations vulnérables** et a davantage touché de manière disproportionnée les plus pauvres (Adhanom Ghebreyesus Tedros, 2022). La crise a non seulement aggravé les inégalités sociales, économiques, d'âge, de genre mais en a également créé de nouvelles. D'après le HCSP, elles peuvent être « en lien direct avec le virus : surmortalité dans les territoires les plus pauvres, séroprévalence, incidence » ou « indirects [...] : santé mentale, violences intra-familiales, sédentarité, insécurité et comportements alimentaires, retentissement scolaire » (HCSP, 2021). De nombreuses enquêtes quantitatives et qualitatives menées par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) (INSERM, 2020), l'Institut pour la Recherche en Santé Publique (IReSP) (Bajos Nathalie et al., 2020), l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) (Tavernier et al., 2020) et autres organismes tentent de mettre en évidence ces **disparités intra et inter-populationnelles**.

La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) fait un premier état des lieux des disparités sociales liées au virus en France dans un dossier paru le 10 juillet 2020 (Dubost et al., 2020). Elle révèle, par exemple, que le risque de développer une forme grave de la

⁹ CSU : situation dans laquelle toutes les personnes et toutes les communautés bénéficient des services de santé dont elles ont besoin sans se heurter à des difficultés financières

maladie dépend du gradient social. En effet, la part de la population touchant les revenus les plus faibles a « une fois et demie plus de risque » d’avoir une comorbidité liée au virus que la part de la population touchant les revenus les plus élevés. En outre, les cadres seraient moins exposés que les ouvriers. La condition socio-économique influe donc sur le risque d’exposition au virus. Par exemple, « le risque de contagion est plus élevé pour les personnes vivant dans des logements collectifs », telles que les personnes sans domicile ou vivant dans des logements précaires surpeuplés (Robert, Richard, 2021). Le modèle de Blumenshine traduit ci-dessous permet d’étudier les hétérogénéités sociales face à la Covid-19 en se basant sur trois critères (Dubost et al., 2020) :

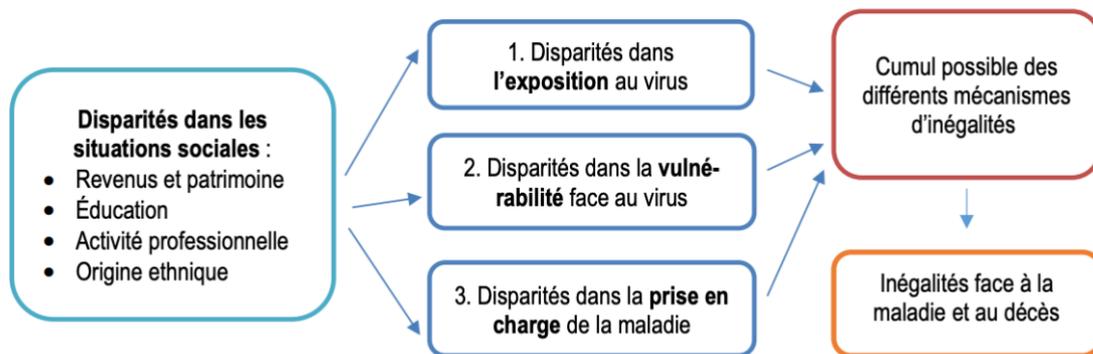


Figure 2 : Modèle de Blumenshine (2008), étudiant les disparités sociales face à une épidémie

La crise n’a pas seulement aggravé les inégalités déjà existantes mais en a provoqué de nouvelles, particulièrement liées au confinement. L’Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) publie une étude en décembre 2020 qui révèle par exemple une différence de traitement entre les travailleurs face au télétravail et au chômage partiel, largement déployés pendant la crise pour tenter de « limiter les pertes d’emploi ». Plus précisément, pendant le confinement¹⁰, le télétravail a concerné 81 % des cadres, contre 4 % d’ouvriers et 18 % d’employés non qualifiés. À l’inverse, le chômage partiel a davantage touché les ouvriers et les employés avec respectivement 54 % et 36 % de ces catégories socio-professionnelles concernées par cette mesure, contre 26 % pour les cadres (Tavernier et al., 2020).

¹⁰ Le confinement a débuté le 17 mars 2021 et s’est terminé le 3 mai 2021.

Enfin, certaines populations considérées comme vulnérables ont spécifiquement été frappées par la pandémie. Les femmes en sont la parfaite illustration : « majoritaires dans les métiers de la santé et du social, les femmes ont été en première ligne dans la réponse sanitaire apportée à la crise, ont eu à supporter une charge informelle plus élevée au sein des ménages tout en étant plus exposées aux risques de violences conjugales » (Dubost et al., 2020). D'après l'étude de l'INSEE, « les femmes ont assumé l'essentiel des tâches domestiques » par rapport aux hommes :



Figure 3 : infographie - mise en évidence des inégalités de genre liées à la pandémie

Bien d'autres facteurs d'inégalités liés à la pandémie auraient pu être décrits. Les exemples présentés ci-dessus tentent, par ailleurs, de mettre en évidence la possibilité d'une « **double ou triple peine** » pour les personnes cumulant les risques d'exposition, de vulnérabilité et de prise en charge déficiente. Ces disparités ont été suffisamment démontrées dans le retour d'expériences de la pandémie. Il s'agit désormais de les prendre en considération et d'élaborer des politiques publiques adaptées aux diverses communautés et catégories populationnelles dans la prévention, la préparation et la riposte à une urgence de santé publique.

Finalement, comme le résumé le DG de l'OMS : « La pandémie de COVID-19 continue de souligner la nécessité d'une architecture de préparation, de réponse et de résilience aux urgences sanitaires plus forte et plus inclusive » (Adhanom Ghebreyesus Tedros, 2022).

1.2. Les nouvelles priorités politiques et les nouveaux enjeux de santé publique, visant à revoir l'architecture mondiale

La pandémie de Covid-19 a rappelé l'importance d'une sécurité sanitaire collective dans laquelle chacun, de manière individuelle, devrait être impliqué pour mieux prévenir les menaces sanitaires mais également mieux s'y préparer. Elle a souligné l'**interdépendance** entre la santé et les autres systèmes (médico-sociaux, socio-économique, environnemental, politique et les autres déterminants de santé, etc.). Aussi, elle a gratifié la notion de prévention, trop souvent oubliée. La crise semble alors être une occasion de remodeler profondément nos systèmes et de réviser la politique de santé dans son ensemble. Tous ces facteurs sont eux-mêmes interconnectés et devraient être abordés collectivement pour penser des actions pertinentes en vue de renforcer les capacités de riposte à une USPPI.

1.2.1 La santé publique au cœur des priorités politiques

La crise a poussé les États à reconsidérer leurs lignes directrices et « *en termes de priorité politique, LA SANTÉ est redevenue une priorité* » (Anne-Claire AMPROU, déléguée interministérielle 2022). Les **actions de santé publique** et la mise en œuvre de politiques de santé sont fortement exposées depuis les débuts de la pandémie. Les opérations de soutien aux systèmes de santé telles que les confinements, les allocations budgétaires, les mesures sociales ont dû parfois être prises aux dépens des autres systèmes qui administrent notre société. Pour lors, la politique de santé peut être définie comme étant « une action volontariste des autorités gouvernementales fixant des objectifs de santé [...] ». L'idée de santé publique est donc au cœur de toute politique de santé » (Géoconfluences, 2022). En outre, d'après le Code de la santé publique, « elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins » (Chapitre 1er : Politique de santé., 2016). Et, comme expliqué précédemment, la pandémie et plus largement les urgences sanitaires sont à l'origine de conséquences multidimensionnelles (France diplomatie, 2021). Pièces importantes du puzzle, ces politiques sanitaires s'inscrivent ainsi dans un ensemble complexe qui doit tenir compte d'autres politiques telles que les politiques économiques ou environnementales (Milcent Carine, 2021). La déléguée interministérielle pour la France, Anne-Claire AMPROU précise : « *C'est évident, on voit bien que si on n'a pas une politique de santé publique, une politique de santé forte, les impacts potentiels sur l'ensemble des autres secteurs sont importants. [...] la santé est quand même au cœur de la société* ». Dès lors, la santé constitue une préoccupation majeure pour les décideurs mais aussi pour les populations car un monde en bonne santé conditionne en grande partie le bien-être, la sécurisation et la productivité de notre civilisation.

Désormais, cette dimension semble s'être popularisée et une grande visibilité est attribuée aux acteurs du système sanitaire, qu'ils soient impliqués à l'échelon local (Ex : professionnels de santé), national (Ex : ministères de la Santé), ou international (Ex : OMS). Le monde entier a également été la cible de stratégies de communication notamment pour la mise en place de campagnes de dépistage (campagnes de vaccination) ou la recommandation de gestes préventifs (implémentation des gestes barrières). De nombreux articles, rapports, ouvrages ont été publiés et la diffusion d'informations a été constante durant ces dernières années. L'infodémie¹¹ a, par ailleurs, été un vrai défi dans la détection d'informations erronées et dans la lutte contre leur propagation. « La désinformation et la mésinformation généralisées ont semé la confusion et la méfiance, divisant les familles, les

¹¹ L'infodémie est la propagation rapide et large d'un mélange d'informations à la fois exactes et inexacts sur un sujet.

communautés et les sociétés » (Adhanom Ghebreyesus Tedros, 2022). De ce fait, la pandémie a mis en exergue l'importance des données scientifiques (indicateurs épidémiologiques par exemple) et des messages adaptés aux diverses communautés qui permettent de préserver la véracité des propos scientifiques véhiculés. Anne-Claire AMPROU se questionne quant à « *la place du débat scientifique en termes de priorité politique, qui était le dernier des soucis [avant la crise]* » et souligne sa participation essentielle pour assurer la sécurité de la population « *qui reste toujours une priorité numéro 1* ». Finalement, la science associée à la santé ainsi que **la communication et la pédagogie** sont également des éléments phares dans la priorisation politique des mesures à prendre pour renforcer la sécurité sanitaire.

Inévitablement, la pandémie a obligé les États mais aussi les institutions régionales et internationales à intervenir rapidement et donc à mettre en œuvre des actions dans des délais restreints. Dorénavant, il s'agit de valoriser l'expérience acquise en élaborant de nouvelles politiques de santé publique et en pérennisant les outils innovants qui ont fait preuve d'efficacité pendant la crise. Les nouveaux processus qui en découleront devront permettre des améliorations objectivables, rapides et concrètes. La réflexion doit se faire à différents niveaux. Elle doit être **stratégique et opérationnelle** mais aussi nationale et dans le cadre multilatéral. Il paraît essentiel de voir la crise comme une « opportunité » de mieux prévenir et de mieux se préparer aux prochaines pandémies. Le passage « de la panique à l'oubli » doit être évité à tout prix, car « *le risque est d'oublier le Covid comme on a oublié les crises précédentes sur certains points* » (François ESMYOT, conseiller expert à la MAEI, 2022). Par conséquent, l'ère post-pandémique promet d'être un long processus dans lequel les enjeux de santé publique et plus spécifiquement les enjeux liés la sécurité sanitaire internationale auront toute leur place.

Face à l'émergence de plus en plus fréquente de maladies infectieuses d'origine zoonotique, il paraît essentiel que la population puisse se protéger d'une transmission potentiellement dangereuse. « *Mais avant de décider de combien de vaccins on va donner, si on s'intéressait à comment on évite une pandémie, on y gagnerait tous* » (Anne-Claire AMPROU, déléguée interministérielle, 2022). Ainsi, élaborer une stratégie sanitaire basée sur **la prévention et les soins primaires** apparaît comme étant la première étape d'une suite logique ayant la vocation de donner les clés pour assurer une sécurité sanitaire collective.

1.2.2 La prévention de maladies émergentes par l'approche One Health : un enjeu de santé publique majeur

Selon l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE), « une maladie émergente se définit comme une infection nouvelle, causée par l'évolution ou la modification d'un agent pathogène ou d'un parasite existant, qui se traduit par un changement d'hôtes, de vecteur, de pathogénicité ou de souche ». Une maladie est dite ré-émergente lorsqu'elle « fait irruption dans un nouveau contexte géographique, élargit sa gamme d'hôtes ou enregistre une forte progression de sa prévalence¹² » (Organisation mondiale de la santé animale, 2004). L'OIE estime que **75 % des agents pathogènes émergents seraient issus d'un réservoir animal** (Organisation mondiale de la santé animale, 2022). Les maladies infectieuses, dont 60 % proviendrait d'animaux domestiques et de la faune sauvage (Organisation mondiale de la santé animale, 2022), sont responsables de la mort de **14 millions de personnes** chaque année (Lesage, Madeleine, 2014). Nous pouvons dénombrer des centaines : arboviroses¹³ (Chikungunya, fièvre jaune, etc.), salmonelloses, leptospiroses, grippe porcine, brucellose, etc. Et notre société est confrontée à un nombre de maladies émergentes en hausse. Pour cause, l'augmentation des contacts entre les animaux et les humains ainsi que la destruction des écosystèmes favorisée par les activités humaines. Le risque de transmission entre les différentes espèces est par conséquent augmenté (Gwenaël Vourc'h et al., 2021).

« Une zoonose est une maladie infectieuse ou parasitaire dont les agents microbiens ou parasitaires se transmettent naturellement entre les humaines et les animaux » (Gwenaël Vourc'h et al., 2021). L'homme et l'animal partagent le même environnement depuis la nuit des temps. Pourtant, la croissance démographique incite l'humanité, à développer des villes, à la mondialisation, à la déforestation et à l'agriculture/élevage intensif pour nourrir les populations, etc. Le développement économique et social s'opère au détriment des écosystèmes (Organisation mondiale de la santé animale, 2022). 75 % de l'environnement terrestre et 66 % de l'environnement marin ont ainsi été bouleversés, dénaturés par les activités humaines, afin de répondre aux besoins de ressources toujours croissants. Le **déséquilibre de notre biodiversité**¹⁴ ainsi que la dégradation de notre environnement ne sont pas sans conséquence pour la santé publique. Les interactions étroites et multiples entre les espèces constituent un potentiel danger pour la sécurité sanitaire puisqu'elles favorisent la mutation, la transmission et la propagation d'agents pathogènes à risque (Gwenaël Vourc'h et al., 2021).

¹² La prévalence est un indicateur épidémiologique. Elle mesure l'état de santé d'une population en dénombrant le nombre de cas d'une maladie, à une période donnée et en rapportant ce nombre à la population déterminée.

¹³ Maladies virales dues à un virus transmis par un moustique infecté

¹⁴ La biodiversité désigne l'ensemble des êtres vivants ainsi que les écosystèmes dans lesquels ils vivent. Ce terme comprend également les interactions des espèces entre elles et avec leurs milieux.

L'accélération de l'apparition de nouvelles maladies à potentiel pandémique constitue un risque supplémentaire pour la communauté internationale. À l'aune des 6 épidémies d'origine animale qui ont déjà vu le jour au XXI^{ème} siècle : le SRAS en 2003, la grippe aviaire H1N1 en 2009, MERS-COV en 2012, Ebola dès 2014, le virus Zika en 2016, et probablement Covid-19 depuis fin 2019, il semble impératif de prendre en considération la préservation de la biodiversité et le respect de l'environnement comme étant des **déterminants de santé** (Alla, 2016). C'était également sans compter la dernière épidémie en date : la variole du singe, déclarée comme étant une USPPi en juillet 2022. La pandémie de Covid-19 a rappelé qu'il était important « d'être capable d'identifier en amont les risques, de les prévenir et les limiter, et d'anticiper les émergences afin de mieux nous préparer aux prochaines crises sanitaires, dont les crises pandémiques » (Lesage, Madeleine, 2014).

Bien qu'une prise de conscience soit à souligner, la définition de la santé¹⁵ semble encore individualiste et « majoritairement vue sous le prisme des maladies touchant l'Homme » (ibid.) Ainsi, la pandémie a permis au concept « One Health » ou « Une seule santé » de faire son retour dans les politiques publiques. Né dans les années 2000, cette **approche transversale**, jusqu'alors trop peu appliquée, reconnaît l'existence de liens forts entre la santé humaine et la santé animale, mais aussi leur évolution au sein d'écosystèmes précieux (France diplomatie, 2021). Cette « vision holistique » de penser la santé « se traduit par une organisation et des actions multisectorielles, multidisciplinaires, multi-acteurs, et ce à toutes les échelles, locales, nationales, régionales et mondiale » (Lesage, Madeleine, 2014). La diplomate du MEAE interrogée fait valoir ce principe comme un outil nécessaire à la prévention et la préparation pour les prochaines pandémies (Ariane LATHUILLE, diplomate internationale, 2022).

La prévention des pandémies, par le renforcement de l'approche « One Health » au niveau stratégique et de la gouvernance, par la révision des réglementations en matière de biosécurité¹⁶ et par l'inclusion de certains sujets comme la résistance des antimicrobiens (pandémie silencieuse), reflète un sujet d'actualité dans toutes les discussions pour l'amélioration du système de sécurité sanitaire internationale. Cette politique préventive devrait également permettre de solidifier les capacités mondiales et nationales en matière d'anticipation et d'alerte précoce. En effet, une collaboration quadripartite entre l'OMS, l'OIE, la FAO et le PNUE offre la possibilité d'une gouvernance coordonnée pour fixer des objectifs mondiaux. Harmoniser les systèmes de recherche, de surveillance et

¹⁵ L'OMS définit clairement la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

¹⁶ La biosécurité désigne l'ensemble de mesures visant à réduire les risques de diffusion et transmission de maladies infectieuses chez l'homme, l'animal et le végétal.

d'échanges pourrait favoriser l'identification anticipée d'agents pathogènes à potentiel zoonotique, le partage rapide des données et l'adoption de mesures cohérentes au regard de l'évaluation des risques.

L'approche scientifique « Une seule santé » fait également l'objet de programmes d'actions à l'échelle nationale. En outre, la France soutient amplement cette démarche. Le pays a ainsi déployé, via une action conjointe entre le ministère de la transition écologique et le ministère de la Santé, un plan national santé environnement (PNSE) qui intègre la « prévention des risques sanitaires liés à l'environnement » (Un environnement, une santé - Quatrième plan national Santé environnement, 2021). En outre, des « travaux de recherche, d'expertises, de politiques et de législations » ont pour vocation de décliner opérationnellement ce concept, notamment en matière de zoonoses et de RAM¹⁷ (Santé Publique France, 2022). L'objectif ultime est de renforcer les capacités de prévention pour faire face aux menaces de santé publique qui subsistent. Il s'agit particulièrement de celles associées au réchauffement climatique, à la surconsommation humaine, et aux contacts multipliés entre les espèces qui entraînent un risque accru de développement de nouvelles maladies.

En vertu du fait que le renforcement du système de SSI doit s'appuyer sur le retour d'expériences de la pandémie, il existe désormais une volonté politique d'admettre la prévention comme étant un enjeu de santé publique majeur. Pourtant, même si elle permet d'aboutir foncièrement à une riposte, elle n'est pas une fin en soi. Elle devrait être complémentaire d'une préparation aboutie et d'une politique de riposte robuste afin d'affronter les futurs événements sanitaires mondiaux.

1.2.3 Des actions concrètes visant à renforcer le système de préparation, réponse et résilience aux urgences sanitaires

L'identification des lacunes du système de sécurité sanitaire dans la réponse à la pandémie de Covid-19, par de nombreux examens indépendants, a permis de mettre en lumière les points clés nécessaires au **renforcement de l'architecture multilatérale de santé** pour une préparation, riposte et résilience des systèmes de santé face à des urgences sanitaires plus robustes, plus réactives et plus durables. « Trois principes clés ont [donc] été identifiés » (Adhanom Ghebreyesus Tedros, 2022) :

1. **L'équité**, pour permettre à chaque pays et à chaque citoyen d'avoir les mêmes moyens face à une urgence de santé publique. « L'équité est à la fois un principe et un objectif, pour protéger les plus vulnérables », tels que les pays aux revenus faibles et intermédiaires mais aussi les populations

¹⁷ La résistance aux antimicrobiens survient lorsque les bactéries, les virus, les champignons et les parasites évoluent au cours du temps et ne répondent plus aux médicaments, rendant plus complexe le traitement des infections et augmentant le risque de propagation, de forme grave de la maladie et de décès.

marginalisées (Adhanom Ghebreyesus Tedros, 2022). Ainsi, ce principe d'équité pourrait réduire les impacts sur les systèmes de protection sociale en considérant notamment les inégalités sociales de santé et les inégalités de genre. Un autre objectif principal devrait spécifiquement concerner l'accès universel aux soins, produits et matériels de santé ainsi que le partage d'informations nécessaires à la lutte contre une menace sanitaire. Un point d'attention est à noter sur la déclinaison opérationnelle des objectifs (distribution des technologies de santé par exemple).

2. **L'inclusivité**, « avec l'engagement et l'appropriation de tous les pays, communautés et parties prenantes de l'ensemble du spectre de l'initiative « One Health » » mais aussi les effets transversaux d'un événement sanitaire. Cette démarche inclusive pourrait bénéficier non seulement d'une coordination intersectorielle (pour couvrir les enjeux sanitaires, économiques, sociales, environnementaux, politiques etc.) mais également une approche multi-niveaux et multi-acteurs. Ainsi, elle vise à en finir avec les politiques publiques de portée universelle pour laisser place à une approche « pansociétale »¹⁸ et à une intégration d'un caractère multidimensionnel dans la gestion d'une crise sanitaire (conséquences physiques, sur la santé mentale, l'accès aux soins et au bien-être socio-économique) (Adhanom Ghebreyesus Tedros, 2022).
3. **La cohérence**, avec une gouvernance définie, des systèmes coordonnés, des outils robustes et des États rassemblés autour d'une problématique commune, « en réduisant la fragmentation, la concurrence et les doubles emplois, en respectant les instruments internationaux existants tels que le Règlement Sanitaire International [...], en garantissant une synergie entre les capacités institutionnelles de renforcement des systèmes et de financement, et en fondant les systèmes sanitaires et sociaux nationaux sur la couverture sanitaire universelle et les soins de santé primaires » (Adhanom Ghebreyesus Tedros, 2022). Par ailleurs, il est important que ces propositions prennent en compte les situations spécifiques pour répondre de manière granulaire à des besoins qui peuvent être hétérogènes selon les pays, voire selon les régions. Ce point de vigilance implique particulièrement les éléments relatifs au financement, et aux besoins matériels et humains.

Dans cet objectif de construire un système international solide, il est essentiel de s'appuyer sur **l'interopérabilité et la compatibilité** des capacités nationales afin de détecter et alerter rapidement en cas de menaces à la sécurité sanitaire des populations. Assurément, « à partir du moment où on a une épidémie mondiale, [...] tous les États ont intérêt à ce que les États voisins prennent des mesures

¹⁸ Développement d'une approche qui engage l'ensemble de la société, au-delà du gouvernement et des organismes institutionnels, comprenant la société civile, les communautés et les acteurs non étatiques dans la préparation et la réponse aux urgences sanitaires.

pour limiter la propagation [...] Donc en fait on dépend tous des uns des autres » (Anne-Claire AMPROU, déléguée interministérielle, 2022). De ce fait, la préparation caractérise une étape à ne pas négliger dans la gestion d'un problème sanitaire. Comme le mentionne le DG de l'OMS dans sa note de concept sur le renforcement de l'architecture mondiale, elle doit permettre « l'identification des risques et l'analyse des vulnérabilités pour la prévention et la réduction des risques ».

D'après l'OMS, le renforcement des capacités locales, nationales, régionales et mondiales se fonde alors sur « les trois piliers de l'architecture de préparation et de réponses aux urgences sanitaires » (Adhanom Ghebreyesus Tedros, 2022) :

1. **Une gouvernance** établie, afin d'assurer un engagement politique fort, une réponse homogène, transparente et possible pour tous. En effet, les « systèmes, les structures, les règles et les processus [...] sont nécessaires pour permettre aux gouvernements et aux autres parties prenantes de travailler ensemble efficacement. » La création d'un conseil de haut niveau sur les urgences sanitaires, une modification ciblée du RSI ainsi que la mise en place d'un dispositif d'examen universel constituent des exemples d'action qui pourraient satisfaire cette volonté politique de *leadership*.
2. **Des systèmes et des outils** efficaces, afin d'assurer une prévention améliorée, une détection rapide, une préparation performante et une riposte opérationnelle en temps de crise sanitaire. La surveillance, le contrôle, le partage et la protection des données sont considérés comme les éléments techniques de la préparation aux urgences sanitaires. Un système de surveillance inclusif et harmonisé permet une meilleure protection de la population et « une meilleure réactivité ». Il peut être concrétisé par un partage des informations, des séquences génomiques et des connaissances par le biais de transferts de technologies par exemple. Ainsi, les systèmes de santé plus résilients seraient davantage en mesure de détecter, contrôler et limiter la propagation d'une épidémie. Des mécanismes d'évaluation peuvent quant à eux constituer des outils pertinents pour le contrôle de la préparation à une pandémie et pour le contrôle de sa gestion.
3. **Un financement** durable, soutenable et adapté aux activités de préparation et de réponses aux urgences sanitaires ainsi que leur articulation avec les mécanismes d'évaluation existants ou à venir au niveau global. Par suite, les travaux devraient tenir compte du fait que tous les pays ne disposent pas des mêmes capacités et ressources pour mettre en place des mécanismes et outils de réponse aux pandémies. Le financement et la redevabilité pour la santé sont une préoccupation majeure dans la préparation et la riposte aux événements sanitaires. À titre d'exemple, la création d'un Fonds d'Intermédiation Financière (FIF) et l'extension du fond d'urgence de l'OMS sont des

propositions en cours de discussions qui pourraient permettre de pallier les insuffisances financières observées pendant la crise.

En conclusion, alors que la pandémie n'est pas encore terminée, des décisions ont d'ores et déjà acté le début des travaux pour revoir le système de sécurité sanitaire international. Elles s'appuient notamment sur la volonté des États, et n'hésitent pas à engager la réflexion sur de nouveaux processus qui vont profondément modifier l'architecture de santé mondiale.

II. Les processus pour un renforcement de l'architecture multilatérale de santé

En mai 2021, l'**Assemblée Mondiale de la Santé (AMS)** annonce la création d'un groupe de travail sur le renforcement de la préparation et de la réponse de l'OMS aux urgences sanitaires (WGPR), notamment pour engager les discussions autour d'une révision du Règlement Sanitaire International (2005) dans le but de renforcer son application. Peu après, en décembre 2021, elle organise une session extraordinaire et décide de mettre en place un organe de négociation ad hoc : International Negotiating Body (INB) ayant pour but de rédiger et négocier une convention, un accord ou tout autre instrument international sur la prévention, la préparation et la réponse aux pandémies. Ces deux processus vont alors constituer les fondements pour garantir une sécurité sanitaire à l'échelle internationale. Il est tout de même à noter que le RSI, par sa portée, sa valeur juridiquement contraignante et l'adhésion large des États parties, semble devoir rester le **cœur opérationnel** de la préparation et de la réponse aux pandémies.

2.1 Le retour sur le système d'alerte et de coopération internationale

2.1.1 La constitution et les travaux du groupe de travail sur le renforcement de la préparation et de la réponse de l'OMS aux urgences sanitaires (WGPR)

L'Assemblée Mondiale de la Santé équivaut à « l'organe décisionnel suprême de l'OMS ». L'assemblée se réunit une fois par an à Genève et chaque État membre y est personnifié par ses délégations (Organisation mondiale de la Santé, 2022c). Son rôle principal est de déterminer les lignes directrices des programmes de santé publique en cours et envisagés. Durant la pandémie de la Covid-19, la soixante-quatorzième AMS tenue en mai 2021 engage les discussions autour du renforcement de l'architecture sanitaire mondiale. Elle annonce alors le déploiement d'un « **groupe de travail des États membres sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS face aux situations d'urgence sanitaire** » (WGPR) (Organisation mondiale de la Santé, 2021).

Ce groupe de travail a pour mission la rédaction d'un rapport final centralisant des propositions de mesures concertées, inclusives et ayant pour vocation une architecture de santé solide à l'échelle internationale. Le document a la responsabilité de prendre en compte les contributions étatiques, intergouvernementales ainsi que celles des institutions non étatiques. Les conclusions s'appuient sur un grand nombre de travaux menés par divers acteurs, ainsi que sur l'analyse des rapports suivants, soumis à l'occasion de l'AMS74 :

- Rapport principal du Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie (Organisation mondiale de la Santé, 2022i) ;

- Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du RSI pendant la riposte à la COVID-19 datant du 12 janvier 2021 (Organisation mondiale de la Santé, 2021) ;
- Rapport du Comité consultatif de surveillance indépendant du programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire datant du 5 mai 2021 (Organisation mondiale de la Santé, 2021)

Aussi, le WGPR a pour deuxième mission, l'évaluation des avantages de la mise en place d'un nouvel instrument mondial pour la prévention, la riposte et la préparation en vue de faire face aux prochaines pandémies (Organisation mondiale de la Santé, 2022i).

Le bureau du WGPR est constitué de 2 présidents et 4 vice-présidents dont un représentant français (Organisation mondiale de la Santé, 2021g). Mandaté pendant une année entière, le groupe de travail a pu examiner l'ensemble des recommandations émises par diverses structures. 9 réunions se sont tenues à Genève depuis sa constitution. À l'issue de ces réunions, des rapports ont été publiés, rendant compte de l'avancée des travaux (Annexe 8). À cette occasion, le WGPR a donc impulsé la mise en place d'un processus de négociation pour la révision du Règlement Sanitaire International. En effet, par suite de ces études, il « considère, en vue de l'examen par la session extraordinaire de l'Assemblée mondiale de la Santé, que la voie à suivre devrait, dans le cadre d'une **approche globale et cohérente**, passer par un ou plus processus visant à : [...] b) renforcer le RSI (2005), y compris par son application, le respect de ses dispositions et le soutien aux principales capacités requises au titre du RSI (2005), et d'éventuels amendements ciblés » (Adhanom Ghebreyesus Tedros, 2021).

Comme évoqué spécifiquement dans la partie I de ce document, il paraît désormais primordial de veiller à la bonne mise en œuvre du RSI mais également à son ajustement pour pallier les failles repérées qui ont contribué pour partie à l'échec de la réponse contre le virus. En amont de définir sa position à ce sujet, le WGPR a déterminé d'autres bénéfices mais aussi des risques que pourraient évoquer une adaptation des dispositions à la riposte aux pandémies (Organisation mondiale de la Santé, 2021b). En effet, modifier le RSI permettrait de donner une « priorité aux engagements existants en matière de préparation et de riposte » ainsi qu'aux aspects techniques, en s'émancipant des débats politiques pouvant s'avérer longs et fastidieux en cas de désaccords. Le règlement étant l'unique accord adopté par l'ensemble des États membres à présent, son actualisation permettrait un « processus plus simple que l'approbation de chaque État » pour un nouvel instrument. L'entrée en vigueur des amendements pourrait alors se faire de manière universelle et relativement rapidement.

Néanmoins, le WGPR souligne la **structure complexe du RSI** qui favorise elle-même la difficulté à amender ce dernier sans le rendre encore plus complexe. De plus, le champ d'application du règlement paraît trop restreint, comme expliqué dans la partie I.1.2 de ce document (page 20), mais sa limite est

définie par l'article 21 de la Constitution de l'OMS (Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, 1948). La gestion d'une pandémie outrepassé le périmètre établi pour le RSI et son élargissement demanderait à revoir « les principes fondateurs énoncés dans le préambule de la Constitution de l'OMS ». Il en est de même pour l'article 2 du RSI (Règlement Sanitaire International (2005), 2005), sur la portée du règlement qui introduit un « principe de pondération des risques » plutôt qu'un « principe de précaution », essentiel à la lutte contre les pandémies. L'architecture structurelle nécessiterait d'être alors foncièrement révisée (Organisation mondiale de la Santé, 2021b).

En vertu de la situation scabreuse mais aussi des intérêts que pourraient instituer une accommodation du Règlement Sanitaire International, la prudence semble capitale pour permettre d'améliorer le fonctionnement de ce dernier, sans en changer de manière fondamentale la philosophie. Par conséquent, les amendements devraient porter essentiellement sur les **aspects opérationnels et techniques**. Le défi paraît de taille si l'on tient compte des autres processus en cours d'élaboration qui pourraient à leur tour affaiblir le règlement dans son contenu.

Consécutivement, cette analyse du WGPR, sa préconisation de révision ainsi que ses mises en garde ont incité l'ensemble des parties prenantes à transmettre leurs contributions. Des pourparlers et des processus de négociations se sont alors instaurés au sein des États, des organisations régionales et avec les organismes non gouvernementaux (Renforcement du Règlement sanitaire international (2005) par un processus de révision au moyen d'amendements éventuels, 2022).

2.1.2 Le processus de négociation pour la révision du Règlement Sanitaire International initié par les États-Unis d'Amérique.

Les États-Unis d'Amérique (USA) ont été les premiers à avoir transmis leur **proposition d'amendements** en janvier 2022 (Annexe 9). Le pays a proposé un projet de résolution pour adoption par la soixante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé, qui a eu lieu en mai dernier. Il s'agit de 13 amendements ciblés au RSI qui reprennent et détaillent les propositions diffusées en septembre 2021 dans le cadre du groupe de travail des États membres sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires. Même si le calendrier souhaité par les Américains paraissait d'ores et déjà particulièrement exigu, leur projet a contribué utilement au débat sur le renforcement de la sécurité sanitaire mondiale. De manière générale, ces amendements semblent fidèles aux aspirations du règlement et ne traduisent pas de profond changement structurel de celui-ci. Par ailleurs, ils paraissent se conformer aux critères évoqués dans la partie précédente et dans la partie 1.2.3 (page 33).

Du fait de leur initiative, les Américains proposent d'élargir de manière significative le pouvoir de réactivité de l'OMS. Dans ce cadre, un non-papier dédié aux 13 propositions d'amendements américaines a été rédigé pour les discussions informelles afin d'analyser leur contenu et d'affirmer les **positions françaises** sur ce sujet. Il est présenté ci-dessous :

- Proposition d'amendement n°1 portant sur l'article 5 (Surveillance) :

L'institution d'un mécanisme de revue par les pairs et plus particulièrement l'Universal Health Periodic Review (UHPR), est proposée pour assurer la revue des capacités en surveillance des États. Les Américains mentionnent que l'OMS devra, le cas échéant, élaborer les critères d'alerte précoce et fournir un appui technique aux États afin de mieux anticiper les risques sanitaires.

- Proposition d'amendement n°2 portant sur l'article 6 (Notification) :

La modification vise à assurer un partage plus rapide de l'information en cas d'alertes sanitaires, en rajoutant une obligation de temps en sus de l'obligation existante pour les États de mener une investigation en cas d'alerte (48h à compter de la réception des informations par le point focal national). En outre, en plus de l'Agence Internationale de l'Énergie Atomique (AIEA), d'autres organisations devront être notifiées si cela est pertinent. Il pourra s'agir notamment de la FAO, l'OIE ou du PNUE. Le partage des données sur les séquences génétiques est également mentionné.

- Proposition d'amendement n°3 portant sur l'article 9 (Autres rapports) :

L'amendement proposé abroge l'obligation pour l'OMS de consulter les États affectés par une alerte avant de prendre des mesures et de communiquer les informations aux autres États.

- Proposition d'amendement n°4 portant sur l'article 10 (Vérification) :

Des obligations de temps sont proposées à la procédure de vérification des alertes par l'OMS. Le cas échéant, cette dernière devrait, sous 24 heures après la réception des informations pertinentes, demander à l'État concerné de vérifier ces informations. L'OMS devra aussi proposer une collaboration à l'État affecté pour évaluer la menace dans les 24 heures.

Une nouvelle disposition propose de donner 48 heures à l'État en question pour répondre à la suggestion de collaboration, à défaut de quoi, il sera considéré comme ayant refusé de partager les informations. L'OMS sera alors dans l'obligation (ce qui n'était pas le cas auparavant) de communiquer aux autres pays les informations à sa disposition, sans prendre en compte la position de l'État affecté.

La mention de l'article 9 est également supprimée dans l'objectif d'élargir le champ des sources possibles sur lesquelles un appui est possible pour faire une demande de vérification des États parties.

- Proposition d'amendement n°5 portant sur l'article 11 (Communication d'informations par l'OMS) :

Cette proposition a pour vocation d'élargir les critères de partage d'informations entre l'OMS et les pays, de raccourcir les délais pour plus d'efficacité et de rapidité dans la communication et les notifications d'événements. L'OMS pourrait également prendre en considération des sources tiers et pas seulement des informations transmises par les pays. En sus de cela, elle pourra décider de partager les informations avec les États selon son appréciation, en informant le pays concerné. Les manques de communication des pays concernés par des alertes devront être rapportés par l'OMS lors de l'AMS.

- Proposition d'amendement n°6 portant sur l'article 12 (Détermination d'une urgence de santé publique de portée internationale) :

Cet amendement dispose d'octroyer le droit au DG de considérer des menaces « potentielles » et d'inclure d'autres sources, que celles du pays concerné, dans l'analyse des informations. Il pourrait dès lors informer l'ensemble des États parties et aurait la possibilité de saisir le comité RSI avant de déclarer une USPPI (saisie auparavant obligatoire). En outre, la procédure prévue en cas de désaccord entre le pays concerné et l'OMS est supprimée.

Les modifications proposent un système d'alerte sanitaire intermédiaire ou gradué, afin de pouvoir réagir aux événements qui ne constituent pas une USPPI mais qui nécessitent tout de même une mobilisation. Les directeurs régionaux de l'OMS pourraient aussi proposer une « urgence de santé publique de portée régionale », favorisant la souplesse des mesures d'intervention.

- Proposition d'amendement n°7 portant sur l'article 13 (Action de santé publique) :

L'amendement propose que l'OMS offre, de sa propre initiative (et non plus à la demande de l'État), une assistance technique ainsi qu'une aide à l'évaluation des menaces et des contre-mesures, en cas d'urgence sanitaire. L'État devra accepter ou refuser cette proposition sous 48 heures. En cas de refus, l'État devra justifier les raisons de celui-ci. Le projet mentionne aussi que l'État affecté devra entreprendre des « efforts raisonnables » pour faciliter l'accès au site et l'évaluation par l'OMS.

- Proposition d'amendement n°8 portant sur l'article 15 (Recommandations temporaires) :

Le déploiement d'une équipe d'experts est rajouté comme une recommandation temporaire possible.

- Proposition d'amendement n°9 portant sur l'article 18 (Recommandations relatives aux personnes, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux)

Les USA proposent que le DG OMS mène des consultations avec les agences pertinentes (Organisation Internationale pour les Migrations (OIM), OMS, Organisation de l'Aviation Civile Internationale (OACI)), pour élaborer les recommandations relatives aux transports internationaux. L'amendement dispose que les recommandations temporaires devraient exempter le personnel de santé, les produits et fournitures médicaux essentiels des restrictions de voyage et de commerce.

L'amendement créé une obligation pour les états de faire des « efforts raisonnables » pour garantir des mesures de restrictions de voyages qui n'entravent pas le mouvement du personnel de santé essentiel, n'impactent pas les chaînes d'approvisionnement des contre-mesures et qui permettent le rapatriement des voyageurs concernés.

- Proposition d'amendement n°10 portant sur l'article 48 (Mandat et composition) :

La composition du comité RSI est amendée pour y inclure les directeurs des bureaux régionaux concernés et les experts nommés par d'autres « États parties affectés ». En outre, le DG OMS pourra exiger aux membres d'être formés au RSI avant leur participation au Comité.

- Proposition d'amendement n°11 portant sur l'article 49 (Procédure) :

Les USA proposent une nouvelle disposition qui pourrait permettre au Comité RSI d'exprimer et d'exposer des opinions minoritaires au sein du Comité.

- Proposition d'amendement n° 12 portant sur la création d'un nouveau chapitre IV (Comité de compliance) :

Cet amendement vise à renforcer l'application du RSI par un comité de « conformité et de redevabilité » chargé de promouvoir le respect du RSI, de traiter les litiges et les questions de non-respect, d'aider les pays ne disposant pas des capacités suffisantes, de fournir des conseils pour la mise en œuvre et de faire un rapport annuel à l'AMS.

- Proposition d'amendement n°13 portant sur l'article 59 (Entrée en vigueur : délai prévu pour formuler un refus ou des réserves)

Une disposition est ajoutée pour réduire de 18 à 6 mois le délai autorisé aux États parties pour qu'ils puissent rejeter ou émettre des réserves sur les amendements qui ont été adoptés par l'AMS.

À la suite de cette initiative communiquée par les USA, des groupes de travail se sont formés afin d'échanger à ce propos. À titre d'exemple, l'Union Européenne, en raison de la décision du conseil autorisant « l'ouverture des négociations au nom de l'Union [...] en vue d'amendements complémentaires au règlement sanitaire international, sur la base d'une recommandation de la Commission [Européenne] » a pu mettre en place des discussions coordonnées par le négociateur de

la CE, dans lesquelles tous les États membres de l'UE sont invités à y prendre part (Conseil de l'Union européenne, 2022c). Les pourparlers toujours en cours ont pour vocation d'arriver à un consensus entre les pays, ce qui doit permettre à l'UE de transmettre ses contributions à l'OMS en considération de la position de ses États parties. À cette échelle géographique, des échanges informels entre les États membres de l'UE et la CE se déroulent à Genève tandis que des négociations davantage officielles ont lieu à Bruxelles.

En outre, la Commission économique eurasiatique¹⁹ a soumis à son tour son propre projet avec la modification de 8 amendements ciblés au RSI dont 5 portent sur des articles communs à la proposition américaine. L'UE a également exprimé ses positions dans un non-papier dédié à l'évaluation des modifications proposées par les États-Unis. En parallèle des organisations régionales, les États sont appelés à exprimer leur position de manière individuelle. Ainsi, l'Allemagne et la France ont été les premiers pays à faire part de leur examen concernant les dispositions suggérées par les USA. Et les premières propositions d'amendements intrinsèques aux pays sont en cours de préparation. Pour cela, des groupes de travail interministériels ont par exemple été mis en place à l'échelle nationale entre le MSP et le MEAE afin d'élaborer un projet français distinct en matière de révision du RSI.

2.1.3 Les résultats en cours de la réforme du RSI

En raison de la place prépondérante prise par les concertations sur le nouvel accord international pour les pandémies, le calendrier primitif d'adoption des amendements au RSI a été renvoyé à une date ultérieure, fixée présentement à la 76^{ème} AMS. C'était également sans compter que les États membres de l'OMS n'ont pas immédiatement abdicqué devant le projet des Américains, ce qui accroît la longévité des négociations.

Néanmoins, la 75^{ème} AMS qui a eu lieu en mai 2022 a adopté les **amendements de l'article 59** du RSI (délai prévu pour formuler un refus ou des réserves) (Cinquième rapport de la Commission A - Proposition d'amendements au Règlement Sanitaire International (2005) - Projet d'adoption, 2022). L'adoption s'appuie sur le projet des USA, à l'exception des délais initialement préconisés qui ont été étendus. En effet, comme souligné par exemple par la Commission européenne, certains pays peuvent avoir plus de difficultés à respecter les échéances, particulièrement en cas de modification de législation ou de réglementation imputable à la modification du règlement. Il s'agit notamment des pays aux revenus faibles et intermédiaires. Désormais, les délais sont alors respectivement de 10 et 12 mois à compter de la date de notification pour refuser un amendement ou formuler des réserves, et

¹⁹ La Commission économique eurasiatique représente un espace économique commun. Il regroupe la Russie, la Biélorussie et le Kazakhstan.

pour que l'amendement entre en vigueur. Cet amendement a été largement soutenu. Pour cause, il devrait permettre une implémentation du RSI plus manœuvrable pour les pays. De même, il pourrait accélérer et améliorer les processus de révision afin de répondre de manière plus flexible et plus rapide aux besoins évolutifs ainsi qu'aux avancées technologiques, concernant surtout les systèmes de surveillance.

L'ensemble des autres dispositions sont en cours de discussions. À l'échelon régional, les pourparlers entre la CE et ses États membres, coordonnés par le négociateur européen, ont permis d'aboutir à des matrices d'analyse du projet américain et de suggestions d'amendements. À la date du 10 mars 2022, des matrices ont d'ores et déjà été produites sur la base d'un consensus pour les articles 5, 11, 12, 48 et 49. À l'échelle nationale, la France administre également des groupes de travail interministériels, ce qui lui a permis de rédiger un projet spécifique comportant notamment ses propres propositions d'amendements. Un résumé des matrices et des positions françaises est présenté ci-dessous :

- Analyse de l'amendement portant sur l'article 5 (Surveillance) :

La Commission, en accord avec ses États membres, considère que des discussions supplémentaires sont essentielles pour émettre un avis définitif sur l'intégration de l'UHPR dans l'article 5, au regard de la controverse engendrée. De plus, elle souligne la nécessité d'une cohérence entre le futur mécanisme d'examen par les pairs dédié au RSI et les mécanismes d'évaluation déjà existants tels que les rapports annuels d'auto-évaluation des États-parties (SPAR) ou l'évaluation externe conjointe (JEE)²⁰.

La France, quant à elle, appuie pleinement l'initiative prise par le DG OMS de lancer le mécanisme UHPR, comme mécanisme de surveillance mais aussi comme outil visant à évaluer, identifier les lacunes et renforcer les capacités des États en matière de préparation face aux urgences sanitaires. Pour appuyer ces propos, l'acteur de terrain Frédéric BOYER atteste de « *l'engagement français pour mener un pilote sur le nouvel outil qu'il faut honorer.* » La France considère toutefois l'UHPR comme un outil d'évaluation de niveau stratégique, qui dépasse largement le cadre du RSI. Elle est donc défavorable à son incorporation dans le présent règlement.

- Analyse de l'amendement portant sur l'article 11 (Communication d'informations par l'OMS) :

L'UE soutient globalement la proposition de modification de l'article 11. Néanmoins, elle y ajoute la notion d'« évaluation appropriée par l'OMS » concernant les informations de santé publique disponibles dans le domaine public.

²⁰ « L'évaluation externe conjointe est un processus volontaire et multisectoriel visant à évaluer la capacité d'un pays, à prévenir et détecter les risques de santé publique qui peuvent se produire spontanément ou du fait d'événements délibérés ou accidentels, et à y répondre rapidement »

La France soulève de son côté la nécessité de sécuriser le partage des données. Elle suggère donc que l'OMS mette à disposition des États une plateforme sécurisée d'échanges des informations entre l'OMS et les États mais également entre les États eux-mêmes, en prenant comme modèle le système d'alerte précoce et de réaction EWRS de l'Union européenne²¹.

- Analyse de l'amendement portant sur l'article 12 (Détermination d'une urgence de santé publique de portée internationale) :

Tandis que l'ajout d'une « alerte de santé publique intermédiaire » semble être globalement soutenu par les États membres, l'introduction d'une nouvelle « urgence de santé publique de portée régionale » qui serait déclarée par le Directeur régional fait l'objet de contestations. La Commission propose alors de définir le terme « alerte de santé publique intermédiaire » et d'englober la dimension régionale dans le cadre de la réponse internationale mentionnée par le nouveau paragraphe 6.

Favorable à un niveau d'alerte régional, la France suggère, comme alternative, un nouvel « événement régional de préoccupation mondiale » (REGC) qui pourrait être déclaré par le DG OMS après avoir consulté le Directeur régional de l'OMS concerné par le problème sanitaire.

- Analyse de l'amendement portant sur l'article 48 (Mandat et composition) :

La CE estime que le Comité d'urgence doit être composé d'experts indépendants et non pas des fonctionnaires de l'OMS. Elle propose donc que les Directeurs régionaux soient invités à assister aux réunions sans pour autant être considérés comme des membres à part entière. Exiger une formation au RSI des membres du Comité, en amont de leur participation au RSI, n'est pas une mesure soutenue par les États membres. L'Union, sur le modèle transmis par la France, propose une reformulation qui exige de l'OMS de sélectionner les membres « en assurant la diversité des connaissances, de l'expérience et des approches interdisciplinaires » ainsi que de fournir « tout soutien technique jugé nécessaire » à leur formation.

- Analyse de l'amendement portant sur l'article 49 (Procédure) :

La Commission européenne, alerte sur les risques d'une hétérodoxie au sein du Comité d'urgence mais également sur les conséquences potentiellement engendrées par une exigence de consensus telles que l'inaction. Une réflexion supplémentaire semble alors nécessaire.

²¹ « Plateforme à accès restreint qui permet de surveiller les menaces pour la santé publique dans l'UE. L'accès à cette plateforme et la publication d'alertes par son intermédiaire sont confidentiels et réservés au centre européen de prévention et de contrôle des maladies, aux États membres de l'UE et à la Commission européenne » (*Questions et réponses*, 2020)

- Proposition d'amendement français portant sur les articles 1 (Définitions) :

La France propose l'ajout des définitions suivantes dans l'article 1 du RSI : planification, préparation et réponse ainsi que sources ouvertes et événement régional.

- Proposition d'amendement français portant sur l'article 43 (Mesures sanitaires supplémentaires) :

À propos des mesures sanitaires, la France propose d'ajouter « un principe de proportionnalité » à l'alinéa 1 par rapport à une analyse des risques. Elle recommande également une évaluation régulière des risques. Cet amendement permettrait de tenir compte en priorité des risques sanitaires les plus tangibles. En outre, la France, en accord notamment avec l'Allemagne, propose d'introduire « un principe de précaution » tout en proposant de l'inscrire de manière opérationnelle par un amendement de l'article 43 plutôt qu'une inscription à l'article 2, ce qui mènerait à réviser l'intégralité du RSI pour garantir la conformité de tous les articles à ce principe.

- Proposition d'amendement français portant sur l'article 44 (Collaboration et assistance) :

L'amendement français vise à accentuer les incitations à l'application du RSI, l'intégration des coordinations régionales dans le cadre multilatéral global. Ainsi, il prévoit une collaboration entre l'OMS et l'État-parti pour le « renforce[ment] de la planification, la préparation et la réponse régionales²² à un événement sanitaire, en étroite coopération avec les bureaux régionaux de l'OMS et les organisations régionales ».

- Proposition d'amendement français portant sur l'article 54 (Présentation de rapports et examen) :

La France aspire à une disposition qui exigerait des États-parties et du DG de l'OMS un rapport sur l'application du RSI, par l'intermédiaire des comités régionaux de l'OMS, à chaque AMS. En conséquence, le rôle de l'Assemblée pourrait être renforcé.

- Proposition d'amendement français portant sur les articles 5 (Surveillance) ,13 (Action de santé publique et 48 (Mandat et composition) :

La France considère la révision du RSI comme une opportunité de reconnaître la contribution de l'Académie de l'OMS²³ à la formation sur la sécurité sanitaire internationale, et celle du Bureau de Lyon²⁴ sur le renforcement des capacités de surveillance et détection des pays (La vocation de ces deux

²² Comme évoqué à la page 45, la France propose de définir ces termes dans l'article 1 du RSI qui demande à être amendé.

²³ L'Académie de l'OMS située à Lyon représente le centre de formation continue dans le secteur de la santé mondiale (Organisation mondiale de la Santé, 2022a)

²⁴ Le bureau de l'OMS est un « centre d'excellence » pour le renforcement des capacités des systèmes et des laboratoires de santé publique (Bureau de l'OMS de Lyon, 2021)

entités sera abordée avec précision dans la partie III.2.3 de ce document). Ainsi, elle introduit de nouvelles dispositions permettant l'appui et la coopération de ces structures pour le développement, le renforcement et la préservation des capacités de préparation aux urgences sanitaires.

En supplément, la France soutient fortement le projet américain portant sur les articles 13 et 15, propose sa propre formulation concernant la création d'un nouveau chapitre IV pour renforcer le rôle de la Commission permanente sur la prévention, la préparation et la réponse aux urgences sanitaires.

La discussion sur l'évolution du RSI se déroule en parallèle de la réflexion en vue d'instituer un **nouvel instrument international pour faire face aux pandémies**. Afin de s'assurer de la cohérence des outils ayant pour objectif de modifier profondément l'architecture mondiale de santé, il semble essentiel d'aligner les délais d'entrée en vigueur des amendements ciblés au RSI avec l'adoption ce nouvel accord sur les pandémies. Il paraît également capital de les co-construire selon des processus comparables. À ce propos, la diplomate française interrogée mentionnait : *« C'est aussi pour cela, qu'on avait plaidé pour que le calendrier de négociations soit bien aligné, pour faire en sorte que les négociations aillent de paires et voir au cas par cas quel est l'instrument le plus pertinent. »*

2.2 Un nouveau processus d'engagement des États membres à un haut niveau stratégique et politique pour faire face aux pandémies

Afin d'atteindre les objectifs de renforcement du système de sécurité sanitaire internationale, une **session extraordinaire** de l'Assemblée mondiale de la Santé est organisée du 29 novembre au 1^{er} décembre 2021 (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, 2021). Lors de cet événement, la décision lançant les négociations en vue d'établir un nouvel instrument juridique pour faire face aux prochaines pandémies a été adoptée par consensus (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, 2021). Ce nouvel accord international vise à être complémentaire aux travaux relatifs à la réforme du Règlement Sanitaire International.

2.2.1 Un organe intergouvernemental de négociation (INB) pour l'élaboration d'un accord visant à lutter contre les pandémies

La réflexion est engagée dès la fin de l'année 2020. Le président du Conseil européen, déclare lors d'une conférence de presse : « La question n'est pas de savoir s'il y aura une prochaine pandémie mais quand » (euronews, 2021). En accord avec ce constat, le Directeur général de l'OMS ajoute que « le

monde ne peut pas se permettre d'attendre la fin de la pandémie pour commencer à planifier la prochaine ». Ensemble, ils revendiquent un « **engagement collectif au plus haut niveau politique** » (euronews, 2021).

L'AMS acte donc, lors de sa deuxième session extraordinaire du 1^{er} décembre 2021, l'institution d'un organe intergouvernemental de négociation (INB) chargé de rédiger et de négocier une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies. Cette décision fait notamment suite aux recommandations du Groupe de travail des États membres sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires, reconnaissant la nécessité de combler les lacunes exposées durant la pandémie mais aussi la nécessité d'une approche globale et cohérente pour solidifier l'architecture sanitaire mondiale. L'élaboration de cet accord est placée sous l'égide de l'article 19 de la constitution de l'OMS²⁵, et l'INB est ouvert à tous les États membres et aux membres associés (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, 2021).

Le bureau de l'INB est alors constitué lors de sa première session, le 24 février 2022. Il est composé de 2 co-présidents (Néerlandais et Sud-Africain) et 4 vice-présidents (Brésilien, Égyptien, Thaïlandais et Japonais) représentant chaque région du monde. Selon le calendrier défini par l'organe, les travaux relatifs à l'élaboration de l'accord sont prévus dans l'immédiat pour une durée de 2 ans avec pour objectif une adoption à la 77^{ème} AMS qui aura lieu en mai 2024. Les discussions sur le nouvel outil de lutte contre les pandémies « *devraient alors chercher à répondre aux enjeux soulevés par la crise et qui ne trouvent pas de réponse dans le Règlement Sanitaire International* » (François ESMYOT, conseiller expert à la MAEI, 2022), en évitant autant que possible les chevauchements. En outre, le lien entre le renforcement des systèmes de santé et la préparation et riposte aux urgences de santé publique devrait représenter un axe central de la réflexion.

L'objectif général du futur accord international est d'instituer des dispositions obligatoires pour les États parties afin de **renforcer les capacités de prévention, de préparation et de riposte** des pays en cas de pandémie (Conseil de l'Union européenne, 2022b). Il devrait également permettre d'accroître leur réactivité ainsi que celle de l'OMS pour affronter les menaces de santé publique à risque pandémique. Cet instrument est encadré par des principes généraux qui doivent être

²⁵ Article 19 de la constitution de l'OMS : « L'Assemblée de la Santé a autorité pour adopter des conventions ou accords se rapportant à toute question entrant dans la compétence de l'Organisation. La majorité des deux tiers de l'Assemblée de la Santé sera nécessaire pour l'adoption de ces conventions ou accords, lesquels entreront en vigueur au regard de chaque État Membre lorsque ce dernier les aura acceptés conformément à ses règles constitutionnelles » (Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, 1948)

fondamentalement respectés lors de la spécification des éléments substantiels. Entre autres, il devra permettre de renforcer :

- **Le droit de l'homme à la santé**, y compris l'accès universel aux soins de santé et les liens entre la santé, aussi bien physique que mentale, et les droits de l'homme, conformément au Consensus européen pour le développement (Union européenne, 2018) ;
- **La solidarité internationale et l'équité**, garantissant un caractère abordable dans l'accès à des contre-mesures médicales de qualité (vaccins, traitements, produits de diagnostics) et essentielles à la préparation et à la lutte contre les pandémies. Le partage des données et le transfert des technologies seront également des éléments importants pour développer les capacités de production régionales et locales de ces outils ;
- **Le rôle central de l'OMS**, en tant qu'autorité directrice et coordinatrice de la coalition sanitaire internationale et plus largement le rôle de la coopération multilatérale dans la gouvernance mondiale de la santé ;
- **La prévention des pandémies par le renforcement de l'approche « Une seule santé »**, prenant en compte les liens étroits entre la santé humaine, animale et environnementale, conformément à la définition élaborée par le groupe d'experts de haut niveau sur l'approche « Une seule santé (OHHLEP), formé en novembre 2020 sous l'impulsion de la collaboration quadripartite (FAO, PNUE, OIE, OMS) ;
- **L'approche intersectorielle de l'ensemble de la société**, permettant de considérer les effets transversaux des pandémies qui dépassent le secteur de la santé, tels que les répercussions sociales et économiques. Une démarche inclusive permettrait également de réduire les inégalités sociales de santé ainsi que les inégalités de genre. Pour atteindre cet objectif, deux sessions d'audiences publiques ont été orchestrées par l'OMS, conférant l'opportunité au secteur privé, aux ONG et au monde académique de s'exprimer dans le contexte des négociations d'un éventuel traité international ;
- **La transparence et la responsabilisation** dans les prises de décision et l'élaboration des politiques publiques, basées sur des preuves, des données et sur la connaissance scientifique ;
- **L'utilisation de la technologie numérique** pour anticiper et lutter contre les futures pandémies, tout en prêtant attention à la protection des données personnelles.

La nature juridique du texte constituera également un élément décisif pour que l'accord ait une portée universelle et un caractère contraignant (bien qu'il semble contraignant par nature²⁶). En effet, un traité, **juridiquement contraignant**, concéderait la possibilité d'un engagement fort de la part des

²⁶ Sous l'égide de l'article 19 de la constitution de l'OMS : constitution OMS.

dirigeants politiques et une inclusivité internationale de l'ensemble des pays et des organisations régionales. Enfin, elle devra de toute évidence permettre une réforme de l'architecture multilatérale de santé. Il convient néanmoins de préciser le périmètre de l'accord, circonscrit aux menaces de santé publique de type pandémique. « *Le traité ne va pas régler tous les problèmes. À partir du moment où on a dit que c'était un traité sur les pandémies, il se limite aux pandémies* » (Anne-Claire AMPROU, déléguée interministérielle, 2022)

La première session s'est poursuivie les 14 et 15 mars 2022 et a permis de définir l'organisation de la négociation de l'accord international ainsi que la méthode de travail adoptée. Des premières contributions ont été transmises, par les États (Australie et États-Unis par exemple) et par certaines organisations régionales telles que l'UE, fin avril 2022, en vue de leur examen à la réunion de l'INB à Genève qui s'est tenue du 6 au 8 juin 2022. Dans un objectif commun, l'organe a publié début juin plusieurs documents destinés à être examinés par les États membres. Les documents suivants constituent donc les bases fondamentales de la réflexion :

- Projet consolidé portant sur les éléments substantiels de l'accord, pouvant servir de base d'examen et de discussions (Organisation mondiale de la Santé, 2022d) ;
- Rapport de synthèse portant sur les éléments de fond issus de la plateforme numérique de l'INB (Organisation mondiale de la Santé, 2022k) ;
- Rapport du Secrétariat portant sur les résultats de la première série d'audiences publiques (Organisation mondiale de la Santé, 2022f) ;
- Proposition d'un processus dirigé par les États membres pour l'élaboration d'un avant-projet, y compris la création de sous-groupes, sur la base d'une proposition du bureau (Organisation mondiale de la Santé, 2022h) ;
- Document d'information du Secrétariat sur la disposition de la Constitution de l'OMS au titre de laquelle l'instrument pourrait être adopté (Organisation mondiale de la Santé, 2022j).

De surcroît, au cours de la deuxième reprise de la première session (6 juin 2022), les États membres ont demandé au bureau de disposer d'un **pré-projet d'accord international** dans les plus brefs délais, avant d'amorcer les discussions en sous-groupes de travail. Ce pré-projet marque le commencement des négociations dans le but d'identifier les éléments de fond du nouvel instrument.

2.2.2 Le processus de négociation pour le nouvel instrument international sur la prévention, la préparation et la riposte aux pandémies

Le pré-projet d'accord international envoyé par le Secrétariat de l'OMS (*pré-projet*) reprend les trois chapitres prévention (Chapitre III), préparation (Chapitre IV), riposte (Chapitre V) qui figuraient dans

la contribution envoyée par l'Union européenne fin avril 2022, auxquels le chapitre *recovery*²⁷ (Chapitre VI) a été ajouté. Pour chaque chapitre, les piliers stratégiques liés à l'équité, la gouvernance et le *leadership*, le système et les outils, ainsi que le financement sont proposés (Organisation mondiale de la Santé, 2022g). Plus précisément, l'introduction correspondant à la première partie, précise les définitions des différents termes employés et l'articulation avec les autres instruments internationaux. Le second chapitre appréhende les objectifs, le champ d'application et les grands principes du futur accord. Des parties spécifiques sont prévues pour l'approche « Une seule santé » (Chapitre VII), l'accès et le partage des bénéfices (Chapitre VIII), la communication et la coopération scientifique et technique (Chapitre IX), la connaissance de la santé et des pandémies (Chapitre X), la gouvernance et l'évaluation (Chapitre XI), élaboration ultérieure de l'instrument (Chapitre XII), et les dispositions finales (Chapitre XIII).

Dans le cadre de ces processus, la Commission européenne a été désignée comme représentante de ses États membres pour les négociations sur l'accord sur les pandémies et les amendements ciblés au RSI. Conformément au Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne (TFUE) (Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne, 2009), c'est à l'Union que revient la responsabilité de porter les positions relevant de sa compétence, à savoir les compétences exclusives²⁸ et les compétences partagées²⁹. En principe, les États membres ont eux aussi la possibilité de faire valoir leurs positions, à condition que ces dernières soient conformes au principe de coopération étroite. La négociation sur le traité équivaut un défi majeur pour affermir l'importance de l'UE dans les discussions à l'OMS. En vertu du contenu incertain de l'instrument, la répartition des compétences entre l'UE et les États n'est pas encore précisément définie à ce jour. Pour pallier cette incommodité, la Commission européenne a programmé des réunions à Genève et Bruxelles par le biais d'arrangements pratiques, coordonnées par le négociateur européen en chef.

L'UE a transmis sa contribution exprimant sa convenance avec le pré-projet d'accord international de l'INB. L'Union mentionne toutefois la problématique de redondance entre les parties et de répétition des piliers stratégiques. Aussi, elle souligne l'importance d'une approche globale. Même si la structure de l'accord lui semble appropriée, l'Union propose donc de répartir les chapitres spécifiques et plus particulièrement celui relatif à « Une seule santé », de manière transversale dans le corps du document

²⁷ La traduction française du terme *recovery* est en cours de clarification. Il pourrait être traduit par *rétablissement* ou *relèvement*

²⁸ « Les domaines dans lesquels l'UE demande est seul à pouvoir légiférer et adopter des actes contraignants » (Union européenne, 2022d)

²⁹ « L'UE et ses États membres sont en mesure de légiférer et d'adopter des actes juridiques contraignants » (Union européenne, 2022d)

pour éviter un agencement « en silo ». À propos des éléments substantiels, l'UE préserve ses positions exprimées lors de sa première contribution. Cette dernière ne laisse cependant pas figurer d'éléments se rapportant au financement.

À l'échelle nationale, une déléguée interministérielle a été nommée pour mener les négociations autour de l'accord sur les pandémies et y participer au sein de l'organe intergouvernemental de l'OMS. Elle a pour mission de piloter un **groupe de travail interministériel** composé des ministères compétents sur les sujets essentiels dans le cadre des réflexions sur le traité : ministère de la Santé et de la Prévention, ministère de l'Europe et des Affaires Étrangères, ministère de la Transition écologique et de la Cohésion des territoires, ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, ministère de l'Agriculture et de la Souveraineté alimentaire. Les opérateurs de l'État ont la possibilité d'être associés aux groupes de travail. Il s'agit par exemple de SPF, d'Expertise France, de l'Agence Française de Développement ou de l'ANSES. En outre, la délégation interministérielle pour la négociation d'un accord international sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies (DINAP) est chargée de se concerter avec les acteurs de la société civile (SOC) en les solidarisant aux travaux relatifs à l'élaboration de l'accord.

Par ailleurs, la France a intégré le « **groupe des amis du traité** », comptant 42 pays³⁰ au total. Ce groupe informel se réunit en amont des sessions de l'INB pour garantir une position collective. Cette « alliance » permet de porter les positions d'une voix commune et forte lors des négociations. Néanmoins, il convient de poursuivre cette entente avec prudence au regard de sa composition trans régionale qui pourrait laisser transparaître des intérêts divergents à l'avenir. Le risque de désunion dû aux spécificités régionales pourrait être notamment lié aux enjeux d'équité, de transfert de technologies, de partage de brevets ou d'informations.

En ce qui concerne le pré-projet d'accord international rédigé par l'organe intergouvernemental, la France est en adéquation avec l'analyse européenne. En effet, elle est favorable à l'incorporation des chapitres spécifiques tout au long du document et met l'accent sur la nécessité de limiter les répétitions. Afin d'affirmer davantage sa position, la France a demandé à la CE d'ajouter certaines mentions à la contribution. Entre autres, elle souhaite intégrer l'examen universel de l'état de santé et de préparation (UHPR) dans le traité sur les pandémies, ce qui va dans le sens d'un engagement de haut niveau stratégique. De plus, elle aspire à son intégration de manière explicite dans la partie

³⁰ Afrique du Sud, Albanie, Allemagne, Autriche, Belgique, Chili, Chypre, Costa Rica, Croatie, Danemark, Espagne, Estonie, Fidji, France, Grèce, Indonésie, Irlande, Islande, Italie, Kenya, république de Corée, Malte, Monténégro, Moldova, Norvège, Luxembourg, Paraguay, Pays-Bas, Portugal, Roumanie, Royaume-Uni, Rwanda, Sénégal, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Thaïlande, Trinité-et-Tobago, Tunisie, Turquie, Ukraine

réservée à la gouvernance. De même, la France requiert une référence à l'Académie et au Bureau de l'OMS, tous deux localisés à Lyon. Elle réclame un Fond de prévoyance en cas d'urgence pour accroître les capacités de riposte et appuie sur la nécessité de transparence des prix et de l'accès aux contre-mesures.

La dernière réunion de l'INB, du 16 juin 2022, dédiée à l'examen du pré-projet a clôturé la première session de l'INB (INB1). À la suite de cela, le bureau a publié un nouveau projet, en cours d'analyse par les États. La seconde session (INB2) ayant eu lieu la semaine du 18 juillet 2022 a marqué la première phase de négociation. Elle a permis de statuer sur la nature juridique du texte en identifiant la disposition de la Constitution de l'OMS à laquelle se réfère désormais l'accord international sur les pandémies. Lors des discussions, la très grande majorité des États membres, à l'exception de la Hongrie et de la Bulgarie qui ont exprimé des réticences variables, s'est positionnée en faveur d'un accord juridiquement contraignant sous l'article 19 de la Constitution de l'OMS. Toutefois, certains États souhaitaient exclure l'article 23³¹ et d'autres chancellent entre l'article 19 et l'article 21³² (Principalement Brésil et États-Unis). Seule la Russie s'est officiellement positionnée en faveur de l'article 23. L'Union européenne, quant à elle, s'est exprimée d'une part en faveur d'un accord juridiquement contraignant, contenant des dispositions obligatoires et non obligatoires, et d'autre part pour l'identification de l'article 19. Sa position était conforme aux lignes directrices discutées et votées en amont de la session. En définitive, la réunion s'est close sur un consensus en faveur d'un accord contraignant fondé sur l'article 19 (ONU, 2022).

Les négociations sur l'accord international viennent de démarrer, mais nous pouvons dès lors envisager que d'autres éléments que la nature juridique du texte, pourraient faire l'objet de divergences à l'avenir. Il pourrait s'agir par exemple des enjeux autour de la solidarité internationale et de la souveraineté sanitaire. Anne-Claire AMPROU, responsable française des négociations sur le traité affirme que « *sur les autres sujets, on va être confronté à ce sujet butoir de souveraineté nationale, notamment pour le partage des données et les pouvoirs d'investigation sur place* ». L'échange et la communion devront alors être de mise pour aborder les étapes suivantes qui permettront d'identifier et de définir les éléments de fonds de l'accord.

³¹ Article 23 : « *L'Assemblée de la Santé a autorité pour faire des recommandations aux États Membres en ce qui concerne toute question entrant dans la compétence de l'Organisation* » (Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, 1948)

³² Article 21 : « *L'Assemblée de la Santé aura autorité pour adopter les règlements concernant : a) telle mesure sanitaire et de quarantaine ou toute autre procédure destinée à empêcher la propagation des maladies d'un pays à l'autre ; b) la nomenclature concernant les maladies, les causes de décès et les méthodes d'hygiène publique ; c) des standards sur les méthodes de diagnostic applicables dans le cadre international ; d) des normes relatives à l'innocuité, la pureté et l'activité des produits biologiques, pharmaceutiques et similaires qui se trouvent dans le commerce international ; e) des conditions relatives à la publicité et à la désignation des produits biologiques, pharmaceutiques et similaires qui se trouvent dans le commerce international* » (Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, 1948)

2.2.3 Les perspectives de la convention internationale

L'INB2 a d'ores et déjà adopté un calendrier des travaux en amont de la troisième session (INB3) prévue du 5 au 7 décembre 2022. Les contributions écrites des États devront être entièrement transmises d'ici la mi-septembre. Depuis début août et jusqu'au moins d'octobre, la période est réservée aux consultations régionales et à la mise en place de comités régionaux les 22 août et le 28 octobre. En effet, le bureau de l'INB s'est engagé à participer aux réunions et à organiser des consultations informelles si nécessaire. La France a donc proposé à l'OMS EURO³³ d'organiser une session lors de la 72^{ème} session du Comité Régional de l'OMS pour l'Europe (CR72) qui se tiendra à Tel Aviv du 12 au 14 septembre 2022. En octobre, en vue de consolider les contributions, le bureau prévoit des consultations informelles ciblées auxquelles toutes les parties prenantes pourront assister. Par ailleurs, une nouvelle session d'audition publique se déroulera les 29 et 30 septembre.

L'intégralité des contributions fournies portant sur la deuxième proposition de projet sera reprise par le bureau de l'INB. Ce dernier devra produire un document consolidant les contributions écrites, les résultats des consultations régionales et informelles ciblées mais aussi ceux des auditions publiques. Ce document pourrait être produit pour le 15 novembre 2022 et a pour vocation d'être examiné lors de l'INB3. À l'issue de cet examen, un « projet zéro » permettra d'entreprendre officiellement la négociation sur une proposition de texte, début 2023.

En matière de contenu, l'une des priorités partagées par les pays aux revenus faibles ou intermédiaires, est l'accès équitable aux contre-mesures. Beaucoup de pays développés souhaitent, quant à eux, connaître de manière plus précise, les déclinaisons opérationnelles de l'équité qui constitueront le futur instrument. À cet égard, les pays du sud établissent dès maintenant certains points essentiels :

- **Les droits de propriété intellectuelle.** La diplomate du ministère de l'Europe et des Affaires Étrangères explicite : « *Par exemple la question d'accès aux médicaments, des discussions ont lieu en partie aussi à l'OMC [Organisation Mondiale du Commerce] dans le cadre de la levée des brevets* » (Ariane LATHUILLE, diplomate internationale, 2022). Les questions relevant de la propriété intellectuelle caractérisent un enjeu majeur pour permettre l'accès équitable aux produits de santé, notamment dans les pays les plus pauvres. Néanmoins, elles caractérisent également un enjeu économique prééminent pour les industries puisque le brevet encourage au développement de l'innovation et par conséquent leur présence sur le marché concurrentiel. Pour l'heure, les discussions sont débutantes mais la levée des droits de propriété intellectuelle devrait matérialiser un élément phare de l'accord sur les pandémies ;

³³ Bureau régional de l'OMS pour la région Europe.

- **La nécessité d'avoir un partage équitable des bénéfices ;**
- **Le soutien à la production locale** par le transfert de technologies, renforçant l'accès équitable et rapide aux contre-mesures médicales. Le 28 mai 2021, le président français Emmanuel Macron annonce pour la première fois la mise en place d'un dispositif d'appui destiné à soutenir l'Afrique dans la production de vaccins directement sur le territoire (*lancement de l'initiative*). Le premier centre de transfert de technologies pour le vaccin à ARNm contre la Covid-19 est alors créé en juillet 2021. Le *Africa mRNA vaccine* est coordonné par l'OMS et bénéficie de puissants partenaires tels que medicines patent pool, les centres de prévention et de contrôles des maladies africains ou encore Biovac qui est une société de biotechnologies (Medicines patent pool, 2021). Il a vocation à soutenir les régions aux plus faibles revenus dans une démarche plus large, comprenant la capacité à produire l'ensemble des outils essentiels à la lutte contre une pandémie. Plus récemment, 6 pays africains ont été sélectionnés pour démarrer l'expérimentation du centre de transfert en mars 2022. Il s'agit de l'Afrique du Sud, de l'Égypte, du Kenya, du Nigeria, du Sénégal et de la Tunisie. Cette étude pilote sera déterminante pour la suite des négociations à ce sujet (Organisation mondiale de la Santé, 2022e).

En ce qui concerne l'approche préventive « Une seule santé », nous pouvons discerner deux camps opposés. Les pays favorables à la démarche comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni, le Kenya, le Mexique, les États-Unis mais aussi l'Union européenne, devront convaincre certains pays, notamment le Brésil, une partie du MERCOSUR³⁴, et quelques pays africains dont la principale source de revenus relève de l'élevage industriel. D'autre part, « *il faut déterminer si la question de l'antibiorésistance relève du traité. Cette question montre déjà des divergences entre les pays* » (François ESMYOT, conseiller expert à la MAEI, 2022). En effet, la RAM semble être une composante également essentielle de la prévention des maladies émergentes, et devrait faire l'objet de discussions dans le cadre de la négociation de l'accord.

En termes de gouvernance, l'UE a proposé une Conférence des Parties (COP) dans le but de superviser le respect des normes et des pratiques de l'accord. Si nombreux sont les pays en adéquation avec cette proposition, l'Afrique, les États-Unis et le Brésil s'interrogent sur une gouvernance qui pourrait être encore plus solide, qui siégerait au sein de l'Organisation mondiale de la Santé, mais dont les principes restent à définir. Dans le cadre d'un accord juridiquement contraignant, les dispositions doivent donc être obligatoirement respectées par les États. Des négociations ultérieures devraient donc dépendre des mesures de sanctions ou des instances de règlement de conflits, appliquées en cas de manquement

³⁴ Marché commun regroupant certains pays de l'Amérique du Sud. L'alliance a été créée par le traité d'Asuncion.

au respect de l'accord ou encore en cas de litiges. Par ailleurs, des politiques incitatives à la mise en œuvre par « le biais d'une contrepartie financière, d'assistance technique » apparaissent tout aussi légitimes.

Dans un contexte de suspens, les pays et les organisations régionales s'organisent pour prendre part aux prochaines négociations, de manière individuelle et collective. La **coordination européenne** illustre cette implémentation à l'échelle régionale. Les travaux de préparation des textes et de coordinations se poursuivent avec l'appui du négociateur européen. En ce sens, l'Union a communiqué, pour l'heure, 2 notes réflexives relatives à la prévention de la dissémination involontaire d'agents pathogènes en laboratoire et à l'incorporation du sujet sur la résistance aux antimicrobiens comme éléments de fond pour l'accord de l'OMS. Les États membres, après instruction des documents ont fait part de leur retour à la Commission européenne. Enfin, l'équipe de négociation de l'UE, la nouvelle Présidence³⁵ tchèque, ainsi que quelques États membres dont la France ont conduit des entretiens de sensibilisation avec le MERCOSUR, la région Afrique et l'Inde. Pour résumer, ces trois régions requièrent une réflexion plus approfondie pour pouvoir exprimer leur position. À ce sujet, la coordination au sein du MERCOSUR pourrait jouer un rôle important. L'Inde, de son côté, exprime des positions structurées et jusqu'à présent en adéquation avec les positions européennes. Il semblerait donc pertinent d'échanger davantage avec le pays.

À l'échelle nationale, la **coordination interministérielle** se déroule de manière constante et en harmonie avec les travaux conduits au niveau de l'UE, ce qui permet de décliner opérationnellement et progressivement les positions françaises. La DINAP coordonne donc le groupe de travail interministériel qui se réunit en plénière une fois par mois. Les travaux techniques prennent leur disposition en sous-groupes composés d'un pilote et plusieurs participants et/ou observateurs. Faire des propositions de contenu à intégrer dans le traité et réagir au cours des négociations représentent leurs missions principales. Les 5 sous-groupes déployés sont les suivants :

- Groupe 1 : Renforcement des capacités locales, régionales et mondiales de prévention, préparation et réponses aux pandémies, piloté par la DGS ;
- Groupe 2 : Approche « Une seule santé », co-piloté par la DGS et la DGAL ;
- Groupe 3 : Accès rapide et équitable aux contre-mesures médicales, co-piloté par le comité de pilotage d'ACT-A et la Direction Générale de la Migration (DGM) ;
- Groupe 4 ; Enjeux d'échanges internationaux, piloté par le ministère de l'Économie et des Finances ;
- Groupe 5 : Gouvernance, financement et redevabilité, co-piloté par NUOI et la DAEI.

³⁵ Présidence du Conseil de l'Union européenne

En parallèle, le renforcement de la consultation de la SOC définie dans le cadre d'une stratégie globale est essentiel. Sous ce rapport, une coordination est engagée avec les États européens. Les consultations avec le secteur privé doivent être lancées en lien avec les ministères compétents. Les discussions doivent progresser coûte que coûte avec l'ensemble des acteurs et franchir les achoppements qui se présenteront. La déléguée interministérielle « *refuse d'être prisonnière de ça [des discordes entre les pays]* ». Elle appelle à la vigilance car « *évidemment le contexte géopolitique peut perturber les choses* » (Anne-Claire AMPROU, déléguée interministérielle, 2022).

En définitive, comme le résume « l'analyse du Secrétariat soumise à l'examen du Groupe de travail [lors de la seconde réunion du WGPR] pour déterminer plus avant l'intérêt que présenterait un nouvel instrument sur la préparation et la riposte aux pandémies et options pour accroître l'efficacité du Règlement sanitaire international (2005) », du 30 septembre 2021, « **une approche « mixte »** [...], peut aboutir à un moyen optimal de garantir l'architecture mondiale de préparation et de riposte aux pandémies [...]. [Elle] pourrait comprendre a) un nouvel instrument – une convention-cadre juridiquement contraignante – en tant qu'instrument [...]; b) le RSI, moyennant des améliorations (modifications ou autres) pour garantir qu'il est adapté à son objectif, et rest[ant] une pierre angulaire de la nouvelle architecture [...]; et c) si nécessaire (maintenant ou en temps voulu), des mesures supplémentaires adoptées par l'Assemblée de la Santé, ou d'autres forums appropriés, en synergie avec le nouvel instrument et le RSI» (Organisation mondiale de la Santé, 2021k).

III. L'Analyse *in extenso* du système de sécurité sanitaire collective et préconisations opérationnelles

Désormais, nous savons que la coopération internationale est un élément déterminant dans la gestion d'un événement sanitaire de propagation mondiale. Les travaux en cours tentent de renforcer cette coopération en vue d'obtenir des systèmes de santé et de sécurité sanitaire robustes, non seulement capables de riposter collectivement en cas de crise sanitaire majeure mais également disposés à adopter des politiques de prévention et de préparation cohérentes, adaptées et soutenables en pratique. Face à ce constat, il semble primordial d'anticiper d'ores et déjà les achoppements à cette réussite internationale afin de trouver des solutions pour les surmonter et d'envisager les leviers d'actions qu'ils pourraient constituer. A posteriori, une fois les grands concepts admis par les États, il est également essentiel de pouvoir les transposer de manière concrète et envisager des mécanismes d'application.

3.1. Les défis du système de sécurité sanitaire collective

3.1.1. Une solidarité internationale qui doit composer avec des positions nationales et sectorielles divergentes

L'intention d'une coalition internationale et d'une équité infaillibles, est louable mais semble assujettie à des complications, de type économique, politique, financier, commercial et culturel notamment. Certaines divergences peuvent être dues à des intérêts individuels défendus, à des priorités hétérogènes, à des facteurs de tensions géopolitiques, etc. En outre, ces sources de mésententes peuvent survenir en amont, mais aussi durant un événement sanitaire nécessitant une mobilisation communautaire.

Une coopération internationale en temps de crise sanitaire, suggère tout d'abord une entente cordiale voire amicale généralisée entre les États en période de paix sanitaire. Il semble parfois en être tout autre en pratique. La pandémie a davantage mis en lumière « des **stratégies d'alliance géopolitique** préexistantes ». Alors, quand est-il des pays placés sous des sanctions internationales³⁶ ? En effet, dans la lutte pour la préservation de la paix, certains pays ont été sanctionnés économiquement et financièrement au regard de leur composante terroriste ou nucléaire par exemple. L'ONU, l'UE et les États-Unis ont ainsi mis sous sanctions internationales l'Iran, la Corée du Nord, Cuba et le Venezuela, etc. En outre, les USA adoptent une stratégie de « pression maximale » visant à empêcher les

³⁶ Les sanctions internationales peuvent être prises par des États, des organisations régionales ou des institutions, à l'encontre d'autres États qui n'auraient pas respecté leurs engagements ou qui présenteraient un danger pour la sécurité internationale. Les sanctions peuvent être d'ordre économiques, financières, commerciales, diplomatiques, et même militaires

transactions commerciales avec ces pays « y compris celui [commerce international] des médicaments et des équipements à caractère médical ». Cette approche semble contraire, par définition, à la notion de collaboration et par filiation à celle d'équité. Lors même que « les pays sanctionnés [...] comptaient pourtant parmi les États identifiés par l'ONU comme les plus vulnérables à la crise sanitaire », le défaut d'amenuisement des pénalités, même momentané, a considérablement porté préjudice aux pays concernés. L'intervention de l'OMS pour leur garantir l'accès aux outils de lutte contre la pandémie aurait pu juridiquement être justifiée par les dispositions du RSI puisque ce dernier précise que les États membres se doivent d'être solidaires entre eux. Cependant « affirmer sa compétence face aux États-Unis en matière d'octroi de licences humanitaires » aurait pu mettre en danger l'organisation en vertu de sa dépendance financière (Mallard et al., 2021).

L'OMS, leader mondial en matière de santé, est en fait financée par des engagements budgétaires de la part des États, ce qui rend l'organisation en quelque sorte « redevable » des plus gros investisseurs comme les États-Unis. Cette « **privatisation des politiques publiques** nationales et internationales » semble pouvoir nuire à l'objectivité des relations entre le Directeur général de l'OMS et l'État privilégié, ce qui pose une réelle interrogation quant à la qualité de la gouvernance OMS en situation de crise sanitaire (Balmond, 2021). Par ailleurs, le DG de l'OMS avait été incriminé dans les débuts de la crise en raison de « ses relations réelles ou supposées avec Pékin », et soupçonné de complicité envers la Chine pour masquer « l'origine du virus ». En sus de la dépendance financière de l'OMS, la dépendance « relationnelle » de celle-ci constitue donc un défi majeur pour le système de SSI à l'avenir (Balmond, 2021).

Aussi, il est possible que la coopération internationale soit mise à rude épreuve par la présence de tensions géopolitiques, telles que celles exposées entre la Russie et l'Ukraine. La déléguée interministérielle interrogée admet qu'« *une guerre en Ukraine fait qu'on ne discute pas de la même manière avec les Russes au sein d'une instance comme l'INB. Les discussions sont orientées et bloquées sur certains sujets [...]* » (Anne-Claire AMPROU, déléguée interministérielle, 2022). En conséquence, il peut sembler illusoire de réussir à rassembler deux pays en guerre autour de mesures sanitaires communes, malgré les bénéfices tangibles que pourrait conférer cette coalition pour les deux parties.

Un autre élément ne concerne pas l'influence d'un positionnement étatique, mais le positionnement des acteurs de la société civile, telles que les ONG, le monde académique ou encore le secteur privé. À titre d'exemple, le bon vouloir de l'industrie pharmaceutique est essentiel à la fourniture de biens médicaux, notamment en termes d'accès aux vaccins et aux traitements. Bien qu'il ait fourni des efforts considérables dans les domaines de la recherche et du développement afin de déployer un vaccin sur le marché en un temps record, ce secteur d'activité ne semble tout de même pas prêt à

abdiquer devant la levée des brevets (Grudler, 2022). Par ailleurs, l'OMS a prononcé sa décision le 17 juin 2022, d'autoriser les « pays en développement de lever, pendant cinq ans, les brevets sur les vaccins Covid », ce qui n'a pas manqué de provoquer de vives réactions. L'organisme professionnel chargé de défendre l'industrie pharmaceutique en France, le leem³⁷, conteste cette résolution et juge cet accord « perdant-perdant, dans lequel l'OMC n'adresse même pas les obstacles à l'accès aux vaccins qu'elle avait pourtant elle-même identifiés » (Chauvot, Myriam, 2022).

De même, les 12 et 13 avril 2022 ont eu lieu la première session d'**audiences publiques**, dédiée aux discussions sur les éléments substantiels du nouvel instrument sur les pandémies. À cette occasion, deux points majeurs ont fait ressortir des positions divergentes selon les secteurs d'activité : la levée des droits de propriété intellectuelle avec le partage des licences et des technologies ainsi que l'intégration de dispositions contraignantes dans l'accord. Tout d'abord, le débat sur l'équité et du caractère abordable en termes d'accès aux contre-mesures a permis de distinguer deux camps opposés. Le centre de santé mondial (« Global Health Center ») et le think tank « Public citizen » jugent le principe de l'équité comme étant une condition fondamentale pour l'élaboration du traité. À contrario, l'organisation « Amnesty Internationale » accompagnée de la « Commission internationale de protection radiologique » (ICRP) prônent le respect des droits de propriété intellectuelle et l'individualisme dans la préparation des outils de protection contre la pandémie.

Concernant le deuxième point, tandis que de nombreuses contributions se portent en faveur du renforcement du rôle central de l'OMS et, par extension, en faveur de l'implémentation de mesures contraignantes (Organisation internationale GAVI, l'alliance du vaccin par exemple), certains organismes plaident pour le maintien de la souveraineté nationale en matière de santé (Association suisse « Pro Libertate » par exemple). En réalité, il semblerait que « l'importance accordée à la souveraineté était justifiée par les différences entre les systèmes de santé nationaux. » (Organisation mondiale de la Santé, 2022f).

Pour conclure, les divisions politiques, les conflits d'intérêts, le système fragmenté par un nationalisme important, les tensions géopolitiques ou encore la course à la réussite financière amènent les pays et les acteurs du système de SSI à s'écarter de l'objectif de coopération internationale. Il conviendra donc de trouver des solutions pour unifier l'ensemble de ces parties prenantes, malgré les discordances manifestes. Finalement, la coalition internationale devra composer avec ces opinions diverses et pourrait être simplement la résultante d'une **résilience communautaire**. En ce sens, de « nouvelles »

³⁷ « Les Entreprises du médicament ont pour missions de représenter et défendre l'industrie du médicament, conduire la politique conventionnelle avec l'État, négocier avec les partenaires sociaux, promouvoir et défendre l'éthique » ([Leem, 2020](#))

alliances peuvent tenter de pallier ces risques. Il s'agit des organisations régionales qui montrent une véritable confédération efficiente dans certains cas.

3.1.2. Le régionalisme comme modèle de négociation : exemple de la région EURO avec l'Union européenne

Les régions de l'OMS sont pourvues de frontières communes, leur permettant de disposer d'un espace d'échanges collectif. Par conséquent, les pays d'une même région partagent, de manière générale, des enjeux économiques et politiques communs. De ce fait, la pandémie a mis en évidence l'importance des organisations régionales, qui pourraient constituer un véritable levier d'actions pour faire face aux urgences de santé publique de portée internationale. « Ces approches ont été néanmoins contrastées. » (Balmond, 2021).

Dans le cas de la région EURO, l'Union européenne dispose seulement, d'après l'article 6 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, d'une « **compétence d'appui** » aux États membres en matière de santé : « L'UE ne peut intervenir que pour soutenir, coordonner ou compléter les actions de ses États membres ». Concernant « les enjeux communs de sécurité en matière de santé publique » présentés par l'article 4 du TFUE, l'UE dispose d'une « **compétence partagée** » avec ses États membres (Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne, 2009). Dans ce contexte, l'Union était en mesure d'apporter une réponse sanitaire face au virus, mais sa marge de manœuvre est restée toutefois limitée.

Au début de la crise, les actions européennes ont vivement été reprochées puisque l'UE ne s'est pas pleinement saisie de ses compétences pour tenter d'endiguer la pandémie. Ses États membres ont été livrés à eux-mêmes, ce qui a conduit à des mesures disparates notamment en termes de contrôles sanitaires au sein des frontières européennes. Comme évoqué dans la partie I.1.1 de ce document (page 18), la coordination régionale s'est fait devancer par les décisions unilatérales. Pour autant, l'UE a ensuite fait preuve d'une réactivité sans précédent. Son mécanisme européen de protection civile, lancé le 28 janvier 2020, a facilité le « rapatriement de plus de 50 000 citoyens européens ». De même, elle s'est mobilisée pour la « création d'une réserve européenne de matériel médical » par le biais de son dispositif RescUE et s'est engagée à hauteur de 37 milliards d'euros pour fournir le territoire en équipement médical (masques, gants, respirateurs, etc.) et en médicaments (Europe direct, s. d.).

Souvent décriée pour sa stratégie vaccinale, l'UE a finalement dépassé « les autres pays développés à la fin novembre 2021 » (Lefebvre, Maxime, 2021). En février 2022, elle atteint même **80 % de sa population adulte entièrement vaccinée**. (Union européenne, 2022c, p. 19). Pour cause, plus de **380**

millions d'euros ont été versés, dédiés à la recherche de nouveaux vaccins, traitements et autres outils de lutte contre le virus (Europe direct, s. d.). En outre, elle a largement soutenu l'initiative ACT-A en participant à son déploiement. Enfin, son action a permis une coordination des dispositions relatives aux contrôles sanitaires aux frontières. Le **certificat numérique COVID**, valable sur les territoires des 27 États membres et de quelques pays tiers, accorde la libre circulation des personnes « protégées face au virus » dans ces pays. Officialisée le 1^{er} juillet 2021, cette initiative a permis de réduire considérablement les mesures de restrictions qui avaient été mises en place au sein même de l'Union (Union européenne, 2022b).

Assurément, le régionalisme peut contribuer favorablement à la gestion d'une urgence sanitaire. Premièrement, les organisations régionales confèrent une **importante « force de frappe, en termes d'approvisionnement, de matériel »** (Anne-Claire AMPROU, déléguée interministérielle, 2022). La déléguée interministérielle interrogée souligne les bénéfices d'un achat groupé à des prix réduits vis-à-vis d'un achat individuel lorsque l'on se place sur « *un marché concurrentiel* ». Dans cette perspective, elles favorisent les **assistances entre les pays** d'une même région. « *La coopération franco-allemande, [avec] l'Allemagne qui a pris en charge nos patients [français] lors de la première vague* » illustre les avantages de ce type d'alliance (Anne-Claire AMPROU, déléguée interministérielle, 2022). Dans un second temps, celles-ci pourraient **préserver le système économique** et de libre-échange, notamment en termes de mesures prises aux frontières. « *Ce n'est pas pareil de fermer les frontières de son pays et de fermer les frontières de sa région. La restriction est moindre, ce qui rend moins lourd les conséquences économiques et sociales* » (Frédéric BOYER, conseiller expert en matière de santé internationale, 2022).

De surcroît, « *les discussions sur l'Europe de la santé constituent un niveau intermédiaire important dans le renforcement du système et qui est totalement compatible avec tous nos projets de RSI et/ou de traité sur les pandémies* » (Ariane LATHUILLE, diplomate internationale, 2022). Comme évoqué précédemment (Partie I.1.2, page 24 et II.1.3, page 46), l'établissement d'un « **événement régional de préoccupation mondiale** » (REGC) dans le cadre du RSI permettrait de sensibiliser le niveau national, régional et international lorsqu'un événement préoccupant nécessite une coordination régionale renforcée et une solidarité et/ou des financements. La déclaration d'une REGC faciliterait une action cohérente précoce dans une zone géographique distincte, afin de limiter ou à minima ralentir la circulation à l'échelle mondiale. Enfin, l'événement régional donnerait lieu à une coordination des efforts à deux niveaux : une solidarité internationale et une adaptation aux spécificités régionales.

Le niveau d'alerte régional s'inscrit parfaitement dans le cadre politique de l'Union européenne. Le **règlement relatif aux menaces transfrontalières pour la santé**, en cours d'élaboration, prévoit la

création d'une « urgence de santé publique au niveau de l'Union » (Union européenne, 2022a). Une fois activée, cette alerte déclencherait des mesures de gestion. Cette démarche semble cohérente avec l'approche paneuropéenne, qui place l'Union au centre de l'action.

Dans cette perspective, la Commission européenne a annoncé la construction d'une **Autorité européenne de préparation et de réaction en cas d'événement sanitaire (HERA)**. Ce processus supplémentaire pourrait donc contribuer au renforcement de l'architecture sanitaire mondiale en anticipant les risques pour la santé publique (surveillance), en coordonnant les actions de sécurité sanitaire en vue de résister aux menaces sanitaires (préparation), ou en assurant l'accès aux outils de lutte contre les situations d'urgence (riposte) notamment (Décision commission HERA, 2021).

En conclusion, les organisations régionales représentent encore un levier à explorer, mais elles semblent d'ores et déjà avoir fait leurs preuves durant la pandémie, malgré leur capacité limitée à pouvoir agir au nom de leurs États membres. Conformément à cette analyse, il convient de faire valoir le renforcement de l'action de l'Union européenne en matière de sécurité sanitaire internationale, comme une priorité lors des négociations pour la réforme du RSI et l'élaboration de l'accord international sur les pandémies.

De nombreux défis sont à considérer dans l'ère post-pandémique dans laquelle la société évolue de nos jours. Certains apparaissent prioritaires. On peut notamment citer celui de la coalition internationale mais également régionale, de l'équité, de l'inclusivité, etc. Mais l'ensemble de ces doctrines semblent être sous l'égide d'un seul et même autre enjeu, sans lequel leur application serait compromise. En effet, le financement incarne un défi majeur dans l'entente internationale pour le renforcement du système de sécurité sanitaire mondial.

3.1.3. La question du financement, habituellement dormante, mise sur le devant de la scène

La question financière apparaît comme étant décisive pour l'application des mesures prises destinées à consolider l'architecture mondiale de santé. Pour autant, elle a souvent été négligée voire oubliée. À titre d'exemple, la révision du RSI en 2005 n'a pas permis de définir les modalités de financement des capacités sanitaires, ce qui a été dommageable pour beaucoup d'États qui n'ont pas eu les moyens pour réagir efficacement à la crise.

Aujourd'hui, la question centrale de l'équité discutée aussi bien dans le comité de révision du RSI, dans l'organe de négociation du traité pandémies que dans d'autres processus en cours, amène les États à se prononcer sur les dispositions financières à déployer pour faire en sorte d'améliorer tous les

systemes de santé. Néanmoins, les États ne semblent pas adopter une position différente de 2005, uniquement par charité. D'après le Conseil mondial de suivi de la préparation, « la deuxième année [de la pandémie] a été marquée par [...] l'incapacité des dirigeants à comprendre l'interdépendance [des pays] et à agir en conséquence. » (Conseil de surveillance de la préparation mondiale, 2021). Mais désormais, le monde pourrait bien être prêt à **reconnaître ce « système sous-financé »** comme étant un méfait dans la gestion commune d'une urgence de santé publique mondiale. Cela étant, la procuration de canaux de financements s'avère capitale pour renforcer les capacités de base permettant de prévenir les futures urgences sanitaires, mais aussi d'y répondre.

Dans cette optique, le G20 a mandaté son **groupe indépendant d'experts de haut niveau** (High-Level Independent Panel - HLIP) sur le financement du patrimoine mondial pour la préparation et la réponse aux pandémies. Ce dernier avait pour mission de formuler des recommandations permettant un financement durable et soutenable de « biens communs mondiaux ». En conséquence, le groupe a publié sous la présidence italienne, le rapport « Un accord mondial pour notre ère pandémique (Groupe indépendant de haut niveau du G20 sur le financement des ressources communes mondiales pour la préparation et la réponse aux pandémies, 2021). L'analyse établit ostensiblement les besoins des pays en matière de financement pour la préparation et la riposte aux crises sanitaires.

Immanquablement, « les gouvernements devront s'engager dans des réformes visant à mobiliser et à pérenniser des ressources nationales supplémentaires ». Néanmoins, le groupe souligne l'insuffisance de ces simples mesures. Il recommande une **promesse financière collective** pour soutenir le système international de sécurité sanitaire. Dernièrement, le rapport souligne l'intérêt de ces dépenses qu'il est primordial de percevoir comme un investissement à long terme permettant de réduire considérablement la survenue d'événements sanitaires indésirables. In fine, ces résolutions pourraient bien dévoiler une certaine rentabilité puisqu'en période de crise sanitaire, « les coûts pour les seuls budgets gouvernementaux sont 700 fois plus importants que les investissements internationaux supplémentaires [proposés par le groupe d'experts], et 300 fois plus importants que le total des investissements supplémentaires si l'on tient également compte des dépenses nationales nécessaires. » (Groupe indépendant de haut niveau du G20 sur le financement des ressources communes mondiales pour la préparation et la réponse aux pandémies, 2021).

Face à ce constat, les États membres du G20 ont institué dès début 2022, un groupe de travail consacré à la réflexion sur le financement du système de santé mondial : « *la task force « santé-finance » dont le secrétariat est composé de membres de l'OMS, de la Banque mondiale, des ministères de la santé et des finances. La task force est appuyée par la quadripartite* » (Mounia Achraf, conseillère experte en matière de financement, 2022). Un nouveau **Fonds d'Intermédiation Financière (FIF)**, hébergé par la

Banque mondiale, a été proposé en vue de centraliser l'ensemble des allocations financières spécifiquement réservées à la préparation et réponse aux pandémies. Toutefois, ce mode de financement viendrait compléter « les fonds alloués à des organisations performantes de longue date telles que GAVI et le Fonds mondial » (E. J. S. Clark Helen, 2022). **Les besoins en « investissements internationaux requis dans les biens publics mondiaux » sont estimés par le groupe à 10,5 milliards par an.** « Cette proposition viserait en réalité à financer davantage le système de prévention et de préparation » (Mounia Achraf, conseillère experte en matière de financement, 2022), autrement dit les systèmes de surveillance, d'alertes, etc.

En effet, le système de riposte est en premier lieu financé par un dispositif déjà évoqué à plusieurs reprises dans ce document, le dispositif ACT-A. Ce dispositif étant très coûteux, demande également un effort des États puisqu'il engendre un **besoin de financement estimé à 16,85 milliards de dollars US** pour une période de 12 mois entre 2021 et 2022 (Organisation mondiale de la Santé, 2022b). Malgré la pérennisation encore incertaine de ce dispositif, ce dernier devrait être renouvelé dans l'immédiat. En résumé, pour garantir la gestion appropriée d'une pandémie par tous les pays, l'OMS et la Banque mondiale évaluent les coûts annuels à « environ 30 milliards de dollars [...] Environ les deux tiers de ces fonds sont attendus des budgets nationaux – et plus de 10 milliards de dollars doivent être mis à disposition en plus » (E. J. S. Clark Helen, 2022).

Cependant, certains membres du G20 se sont opposés à la création d'un nouveau Fonds. La France a fait notamment partie des opposants, présumant qu'un Fonds perçu par la Banque mondiale risquerait d'oblitérer la place centrale de l'OMS dans l'architecture sanitaire mondiale. D'autre part, le fonds semble devoir rester indépendant pour permettre « *une certaine redevabilité de la part de l'OMS car les États ont le droit de regard sur le fonds* » (Mounia Achraf, conseillère experte en matière de financement, 2022). En outre, ce mécanisme requiert une contribution supplémentaire non-négligeable pour les États puisqu'il les « *incite à eux même investir dans la PPR [prévention, préparation et réponses aux pandémies] au-delà du FIF* » (Mounia Achraf, conseillère experte en matière de financement, 2022). In fine, la Chine et la Russie, qui désignaient les derniers réfractaires avec la France, se sont positionnées en accord avec le FIF. Le DG de l'OMS a alors formellement suggéré à la France de rejoindre le Fonds, même de manière sommaire, afin de lui accorder une place en matière de gouvernance. De ce fait, le pays soutient désormais officiellement le FIF, lancé depuis septembre 2022. À date du 3 septembre 2022, **le montant des engagements est évalué à 1,5 milliards d'euros.** Parmi les donateurs, nous pouvons citer notamment les USA et l'UE qui contribueraient chacun à hauteur de 430 millions de dollars, ainsi que l'Allemagne avec 69 millions de dollars. La France, quant

à elle, n'a pas encore défini le montant de sa subvention, mais a annoncé le 30 août 2022, sa participation financière officielle.

Ainsi, la question du financement pour soutenir la prévention, la préparation et la riposte a été propulsée sur le devant de la scène par la pandémie. Le conseil d'administration de la Banque mondiale a d'ores et déjà transmis un rapport faisant état des lieux des contributions et des commentaires des États (World Bank Group, 2022) en réponse au livre blanc sur le FIF (World Bank Group, 2022). Cette question marque probablement LE défi premier à relever pour les États et pour la coopération internationale. Que ce soit en termes de financement pour la préparation (FIF) ou pour la riposte (ACT-A), l'inclusion de ces dispositifs dans le système de SSI devrait être précisée dans le futur accord international sur les pandémies. Néanmoins, un point de vigilance est à noter quant à la garantie d'une implémentation agissante. Les États n'en sont qu'aux **prémices des négociations**. Les critiques et les dépréciations paraissent encore trop nombreuses pour avérer avec certitude la productivité de ce Fonds d'Intermédiation Financière (P. H. Clark & Pradhan, 2022).

Enfin, ces lignes directrices qui pourraient voir le jour prochainement dans le système de sécurité sanitaire international, relèvent de négociations à grande échelle entre décideurs et institutions politiques administrant la santé publique. L'objectif est de mettre en œuvre des **processus coordonnés, inclusifs, adaptés et réalisables qui prouveraient leur efficacité en situation d'urgence sanitaire**. « On a tous un intérêt direct à avoir un système international et mondial qui embarque tout le monde » (Anne-Claire AMPROU, déléguée interministérielle, 2022). Dans ce but, « un accord a été conclu pour engager davantage [...] les organisations de la société civile (OSC), [...] sur la conception du FIF ». (Kahkonen, 2022). En définitive, il convient d'envisager dès maintenant leur mise en pratique par le biais de dispositions opérationnelles sur le terrain.

3.2. De la théorie à la pratique : comment décliner de manière opérationnelle ces concepts ?

De tout temps, des accords internationaux ont été envisagés, discutés, promulgués et appliqués. Pourtant, il semble usuel d'observer leur inefficacité lorsque l'événement, pour lequel ils ont été élaborés, survient. Tel est le cas pour le Règlement Sanitaire International, foncièrement révisé trois fois depuis sa première adoption en 1951 (Règlement Sanitaire International (2005), 2005). Ces modifications ont fait suite à l'apparition d'épidémies telles que la grippe de Hong Kong, le SRAS et dorénavant la Covid-19, laissant apparaître des lacunes dans les processus instaurés. Face à ce constat, il convient de faire en sorte, autant que possible, de ne pas réitérer ces manquements. En ce sens, des **opérations concrètes résultantes des grands principes** doivent être pensées judicieusement de manière à rendre la coalition internationale agissante face aux menaces pour la santé publique.

3.2.1. Un environnement complexe impliquant de nombreux processus et accords à appréhender

Les processus de renforcement de l'architecture mondiale de santé, étudiés dans la partie II (pages 38 à 57) de ce document, relèvent d'un champ d'application déterminé. Ils concernent respectivement la prévention, la préparation, la riposte à un événement sanitaire et face à une pandémie. Afin de ne pas affaiblir le RSI déjà existant, une attention particulière est à porter quant à la **complémentarité des textes** dont les dispositions ne doivent pas se chevaucher. Pour ce faire, les négociations se déroulent dans des flux temporels parallèles avec une réflexion adhérente aux deux outils. Néanmoins, en santé publique, il est toujours préférable d'adopter une approche globale et transversale dans la résolution d'un problème de sécurité sanitaire et de ne pas envisager la réflexion que sous un seul angle.

Lors même que le RSI doive rester le cœur opérationnel de la riposte à une urgence sanitaire, *« il faut comprendre que la dimension sanitaire n'est que partielle. Il existe d'autres composantes dans le RSI qui relèvent de domaines hors champ de la santé »* (Yves IBANEZ, Chef de projet expert RSI, 2022). Dans le sens des impacts multisectoriels constatés pendant la pandémie de Covid-19, le texte traite également de questions économiques, commerciales, sociales, d'échanges internationaux, etc. L'OMS coopère donc avec l'OACI, l'Organisation Internationale du Travail (IOT), le Comité international de la Croix-Rouge ou l'Association du Transport aérien international notamment (RSI). Nous rappelons également que, dans le contexte des négociations sur le futur traité, l'OMS entretiendra un lien étroit avec l'OIE qui incarne un acteur indispensable dans la mise en place du concept « Une seule santé ». Sur les sujets de propriété intellectuelle, c'est avec l'OMC que l'OMS coopéra inmanquablement.

En considération de cet **écosystème complexe** admettant la nécessité d'épouser une vision transversale pour répondre aux menaces sanitaires, il conviendra d'être vigilant pour ne pas *« empiéter sur des textes ou mécanismes déjà existants notamment dans le domaine de la biodiversité ou de lutte contre les questions de braconnages, commerces illicites [...]. Tout est lié »* (Ariane LATHUILLE, diplomate internationale, 2022). Afin d'atténuer le risque *« il serait pertinent de lister tous les textes internationaux pertinents pour éviter de tout cloner »* (Ariane LATHUILLE, diplomate internationale, 2022). La révision du Règlement Sanitaire International et la constitution de l'accord international sur les pandémies ne sont donc pas les seuls processus intervenant dans le champ de la sécurité sanitaire internationale. La cooccurrence des discussions devra tenir compte de *« beaucoup d'organisations et de textes déjà adoptés »* (Ariane LATHUILLE, diplomate internationale, 2022).

En outre, d'autres processus ont permis des plans d'actions de lutte contre la Covid-19. Il s'agit notamment **du groupe des sept (G7)³⁸ et du groupe des vingt (G20)³⁹** qui ont « *participé à ce que tous les pays prennent collectivement la mesure de gestion* » (Ariane LATHUILLE, diplomate internationale, 2022). Malgré le fait qu'ils ne constituent pas une véritable entité juridique, ces groupes informels composés de puissants décideurs politiques, sont en mesure de porter des actions de santé publique aux répercussions mondiales considérables.

Le G20 est notamment à l'origine de l'initiative ACT-A, à la suite de l'appel des dirigeants pour mettre en place « un mécanisme mondial visant à accélérer la mise au point de tests, de traitements et de vaccins et à en assurer une distribution équitable » (Organisation mondiale de la Santé, 2021d). Par ailleurs, le groupe a organisé un sommet à Rome le 21 mai 2021, pendant lequel il décide de mettre en place un « programme pour surmonter la crise de la COVID-19 et éviter de futures pandémies » soutenant notamment le développement des capacités de production locale pour les produits de lutte contre le virus, tels que les vaccins. Lors de cet événement, il reconnaît agréer à une démarche transversale en déclarant vouloir s'engager pour les autres secteurs impactés par la crise tels que l'économie mondiale, le développement durable et la sécurité alimentaire (Gouvernement français, 2021b). Le G7, quant à lui, a pleinement soutenu le dispositif ACT-A par le biais de contributions financières à plusieurs reprises. Cette décision fait notamment partie intégrante du « Plan d'action sur la COVID-19 des ministres des Affaires étrangères du G7 » visant à faciliter, accélérer et étendre le déploiement de la vaccination sur l'ensemble du globe, y compris dans les pays les plus pauvres (France diplomatie, 2022).

Enfin, le 19 et 20 mai 2022, une réunion des ministres de la Santé du G7 a conduit à l'adoption « d'une déclaration commune et d'un Pacte pour la préparation aux pandémies » (Gouvernement français, 2022). Cette actualité semble être une promesse pour l'avenir puisque les priorités résident dans l'anticipation des futures pandémies, la lutte contre la RAM, et la résilience des systèmes de santé face au dérèglement climatique. Ce Pacte pourra avoir une incidence sur la SSI de demain et pourrait bien être le catalyseur de nouveaux accords dédiés aux futures crises présumables mais tant redoutées.

« De fait, une crise sanitaire ne se limite pas à une pandémie [...]. On peut avoir une crise sanitaire due à un événement extérieur comme le réchauffement climatique » (Anne-Claire AMPROU, déléguée

³⁸ « Les membres du G7 sont l'Allemagne, le Canada, les États-Unis, la France, l'Italie, le Japon et le Royaume-Uni » (Gouvernement français, 2018)

³⁹ « Le Groupe des 20 (G20) est un groupe qui rassemble les principales économies mondiales. [II] se compose de 19 pays et de l'Union européenne. Voici ses 20 membres : Afrique du Sud, Allemagne, Arabie Saoudite, Argentine, Australie, Brésil, Canada, Chine, Corée du Sud, États-Unis d'Amérique, France, Inde, Indonésie, Italie, Japon, Mexique, Royaume-Uni, Russie, Turquie, Union européenne » (Gouvernement canadien, 2015)

interministérielle,2022). Dans cette perspective, des processus supplémentaires seront probablement conceptualisés pour répondre aux enjeux des crises sanitaires qui, par définition, ne seront pas des pandémies. La déléguée interministérielle confirme que « *Si [l']on arrive à signer un traité sur les pandémies, [...] on va le dupliquer pour mettre en place des outils s'il y a une crise climatique, s'il y a une crise de type guerre ou autre.* » Le cas échant, il conviendra donc d'appréhender ces nouveaux processus en prêtant attention à ne pas affaiblir la puissance des autres textes, mais de préférence à les compléter. Anne-Claire AMPROU ambitionne un **mécanisme « chapeau » avec une déclinaison des accords à considérer en fonction du type de crise sanitaire déterminé.**

Le traité en devenir a donc l'air d'être « *le premier modèle* » d'une suite d'accords qui appuieront la gestion des crises ultérieures. Le système de la sécurité sanitaire outrepassé amplement le secteur sanitaire. La coexistence de nombreux processus, acteurs, outils dans le champ de la sécurité sanitaire internationale, nous contraint donc de plus en plus à vérifier leur cohérence, leur pertinence, leur complémentarité, mais aussi leur contrôle et leur évaluation.

3.2.2. Une proposition française relative à l'implémentation de mécanismes d'évaluation à différents niveaux

La pandémie de Covid-19 s'accompagne d'un mouvement dédié au retour d'expériences collectives et à la recherche partagée de solutions pour mieux faire face aux urgences sanitaires. Celui-ci symbolise une occasion unique de développer une démarche multisectorielle pour la santé et décloisonner les mécanismes d'évaluations existants. À cet égard, la mise en place d'un **examen universel de l'état de santé et de préparation (Universal Health Preparedness Review - UHPR)** a été décidé par l'OMS en septembre 2021. L'UHPR est définie comme étant « un système au travers duquel les pays sont d'accord pour une évaluation par les pairs régulière et transparente [...]. Le but étant de construire une confiance mutuelle et une responsabilité dans les domaines de la santé, en faisant collaborer les nations ensemble en tant que voisins, pour soutenir une approche pangouvernementale pour renforcer les capacités nationales de préparation aux pandémies, de couverture santé universelle et d'une population en meilleure santé » (Organisation mondiale de la Santé, 2021e).

En comparaison avec les mécanismes d'évaluation existants, cet outil semble présenter une plus-value significative. L'UHPR permettrait les évolutions majeures présentées ci-après :

- **Un niveau d'engagement politique accru** impliquant le plus haut niveau de l'État qui permettrait de renforcer les capacités des pays à un niveau stratégique pour la mise en œuvre des recommandations ;

- **L'institution d'un système financier** permettant de combler les lacunes identifiées pendant la crise mais aussi le déploiement de politiques incitatives ;
- **La prise en considération des dimensions qui dépassent le domaine sanitaire** pour construire une société plus résiliente en élargissant le champ d'application ;
- **Une solidarité nationale, régionale et mondiale plus forte** afin de mieux lutter conjointement contre les urgences sanitaires.

Pour répondre à ces enjeux, l'UHPR semble devoir disposer de **trois grandes modalités** : gouvernance et *leadership* ; système mondial et national de préparation aux urgences sanitaires fort, agile et coordonné ; ressources soutenables et durables (Organisation mondiale de la Santé, 2021e).

Ce projet de mécanisme est porté par les pays volontaires. Il prévoit trois étapes pour sa mise en route :

- Un examen de niveau national, les résultats étant retranscrits dans un rapport ;
- Un examen de la Commission consultative d'experts (Expert Advisory Commission – EAC). Les experts d'États membres de la région OMS concernée et les experts internationaux produiront un rapport complémentaire au rapport national qui comprendra notamment des éléments relatifs à l'échelon régional ;
- Un examen par la Commission mondiale de revue par les pairs (Global Peer Review Commission – GPRC). Un groupe de travail d'États membres, composé de leaders d'opinion sur des domaines clés, rédigera un rapport qui complètera à son tour le rapport EAC.

Parce qu'elle croit aux évolutions majeures que pourrait apporter cette initiative, la France tient à s'engager pour organiser une **étude pilote**⁴⁰ sur son territoire dès le début de l'année 2023. D'autres pays ont également entrepris cette démarche (Le Portugal par exemple). « *Dans un premier temps, cela permettra une auto-critique de l'expérience de la gestion de la pandémie. Dans un second temps, elle fera office d'essai pour optimiser le mécanisme à l'avenir et nous pourrons en identifier les composantes prioritaires.* » (Frédéric BOYER, conseiller expert en matière de santé internationale, 2022). En outre, la France a pour volonté d'exploiter les outils techniques mis à disposition par l'OMS et apprécie la large marge de manœuvre laissée aux États dans le cadre du projet pilote, permettant un ajustement aux spécificités nationales mais également régionale. Cette notion favorisera une approche harmonisée du mécanisme au sein de l'Union européenne.

Nous rappelons que la France soutient **l'intégration du mécanisme UHPR dans le futur traité** sur les pandémies et non pas dans le RSI comme initialement proposé par les USA. Elle partage son

⁴⁰ Étude préliminaire à petite échelle menée afin de déterminer la faisabilité du projet à grande échelle

raisonnement dans une note dédiée exposées ci-après. Du fait de son approche pangouvernementale et pansociétale pour la prévention, la préparation et la riposte aux pandémies, l'UHPR pourrait être envisagé comme un véritable outil de redevabilité. Il permettrait de relier l'engagement de haut niveau stratégique aux mécanismes opérationnels (techniques, financiers etc.) déjà existants nécessaires à leur réalisation. Étant donné sa portée universelle, son haut niveau d'implication politique et sa flexibilité, il pourrait tenir un rôle central dans l'activation des leviers d'actions. Au regard des justifications évoquées ci-avant, l'UHPR paraît donc dépasser le cadre du RSI.

Le RSI présente une limite constitutionnelle découlant de l'article 21 de la Constitution de l'OMS qui implique une disposition relative aux « exigences sanitaires et de quarantaine et d'autres procédures destinées à prévenir la propagation internationale des maladies. » (Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, 1948). Certains éléments inclus dans l'UHPR ne peuvent donc pas être appliqués en vertu du RSI. Il s'agit notamment des éléments faisant référence à l'approche globale ou à la gouvernance. Aussi, l'article 2 du RSI lui-même décrit son objectif comme étant un moyen de « prévenir la propagation internationale des maladies, s'en protéger, la maîtriser et y réagir dans le cadre de la santé publique, selon des modalités qui soient proportionnées et limitées aux risques pour la santé publique, et qui évitent toute entrave inutile au trafic et au commerce internationaux. » Il constitue donc une limite intrinsèque à l'intégration de l'UHPR dans le présent règlement. D'une part, le risque serait d'affaiblir l'accord international sur les pandémies en cours de négociation et donc de le rendre inefficace. D'autre part, un mécanisme de surveillance supplémentaire dans le RSI, prenant en compte les coûts en temps et en ressources nécessaires, qui serait en plus inapplicable en pratique, pourrait infirmer l'engagement politique fort en faveur de l'évolution.

Une concordance en matière de substance est à noter entre le futur outil pour lutter contre les pandémies et l'examen universel de l'état de santé et de préparation : principe de transparence, caractère multidimensionnel, approche « Une seule santé », engagement de haut niveau stratégique et politique, mobilisation de ressources, etc. En outre, le mécanisme UHPR s'avère être complémentaire à l'Évaluation Externe Conjointe (JEE) prévue dans le cadre de l'évaluation du RSI. Son champ d'application aborde la couverture sanitaire universelle, permettant de s'assurer de la santé des populations et de la résilience des systèmes de santé. En définitive, la France propose ce mécanisme comme pilier central et outil stratégique de l'instrument international sur les pandémies.

À l'égard de la dimension globale couplée au mécanisme UHPR, la France propose **un mécanisme « chapeau » et une approche modulaire** qui favorisait l'implémentation opérationnelle du mécanisme UHPR. La proposition est schématisée en [annexe 10](#) et décrite ci-après :

- **Mécanisme « chapeau »** : L'UHPR pourrait superviser l'ensemble des autres outils d'évaluation ayant une dimension plus technique, dont ceux relatifs à l'évaluation du RSI. Cette organisation permettrait d'impliquer le niveau stratégique en engageant l'échelon politique et d'engager également une action multisectorielle forte. Afin d'avoir une première visibilité sur les bénéfices d'un éventuel mécanisme « chapeau », la France propose d'intégrer les recommandations d'une réalisation conjointe de JEE et de l'évaluation des performances des services vétérinaires (PVS-OIE), dans le cycle UHPR.
- **Approche modulaire** : L'UHPR va dans le sens d'une évaluation régulière des États. Par conséquent, le mécanisme se prête à un fonctionnement échelonné et cyclique d'évaluation, qui prendrait en considération les évaluations déjà réalisées. Autrement dit, il pourrait évaluer indépendamment et selon les besoins des États, les différents modules que constitueraient les mécanismes d'évaluation techniques déjà existants tout en accordant la flexibilité nécessaire à l'intégration de nouvelles évaluations pertinentes. En fin de compte, une approche modulaire permettrait de hiérarchiser la sélection des sources de données et des indicateurs les plus pertinents sur les capacités de préparation en fonction des priorités pour garantir leur application.

Désireuse d'une architecture sanitaire mondiale solide et de systèmes de santé résilients, la France prend à cœur son rôle de *leader* dans le renforcement des processus régissant l'organisation de la sécurité sanitaire internationale. Elle est d'ores et déjà fortement impliquée dans les processus de négociation faisant référence à la révision du RSI, à la genèse de l'accord international sur les pandémies ou encore à la mise en place de l'*Universal Health and preparedness Review*. Par ailleurs, elle se donne également comme objectif l'implémentation de **la formation comme socle d'une coalition mondiale**.

3.2.3. La formation comme fondement de la future solidarité internationale

D'un point de vue français, le **Bureau OMS de Lyon** est un acteur clef de la SSI. Pour cause, il peut jouer d'une position privilégiée, à l'interface entre le RSI, le renforcement des systèmes de santé et les urgences sanitaires. En effet, sa mission consiste à aider les pays, en collaboration avec les bureaux régionaux et nationaux, à renforcer les systèmes de surveillance et d'action afin de permettre à tous les pays de mieux détecter, évaluer, notifier et répondre aux événements pouvant constituer une USPPI. Créé en 2001, le Bureau de l'OMS localisé à Lyon incarne donc le « Centre d'excellence pour le renforcement des laboratoires de santé publique ». Il est à l'origine de la diffusion de « lignes directrices, d'outils, de bonnes pratiques et de programmes d'apprentissage » permettant un appui à

la lutte contre les menaces sanitaires mondiales (Bureau de l'OMS de Lyon, 2021). L'une de ses activités porte historiquement sur l'apprentissage orienté vers les acteurs concernés par le RSI.

À plusieurs reprises durant la pandémie, les actions du Bureau ont permis aux États d'avoir des clés de réponse adaptées. Afin de les soutenir dans le renforcement de leurs capacités de laboratoire, le Bureau a publié des documents techniques de référence, notamment relatifs au diagnostic biologique de la Covid-19 ou aux mesures visant à atténuer les risques pour la santé lors de voyages internationaux. En outre, il a mis à disposition des États plusieurs cours d'apprentissage et plusieurs outils de formation tels que le cours sur les mesures de prévention de propagation des maladies.

Alors que la pandémie se poursuit, la variole du singe fait déjà son entrée au sein de notre société, ce qui « *préfigure un monde constitué de menaces épidémiques récurrentes et favorisées par les effets du réchauffement climatique, les relations de plus en plus étroites entre l'Homme et l'animal ou encore la croissance démographique* » (François ESMYOT, conseiller expert à la MAEI, 2022). Pour y faire face, le Bureau de Lyon semble avoir toutes les compétences pour contribuer au renforcement de l'architecture mondiale pour la prévention, la préparation et la riposte aux urgences de santé publique ainsi qu'à sa pérennisation. Par conséquent, La France présume qu'il devrait non seulement prendre part aux travaux sur les amendements ciblés au RSI mais aussi aux discussions dans le cadre des évaluations des capacités au présent règlement.

Malgré cela, le Bureau connaît une certaine instabilité quant à son positionnement. Ce désagrément est en partie lié à la mise en place de deux nouvelles structures de l'OMS qui reprendraient partiellement les fonctions du Bureau. Il s'agit du **Hub de Berlin**⁴¹ pour la fonction « surveillance » et **l'Académie de l'OMS**, chargée de la formation et qui devraient se coaliser avec le Bureau de Lyon sur les activités de formation liées au RSI. Cette dernière nouvelle entité désigne désormais « le centre de formation continue à la pointe du progrès » et « proposera des programmes de formation multilingues et personnalisés dans des formats numériques, en présentiel ou mixtes, en mettant à disposition les dernières orientations fondées sur des données probantes en matière de santé, en utilisant les technologies d'apprentissage de pointe et les progrès les plus récents des sciences de la formation. » L'académie sera, tout comme le Bureau, située à Lyon (Organisation mondiale de la Santé, 2022a).

La France considère, au même titre que le Bureau de l'OMS à Lyon, que l'Académie forme une structure essentielle à la transformation de l'OMS et à l'optimisation de sa réactivité en situation d'urgence. Toutefois, un point de vigilance est à rapporter sur l'articulation des activités, qui devrait être optimale

⁴¹ « Ce centre de l'OMS sera une plateforme mondiale consacrée à la collecte de renseignements sur les pandémies et les épidémies » (Organisation mondiale de la Santé, 2021c)

entre le bureau et l'Académie. L'objectif est d'éviter les doublons entre les deux entités, mais aussi de soutenir le développement de l'Académie tout en valorisant le rôle du Bureau. Naturellement, « *une complémentarité de ces deux centres permettrait de fournir des solutions d'apprentissage exhaustives, avec un haut niveau d'ambition* » (François ESMYOT, conseiller expert à la MAEI, 2022).

En sus de sa position privilégiée, le Bureau de Lyon bénéficie d'une position unique lui permettant de renforcer les coopérations régionales. En effet, il implique de nombreux échanges de bonnes pratiques et le déploiement de mécanismes pour une meilleure coopération tant à l'intérieur des régions, qu'entre les régions. « *Le Bureau impulse une « solidarité de fait » entre les États* » (François ESMYOT, conseiller expert à la MAEI, 2022).

À ce sujet, les enjeux de santé mondiale en général ont pris une place prépondérante dans les discussions portées, par la Commission européenne et les États membres, sur la scène internationale. La pertinence de l'échelle régionale, et plus précisément de l'échelon européen, pour répondre aux menaces sanitaires de portée internationale a été mise en évidence lors de la pandémie. En termes de formation, le **Centre européen de prévention et de contrôle des maladies** a pour mission de « renforcer la protection contre les maladies infectieuses en Europe ». Elle est donc, entre autres, chargée de coordonner divers programmes de formation « en épidémiologie, maladies transmissibles et santé publique » (Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, 2022b). Cette agence de l'UE dispose donc d'un développement professionnel continu, concédant l'opportunité aux États « de maintenir une main-d'œuvre suffisamment qualifiée pour faire face efficacement aux menaces sanitaires transfrontalières » ; d'une « Académie virtuelle » accessible grâce à la « plateforme ECDC Virtual Academy (EVA)⁴² » ; et proposera prochainement des échanges professionnels avec « des experts de haut niveau en santé publique » (Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, 2022c).

Enfin, à l'échelon national, la France semble reconnaître la formation comme étant l'un des moyens les plus efficaces pour construire une solidarité internationale forte et pour réagir le plus efficacement possible face à une urgence sanitaire. Pourtant, « les filières d'enseignement, de recherche et d'expertise académique dédiées à la santé mondiale restent [de manière générale] très insuffisantes en France » (Think tank « santé mondiale 2030 », 2022). En effet, le **Bureau OMS**, le **Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC)** et l'**Académie OMS**, tous localisés à Lyon ainsi que l'**OIE** situé à Paris sont les seules institutions sanitaires internationales placées en France. Malgré son manque de présence et sa faible perceptibilité au sein du réseau académique international, la nation possède une expertise notoire en matière de santé (Think tank « santé mondiale 2030 », 2020). Il serait

⁴² La plateforme est accessible en ligne (Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, 2022a)

donc pertinent d'élaborer des stratégies afin que la reconnaissance de cette expertise académique soit étendue au domaine de la SSI.

Aujourd'hui, quelques formations en santé publique, seulement, abordent les sujets de santé mondiale ou de sécurité sanitaire. Elles sont proposées par exemple par **l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), l'Institut de Santé Publique, d'Épidémiologie et de Développement (ISPED), ou encore l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE)** mais aucune spécialisation officielle sur ces sujets n'est proposée par les institutions académiques françaises. Ce paramètre amène les professionnels et chercheurs à se diriger vers les pays étrangers, davantage dotés en formation ou à se tourner vers des formations apportant un champ de compétences excédant celui désiré (Think tank « santé mondiale 2030 », 2020). L'EHESP, école accréditée par l'Agence européenne d'accréditation de programmes et d'écoles de santé publique (École des Hautes Études en Santé Publique, 2020) et ayant une renommée internationale, pourrait alors représenter un levier opérationnel afin d'offrir des formations diplômantes de haut niveau pour les métiers relevant de la sécurité sanitaire.

En outre, l'État a annoncé la mise en place du **4^{ème} Programme d'Investissement d'Avenir (PIA)**, « dédié à l'enseignement supérieur, à la recherche et à l'innovation » (Gouvernement français, 2021c). En septembre 2021, un communiqué de presse indique que les maladies infectieuses émergentes et réémergences feront l'objet d'une stratégie nationale d'accélération dans ce cadre et pourront bénéficier d'un financement d'investissement de près de **110 millions d'euros** (Vidal et al., 2021). Cette stratégie « portera [notamment] sur toute la chaîne de valeur, de la recherche à l'innovation, au développement de capacités industrielles de production de contre-mesures et aux stocks stratégiques à constituer et renouveler, et prendra en compte la minimisation des impacts environnementaux » (Gouvernement français, 2021a). Dans ce contexte, l'EHESP semble compétente pour se positionner en tant qu'acteur indispensable à la mise à disposition d'un dispositif de formation de qualité supérieur et durable. Elle pourrait notamment intégrer le nouvel « **Institut dédié à la formation des décideurs à la problématique « Une seule santé »** », correspondant à un concept permettant un parcours de formation multidisciplinaire et transversal (Gouvernement français, 2021a).

En résumé, la formation semble équivaloir au point d'entrée du renforcement des capacités de prévention, de préparation et de riposte à l'échelle mondiale pour faire face aux urgences sanitaires que l'on connaîtra inéluctablement à l'avenir. La cohésion sur le marché entre l'offre internationale, européenne et française permettra de garantir une formation de pointe perfectionnée et exhaustive.

Conclusion

La pandémie de Covid-19, d'une ampleur sans pareille, a mis en lumière les **failles de nos systèmes de santé** et les manquements aux textes qui régissent notre solidarité internationale face à une urgence sanitaire. Elle a occasionné des effets désastreux sur le bien-être de notre société en faisant plus de 6,4 millions de morts, en plongeant 135 millions de personnes dans la précarité et en impactant les secteurs économiques, politiques, commerciales, sociales, etc. Au regard des enseignements tirés de cette pandémie, ce document cherche donc à analyser les **processus régissant le système de SSI** qui sont nécessaires à la conduite du changement pour un **renforcement de la prévention, de la riposte et de la réponse aux urgences sanitaires**.

Pour construire un monde plus sûr, une **gouvernance coordonnée** nationale, régionale et mondiale robuste et soutenue par l'ensemble des parties prenantes figure comme étant une condition *sine qua non* pour prévenir les épidémies, s'y préparer et intervenir rapidement de manière équitable, inclusive et performante. Deux grands enjeux relèvent donc du renforcement de l'architecture sanitaire mondiale et du rôle central de **l'Organisation mondiale de Santé** : en premier lieu, **l'amendement du Règlement Sanitaire International**, actuellement seul texte juridiquement contraignant et universel dédié à la préparation et à la riposte, pour renforcer les capacités de surveillance et d'alerte précoce afin de prévenir, détecter les maladies infectieuses émergentes ainsi que limiter leur propagation mondiale. D'autre part, **l'élaboration d'un nouvel instrument international** sur les pandémies afin d'honorer le droit de tous à la santé et à l'accès aux fournitures médicales (vaccins, traitements, produits de diagnostic, EPI, etc.), ainsi que d'adopter une approche intersectorielle rassemblant l'ensemble des acteurs qui peuvent être impactés par une pandémie.

Certaines initiatives ont déjà vu le jour, ce qui laisse présager une certaine proactivité de l'ensemble du globe dans l'institution du monde à venir. Il s'agit notamment du **dispositif ACT-A** pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la Covid-19, la création d'un **centre de transfert de technologies** en Afrique du Sud avec la **levée des droits de propriété industrielle** qui, pour l'heure, reste tout de même relativement modeste, et l'instauration hypothétique d'un **Fonds d'Intermédiation Financière** consacré à la préparation et à l'intervention en cas de pandémie. Il conviendra dorénavant de moduler ces instruments afin de permettre leur pérennisation. Néanmoins, les systèmes de santé devront également faire preuve d'une **grande résilience** face à l'émergence, de plus en plus fréquente, de **maladies infectieuses d'origine zoonotique** causées en partie par les activités humaines qui bouleversent nos écosystèmes. À cet égard, **l'approche transversale « Une seule santé »**, considérant

les liens étroits entre la santé humaine, animale et environnementale, semble devoir être une composante prioritaire des politiques publiques à conceptualiser.

De nombreux défis restent à surmonter, bien qu'une prise de conscience soit à noter quant à la reconnaissance des avantages d'une **coalition mondiale**. Une attention particulière doit être portée à la **déclinaison opérationnelle** des grands concepts évoqués. En conséquence, la complémentarité avec les processus existants, évitant les incompatibilités en pratique ; les évaluations concernant la bonne mise en œuvre des textes ainsi que leur contrôle, notamment par le déploiement de l'**Universal Health Preparedness Review** ; le développement des réseaux académiques dédiés à la formation des acteurs de la SSI, sont des leviers d'actions pour matérialiser le renforcement du système de santé mondial.

Le caractère multidimensionnel d'une crise sanitaire est désormais reconnu. La société doit donc se préparer à d'autres risques pour la santé publique qui ne prétendent pas être de type épidémique. À titre d'exemple, les **péripéties climatiques**, avec les vagues de chaleur et la montée des eaux provoquant des inondations, ou encore les tensions géopolitiques à l'origine de **conflits armés** représenteront probablement les menaces de demain qui requerront une mobilisation internationale accrue ainsi que des processus adéquats administrant les lignes directrices à suivre.

Enfin, les compétences des organisations régionales restent à préciser face à la souveraineté accordée aux États en matière de santé. L'instauration d'un « **événement régional de préoccupation mondiale** » permettrait de mobiliser des moyens appropriés et conformes aux spécificités de la région afin d'anticiper les menaces pour la santé et, par filiation, limiter leur circulation à l'échelle planétaire.

Le virus de la **variole du singe** s'avère en être la parfaite illustration. Cette maladie infection émergente n'est pas foncièrement nouvelle et sévit déjà sur le continent africain. En 2020, la République démocratique du Congo enregistre un taux de létalité de 3,7 % (Organisation mondiale de la Santé, 2020). De même, le taux de létalité est estimé à 3,6 % pour l'ouest de l'Afrique allant du Sahara occidental au Nigéria (GEROME, 2022). Le virus ne remplissait jusqu'à présent pas les critères d'une urgence de santé publique. Ce n'est que le 23 juillet 2022, que l'OMS classe l'épidémie de *Monkeypox* comme USPPI. L'élément déclencheur semble correspondre à l'apparition de cas en Occident. Pourtant, un faible risque de mortalité est observé dans les pays développés dotés de systèmes de santé octroyant l'accès aux soins (Organisation mondiale de la Santé, 2022I). De ce fait, nous pourrions nous interroger quant au **fondement même des institutions de santé mondiale** qui pourraient bien se refléter encore aujourd'hui. En effet, la conférence sanitaire internationale de 1851, créant l'institution archaïque pré-OMS, était initialement destinée à empêcher le choléra et la peste de passer de l'Empire Ottoman à l'Europe.

Bibliographie

Ouvrages :

Alla, F. (2016). 3. Les déterminants de la santé. In *Traité de santé publique* (p. 15-18). Lavoisier.

<https://doi.org/10.3917/lav.bourd.2016.01.0040>

Gwenael Vourc'h, Moutou François, Morand Serge, & Jourdain Elsa. (2021). *Les zoonoses, ces maladies qui nous lient aux animaux* (1ère édition). Quae.

Hollande, F. (Éd.). (2013). *Défense et sécurité nationale 2013 : Livre blanc*. Documentation française.

http://www.livreblancdefenseetsecurite.gouv.fr/pdf/le_livre_blanc_de_la_defense_2013.pdf

Houssin, D. (2016). 5. Approche globale de la sécurité sanitaire au prisme des accords internationaux. Évolutions du Règlement sanitaire international. In *Traité de santé publique* (p. 26-32). Lavoisier.

<https://doi.org/10.3917/lav.bourd.2016.01.0051>

Nicolle, C. (1939). *Destin des maladies infectieuses* (3^e éd.).

<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k62789251>

Robin, Marie-Monique. (2021). *La Fabrique des pandémies*.

<https://www.editions-ladecouverte.fr/la-fabrique-des-pandemies-9782348054877>

Tabuteau, D. (2016). 6. Principes et organisation de la sécurité sanitaire. In *Traité de santé publique* (3^e éd., p. 33-42). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.bourd.2016.01.0058>

Union européenne. (2018). *Le nouveau consensus européen pour le développement : «notre monde, notre dignité, notre avenir»*. Office des publications de l'Union européenne.

<https://data.europa.eu/doi/10.2841/890484>

Articles :

Bajos Nathalie, Warszawski Josiane, Pailhé Ariane, Counil Emilie, Jusot Florence, Spire Alexis, Martin Claude, Meyer Laurence, Sireyjol Antoine, Franck Jeanna-Eve, & Lydié Nathalie. (2020). Les inégalités sociales au temps du COVID-19 : Parution d'un numéro spéciale de la revue Questions de Santé Publique. *IReSP*, 12. <https://iresp.net/actualite/numero-speciale-de-la-revue-question-de-sante-publique-les-inegalites-sociales-au-temps-du-covid-19/>

Balmond, L. (2021). La sécurité sanitaire internationale face à la pandémie de la Covid-19. *Paix et sécurité européenne et internationale*, 48. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03300110>

AfriqueRenouveau. (2022). *L'Afrique intensifie la vaccination contre la COVID-19 ciblant les personnes les plus à risque*. AfriqueRenouveau. <https://www.un.org/africarenewal/fr/magazine/juin-2022/l%E2%80%99afrique-intensifie-la-vaccination-contre-la-covid-19-ciblant-les-personnes-les>

Cassier, M. (2022). Transfert de technologies, brevets et vaccins contre la Covid-19 : Nouveaux mécanismes destinés à faire des vaccins des biens communs mondiaux. *Cahiers Droit, Sciences & Technologies*, 14, 103-115. <https://doi.org/10.4000/cdst.6074>

Chauvot, Myriam. (2022, juin 19). Tollé dans l'industrie pharmaceutique après la levée des brevets sur les vaccins Covid. *Les Echos*. <https://www.lesechos.fr/industrie-services/pharmacie-sante/tolle-dans-lindustrie-pharmaceutique-apres-la-leeve-des-brevets-sur-les-vaccins-covid-1414309>

Conseil de l'Union européenne. (2022a). *Premier transfert de technologie pour les vaccins à ARNm— Collaborer pour mettre au point de nouvelles solutions*. <https://www.consilium.europa.eu/fr/european-council/president/news/2022/02/18/20220218-mrna-vaccines-technology-transfer/>

Groupe des Nations Unies pour le développement durable. (2021). *10 moments-clés en matière de santé mondiale en 2021*. <https://unsdg.un.org/fr/latest/stories/10-moments-cles-en-matiere-de-sante-mondiale-en-2021>

Conseil de l'Union européenne. (2022b). *Un traité international sur la prévention des pandémies et la préparation à celles-ci*. <https://www.consilium.europa.eu/fr/policies/coronavirus/pandemic-treaty/>

euronews. (2021). Covid-19 : Unis pour élaborer un traité sur les pandémies. *euronews*. <https://fr.euronews.com/2021/03/30/covid-19-unis-pour-elaborer-un-traite-sur-les-pandemies>

Europe direct. (s. d.). *L'action de l'Union européenne face au Covid-19 | Strasbourg Europe*. Consulté 30 août 2022, à l'adresse <https://www.strasbourg-europe.eu/laction-de-lunion-europeenne-face-au-covid-19/>

France diplomatie. (2021). La France et la sécurité sanitaire internationale. *France Diplomatie - Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères*. <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/politique-etrangere-de-la-france/developpement/priorites-sectorielles/la-sante/la-france-et-la-securite-sanitaire-internationale/>

France diplomatie. (2022). *Plan d'action sur la COVID-19 des ministres des Affaires étrangères du G7 (14.05.2022)*. France Diplomatie - Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères. <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/politique-etrangere-de-la-france/developpement/evenements-et-actualites-sur-le-theme-du-developpement/evenements-et-actualites-sur-le-theme-du-developpement-2022/article/plan-d-action-sur-la-covid-19-des-ministres-des-affaires-etrangeres-du-g7-14-05>

Grudler, C. (2022). Levée des brevets sur les vaccins anti-Covid : Solution miracle ou dangereux mirage ? *Cahiers Droit, Sciences & Technologies*, 14, 31-47. <https://doi.org/10.4000/cdst.5799>

Guilbaud, A. (2021). Négocier l'ouverture contrôlée des organisations internationales aux acteurs non-étatiques : Le cas de l'Organisation Mondiale de la Santé. *Négociations*, 36(2), 7-27. <https://doi.org/10.3917/neg.036.0007>

Houssin, D. (2020). La coopération sanitaire internationale à l'épreuve du COVID-19. *Politique étrangère, Automne*(3), 33-45. <https://doi.org/10.3917/pe.203.0033>

Lesage, Madeleine. (2014). « ONE HEALTH » – UNE SEULE SANTE SANTE HUMAINE, ANIMALE, ENVIRONNEMENT : LES LEÇONS DE LA CRISE. 4. https://reporterre.net/IMG/pdf/cep_analyse_66_zoonoses_enjeux_et_perspectives_cle4fb825.pdf

Maillard, C. (2018). Le rôle de l'OMS dans la santé internationale. *Les Tribunes de la santé*, 58(1), 77-78. <https://doi.org/10.3917/seve1.058.0077>

INSERM. (2020). *Premiers résultats des enquêtes de santé publique de l'Inserm sur la Covid-19 : Facteurs de risque individuels et sociaux*. Salle de presse | Inserm. <https://presse.inserm.fr/premiers-resultats-des-enquetes-de-sante-publique-de-linserm-sur-la-covid-19-facteurs-de-risque-individuels-et-sociaux/41032/>

Lefebvre, Maxime. (2021). *L'Union européenne face à la pandémie de Covid-19*. vie-publique.fr. <https://www.vie-publique.fr/parole-dexpert/282804-lunion-europeenne-face-la-pandemie-de-covid-19>

Mallard, G., Sun, J., Moret, E., & IHEID Genève. (2021). Le souci des populations sous sanctions : Un défi pour la gouvernance de la santé mondiale à l'ère du coronavirus. *Savoir/Agir*, 56(2), 21-27. <https://doi.org/10.3917/sava.056.0023>

Maurel, R. (2020). « L'(in)activité du Conseil de sécurité face au Covid-19 : Où est confinée la "communauté" internationale » ?". *Revue des droits et libertés fondamentaux - RDLF*, 13. <https://hal.uca.fr/hal-02550663>

Milcent Carine. (2021). « La crise sanitaire nous amène à tenir compte de la relation entre la consommation et la santé ». *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/idees/article/2021/04/16/la-crise-sanitaire-nous-amene-a-tenir-compte-de-la-relation-entre-la-consommation-et-la-sante_6077020_3232.html

ONU. (2022). Pandémies : Vers un nouvel accord international de l'OMS juridiquement contraignant. *ONU Info*. <https://news.un.org/fr/story/2022/07/1124272>

Organisation mondiale de la santé animale. (2004). Les zoonoses émergentes et ré-émergentes. *OMSA - Organisation mondiale de la santé animale*. <https://www.woah.org/fr/les-zoonoses-emergentes-et-re-emergentes/>

Organisation mondiale de la santé animale. (2022). Une seule santé. *OMSA - Organisation mondiale de la santé animale*. <https://www.woah.org/fr/ce-que-nous-faisons/initiatives-mondiales/une-seule-sante/>

PRATS-MONNE, X., MARCHAID, I., BIZARD, F., COLOMBO, F., DOLLFUS, H., FERNANDES, S., PERISSICH, R., PIZZARO, L., & RANDAZZO, C. (2021). *Pour une europe de la santé* (p. 60). <https://institutdelors.eu/publications/pour-une-europe-de-la-sante/>

Robert, Richard. (2021). Comment la crise du Covid-19 a fortement aggravé les inégalités sociales [Review of *Comment la crise du Covid-19 a fortement aggravé les inégalités sociales*, par Antoniodo Lecea, Antonio & Coatanlem Yann]. *Polytechnique Insights*. <https://www.polytechnique-insights.com/dossiers/societe/titre-definitive-du-dossier-pourquoi-les-inegalites-sociales-saccroissent-au-xxie-siecle/comment-la-crise-du-covid-19-a-fortement-aggrave-les-inegalites-sociales/>

Roy, M. (2020). Le système sanitaire international à l'épreuve du Covid-19. *vie-publique.fr*. <https://www.vie-publique.fr/parole-dexpert/277566-le-systeme-sanitaire-international-lepreuve-du-covid-19>

Vidal, F., Boudy, Guillaume, & Damerval, Thierry. (2021). *COMMUNIQUÉ DE PRESSE - Plan d'investissement d'avenir*. 5. <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/investissements-d-avenir-annonce-des-resultats-de-la-premiere-vague-et-lancement-de-la-deuxieme-50456>

GEROME, P. (2022). *Plusieurs cas de monkeypox sans lien avec l’Afrique occidentale et centrale confirmés en Europe*. <http://www.mesvaccins.net/web/news/19248-plusieurs-cas-de-monkeypox-sans-lien-avec-l-afrique-occidentale-et-centrale-confirmes-en-europe>

Gouvernement français. (2021b). *Déclaration de Rome des chefs d’État et de Gouvernement du G20*. elysee.fr. <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2021/11/01/declaration-de-rome-des-chefs-detat-et-de-gouvernement-du-g20>

Organisation mondiale de la Santé. (2020). *Orthopoxvirose simienne – République démocratique du Congo*. <https://www.who.int/fr/emergencies/disease-outbreak-news/monkeypox-democratic-republic-of-the-congo>

Organisation mondiale de la Santé. (2021c). *Hub de Berlin—L’OMS et l’Allemagne créent un nouveau centre consacré à la prévention des épidémies*. <https://www.who.int/fr/news/item/05-05-2021-who-germany-launch-new-global-hub-for-pandemic-and-epidemic-intelligence>

Organisation mondiale de la Santé. (2021d). *Les dirigeants du G20 renforcent leur soutien au Dispositif pour accélérer l’accès aux outils de lutte contre la COVID-19, mais pour poursuivre sur la lancée, des mesures urgentes et immédiates s’imposent*. [https://www.who.int/fr/news/item/21-05-2021-g20-leaders-boost-support-of-the-access-to-covid-19-tools-\(act\)-accelerator-but-urgent-and-immediate-action-is-needed-to-maintain-momentum](https://www.who.int/fr/news/item/21-05-2021-g20-leaders-boost-support-of-the-access-to-covid-19-tools-(act)-accelerator-but-urgent-and-immediate-action-is-needed-to-maintain-momentum)

Organisation mondiale de la Santé. (2022e). *L’OMS annonce les premiers destinataires de la technologie du hub de vaccins à ARNm avec le soutien solide de partenaires africains et européens*. <https://www.who.int/news/item/18-02-2022-who-announces-first-technology-recipient-of-mrna-vaccine-hub-with-strong-support-from-african-and-european-partners>

Ritchie, H., Mathieu, E., Rodés-Guirao, L., Appel, C., Giattino, C., Ortiz-Ospina, E., Hasell, J., Macdonald, B., Beltekian, D., & Roser, M. (2020). *Coronavirus Pandemic (COVID-19). Our World in Data*. <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

Union européenne. (2022a). *Accord provisoire sur une nouvelle législation de l’UE concernant les menaces transfrontières graves pour la santé*. <https://www.consilium.europa.eu/fr/press/press-releases/2022/06/23/provisional-agreement-on-new-eu-law-on-serious-cross-border-threats-to-health/>

Clark, E. J. S., Helen. (2022). The Status Quo Won't Save Us From the Next Pandemic. *Foreign Policy*. <https://foreignpolicy.com/2022/08/27/who-prevent-pandemic-covid-monkeypox-independent-panel/>

Clark, P. H., & Pradhan, S. (2022). Opinion : Here we go again ... Pandemic preparedness financing. *Devex*. <https://www.devex.com/news/sponsored/opinion-here-we-go-again-pandemic-preparedness-financing-103848>

Kahkonen, S. (2022). Financial Intermediary Fund for Pandemic Prevention, Preparedness and Response. *World Bank*. <https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/products-and-services/brief/financial-intermediary-fund-for-pandemic-prevention-preparedness-and-response-engagement>

Rapports – Études - Dossiers :

Adhanom Ghebreyesus Tedros. (2021). *Rapport du Groupe de travail des Etats 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*—Rapport du Directeur général (SSA2/3; p. 10). OMS. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA2/SSA2_3-fr.pdf

Adhanom Ghebreyesus Tedros. (2022). *Renforcer l'architecture mondiale de préparation, de réponse et de résilience aux urgences sanitaires* (p. 31). OMS. <https://www.who.int/publications/m/item/white-paper-consultation-strengthening-the-global-architecture-for-health-emergency-preparedness-response-and-resilience>

Blake, T. (2021). *COVID-19: Make it the Last Pandemic* (p. 86). OMS. https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf

Dubost, C.-L. (DREES/OSAM/BESP), Pollak Catherine, & Rey Sylvie. (2020). *Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19* (p. 40). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/DD62.pdf>

Conseil de surveillance de la préparation mondiale. (2021). *Rapport annuel GPMP* (p. 51). <https://www.gpmb.org/annual-reports/annual-report-2021>

Groupe indépendant de haut niveau du G20 sur le financement des ressources communes mondiales pour la préparation et la réponse aux pandémies. (2021). *Rapport G20* (p. 92). <https://pandemic-financing.org/wp-content/uploads/2021/07/G20-HLIP-Report.pdf>

HCSP. (2021). Crise sanitaire de Covid-19 et inégalités sociales de santé. In *Rapport de l'HCSP*. Haut Conseil de la Santé Publique. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1127>

Organisation mondiale de la Santé. (2021k). *Groupe de travail des États Membres sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires (WGPR)—Analyse du Secrétariat soumise à l'examen du Groupe de travail pour déterminer plus avant l'intérêt que présenterait un nouvel instrument sur la préparation et la riposte aux pandémies et options pour accroître l'efficacité du Règlement sanitaire international (2005), avec examen des avantages, des risques et des incidences juridiques* (A/WGPR/3/6; p. 15). https://apps.who.int/gb/wgpr/pdf_files/wgpr3/A_WGPR3_6-fr.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2021g). *Rapport de synthèse des Coprésidents concernant la première réunion du Groupe de travail sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux situations d'urgence sanitaire (15 et 16 juillet 2021)* (p. 4). https://apps.who.int/gb/wgpr/pdf_files/wgpr1/WGPR1_7-fr.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2021h). *Rapport du Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire* (A74/16; p. 18). https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_16-fr.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2021i). *Renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire : Application du Règlement sanitaire international (2005)* (EB148/19; p. 10). OMS. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_19-fr.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2021j). *Renforcement de la préparation et de la riposte de l'oms aux urgences sanitaires* (A74/A/CONF./2; p. 15). OMS. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_ACONF2-fr.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2022f). *Outcomes of the first round of public hearings* (p. 7). https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb1/A_INB1_10-en.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2022h). *Proposal by the Bureau of a Member State-led process for the development of a working draft, with possible establishment of subgroups* (p. 16). https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb1/A_INB1_11-en.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2022i). *Rapport WGPR à l'AMS75* (p. 59). https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_17-fr.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2022j). *Secretariat information paper on the provisions of the WHO Constitution under which the instrument could be adopted* (p. 3). OMS. https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb1/A_INB1_INF1-en.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2022k). *Summary report on the results of the INB digital platform* (p. 8). https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb1/A_INB1_9-en.pdf

Tavernier, J.-L., Goin, A., Demaison, C., Grivet, L., Lesdos, C., & Maury-Duprey, D. (2020). *Directeur de la publication—France, portail social* (p. 336). OMS. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4928952>

World Bank Group. (2022). *A Proposed Financial Intermediary Fund (FIF) for Pandemic Prevention, Preparedness and Response Hosted by the World Bank* (p. 12). <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/018ab1c6b6d8305933661168af757737-0290032022/original/PPR-FIF-WB-White-Paper.pdf>

World Bank Group. (2022). *Establishment of a financial intermediary fund for pandemic prevention, preparedness and response* (p. 23). <https://documents1.worldbank.org/curated/en/733191656685369495/pdf/Establishment-of-a-Financial-Intermediary-Fund-for-Pandemic-Prevention-Preparedness-and-Response.pdf>

Actes juridiques – législation :

Chapitre 1er : Politique de santé., Code de la Santé Publique (2016). <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000031927461/2016-01-28>

Assemblée nationale—Union européenne : Acquisition de contre-mesures médicales, (2017). https://www.assemblee-nationale.fr/14/dossiers/accord_acquisition_contre-mesures_medicales.asp

Bajos Nathalie, Warszawski Josiane, Pailhé Ariane, Council Emilie, Jusot Florence, Spire Alexis, Martin Claude, Meyer Laurence, Sireyjol Antoine, Franck Jeanna-Eve, & Lydié Nathalie. (2020).

Décision commission HERA, 8 (2021). <file:///Users/lauraceminara/Downloads/090166e5e281f50d.pdf>

Conseil de l'Union européenne. (2022c). *Décision du Conseil autorisant l'ouverture des négociations au nom de l'Union européenne en vue d'un accord international sur la prévention, la préparation et la riposte aux pandémies et d'amendements complémentaires au règlement sanitaire international (2005)* (N° 7460/22; p. 4). https://www.consilium.europa.eu/media/55194/st_7460_2022_init_fr.pdf

Un environnement, une santé—Quatrième plan national Santé environnement, 80 (2021). https://www.ecologie.gouv.fr/sites/default/files/210526_PNSE%202021_BAT2.pdf

Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, 18 (1948). <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>

Règlement Sanitaire International (2005), 102 (2005). http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43982/9789242580419_fre.pdf?sequence=1

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, 1 (2021). [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74\(16\)-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74(16)-fr.pdf)

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, 3 (2021). [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)

Renforcement du Règlement sanitaire international (2005) par un processus de révision au moyen d'amendements éventuels, n° EB150/CONF./3, 2 (2022). https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150/B150_CONF3-fr.pdf

Cinquième rapport de la Commission A - Proposition d'amendements au Règlement Sanitaire International (2005) -Projet d'adoption, Pub. L. No. A75/67, 7 (2022). [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_67\(draft\)-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_67(draft)-fr.pdf)

Traité sur le Fonctionnement de l'Union Européenne, 344 (2009). <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:12012E/TXT:fr:PDF>

Union européenne. (2022d). *Répartition des compétences au sein de l'Union européenne*. <https://eur-lex.europa.eu/FR/legal-content/summary/division-of-competences-within-the-european-union.html>

Documents - Notes :

BEC, É. (2022). *Biblio sélective*. <https://drapps-occitanie.fr/les-dossiers-du-drapps/bibliographies-thematiques/bibliographie-selective-one-health/>

Gouvernement français. (2021a). *4e Programme d'investissements d'avenir (PIA 4) Volet « dirigé »*. <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/content/download/91479/586145/file/Strategie%20d'acceleration%20«%C2%A0Maladies%20infectieuses%20emergentes%20-%20menaces%20nucl%C3%A9aires%20radiologiques%20biologiques%20et%20chimiques%20»%20.pdf>

Organisation mondiale de la Santé. (2022d). *Draft consolidated outline document of the substantive elements, as a basis for consideration and discussion*. https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb1/A_INB1_8-en.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2022g). *Projet de document de synthèse annoté portant sur une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies*. https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb1/A_INB1_12-fr.pdf

Think tank « santé mondiale 2030 ». (2020). *Structurer le champ académique de la Santé mondiale en France*. <https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=la+france+dans+le+r%C3%A9seau+acad%C3%A9mique+mondial+en+sant%C3%A9+mondiale&ie=UTF-8&oe=UTF-8>

Think tank « santé mondiale 2030 ». (2022). *Note politique Santé mondiale 2030. Recherche et enseignement de la santé mondiale : Combler le retard français*. <http://santemondiale2030.fr/wp-content/uploads/2022/05/Note-bleue-recherche-et-enseignement-sant%C3%A9-mondiale.pdf>

Présentations :

Van Kerkhove, Maria. (2022). *Le rôle de l'OMS dans la planification et la préparation des pandémies*. <https://respiratoryvirussummit.org>

Bureau de l'OMS de Lyon. (2021). *Bureau de Lyon*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/lyon-office/brochure-oms-lyon.pdf?sfvrsn=ea75c3f_5

Organisation mondiale de la Santé. (2021a). *Accélérateur ACT : caractéristiques, structure et fonctionnement*. [file:///Users/lauracerminara/Downloads/act-a-how-it-works-fr-v3%20\(1\).pdf](file:///Users/lauracerminara/Downloads/act-a-how-it-works-fr-v3%20(1).pdf)

Organisation mondiale de la Santé. (2021e). *Présentation UHPR*. https://apps.who.int/gb/COVID-19/pdf_files/2021/25_11/Item2.pdf

Santé Publique France (Réalisateur). (2022). *Le « One Health » en pratique | Rencontres Santé publique France*. <https://www.rencontresantepubliquefrance.fr/sessions/le-one-health-en-pratique/>

Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. (2022a). *Plateforme d'apprentissage—EVA*. <https://eva.ecdc.europa.eu/totara/catalog/index.php>

Sitographe :

Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. (2022b). *Programme de formation ECDC - Training programmes*. European Centre for Disease Prevention and Control. <https://www.ecdc.europa.eu/en/training>

Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. (2022c). *Programmes de formation continu—Continuous professional development (CPD)*. European Centre for Disease Prevention and Control. <https://www.ecdc.europa.eu/en/training/professional-development>

COVID-19 Map. (s. d.). Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. Consulté 31 août 2022, à l'adresse <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

École des Hautes Études en Santé Publique. (2020). *Formation | Ecole des hautes études en santé publique (EHESP)*. <https://www.ehesp.fr/formation/>

Géoconfluences. (2022). *Politique de santé* [Terme]. <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/politique-de-sante>

Gouvernement canadien. (2015). *Le Canada et le G20*. AMC. https://www.international.gc.ca/world-monde/international_relations-relations_internationales/g20/index.aspx?lang=fra

Gouvernement français. (2018). *Le G7 : Membres, rôle, fonctionnement*. France Diplomatie - Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères. <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/politique-etrangere-de-la-france/actualites-et-evenements/presidence-francaise-du-g7-2019/le-g7-membres-role-fonctionnement/>

Gouvernement français. (2021c). *Lancement du 4e programme d'investissements d'avenir en janvier 2021 : 20 Md€ dans la recherche et l'innovation en faveur des générations futures*. enseignementsup-recherche.gouv.fr. <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/lancement-du-4e-programme-d-investissements-d-avenir-en-janvier-2021-20-mdeu-dans-la-recherche-et-l-49317>

Gouvernement français. (2022). *Réunion des ministres de la Santé du G7 : Adoption d'une déclaration commune et d'un Pacte pour la préparation aux pandémies—Ministère de la Santé et de la Prévention*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/europe-et-international/actualites-europeennes-et-internationales/article/reunion-des-ministres-de-la-sante-du-g7-adoption-d-une-declaration-commune-et-d>

INPI. (2015). *Qu'est-ce que la propriété intellectuelle ?* INPI.fr. <https://www.inpi.fr/comprendre-la-propriete-intellectuelle/les-enjeux-de-la-propriete-intellectuelle/quest-ce-que-la-propriete-industrielle>

Medicines patent pool. (2021). *Centre de Transfert de Technologies*. MPP. <https://medicinespatentpool.org/fr/covid-19/technology-transfer-hub>

Organisation mondiale de la Santé. (2021f). *Qu'est-ce que l'Accélérateur ACT*. <https://www.who.int/fr/initiatives/act-accelerator/about>

Organisation mondiale de la Santé. (2022a). *Académie de l'OMS*. <https://www.who.int/fr/about/who-academy>

Organisation mondiale de la Santé. (2022b). *Access to COVID-19 tools funding commitment tracker*. <https://www.who.int/publications/m/item/access-to-covid-19-tools-tracker>

Organisation mondiale de la Santé. (2022c). *Assemblée mondiale de la Santé*. <https://www.who.int/fr/about/governance/world-health-assembly>

Organisation mondiale de la Santé. (2022l). *Variole du singe (orthopoxvirose simienne)*. <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/monkeypox>

Questions et réponses : Accord de commerce et de coopération entre l'Union européenne et le Royaume-Uni. (2020). [Text]. European Commission https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/qanda_20_2532

Understanding Vaccination Progress by Country. (s. d.). Johns Hopkins Coronavirus Resource Center.
<https://coronavirus.jhu.edu/vaccines/international>

Union européenne. (2022b). *Certificat COVID numérique de l'UE: Fonctionnement.*
<https://www.consilium.europa.eu/fr/policies/coronavirus/eu-digital-covid-certificate/>

Union européenne. (2022c). *Pandémie de coronavirus COVID-19: La réaction de l'UE.*
<https://www.consilium.europa.eu/fr/policies/coronavirus/>

Annexes

Annexe 1 : Organigramme structurel du système de sécurité sanitaire international

Annexe 2 : Organisation nationale et position de l'étudiante

Annexe 3 : Liste des entretiens menés

Annexe 4 : Exemple d'un guide d'entretien

Annexe 5 : Retranscriptions d'entretien

Annexe 6 : Liste des réunions

Annexe 7 : Charte pour l'accès équitable aux outils de lutte contre la Covid-19

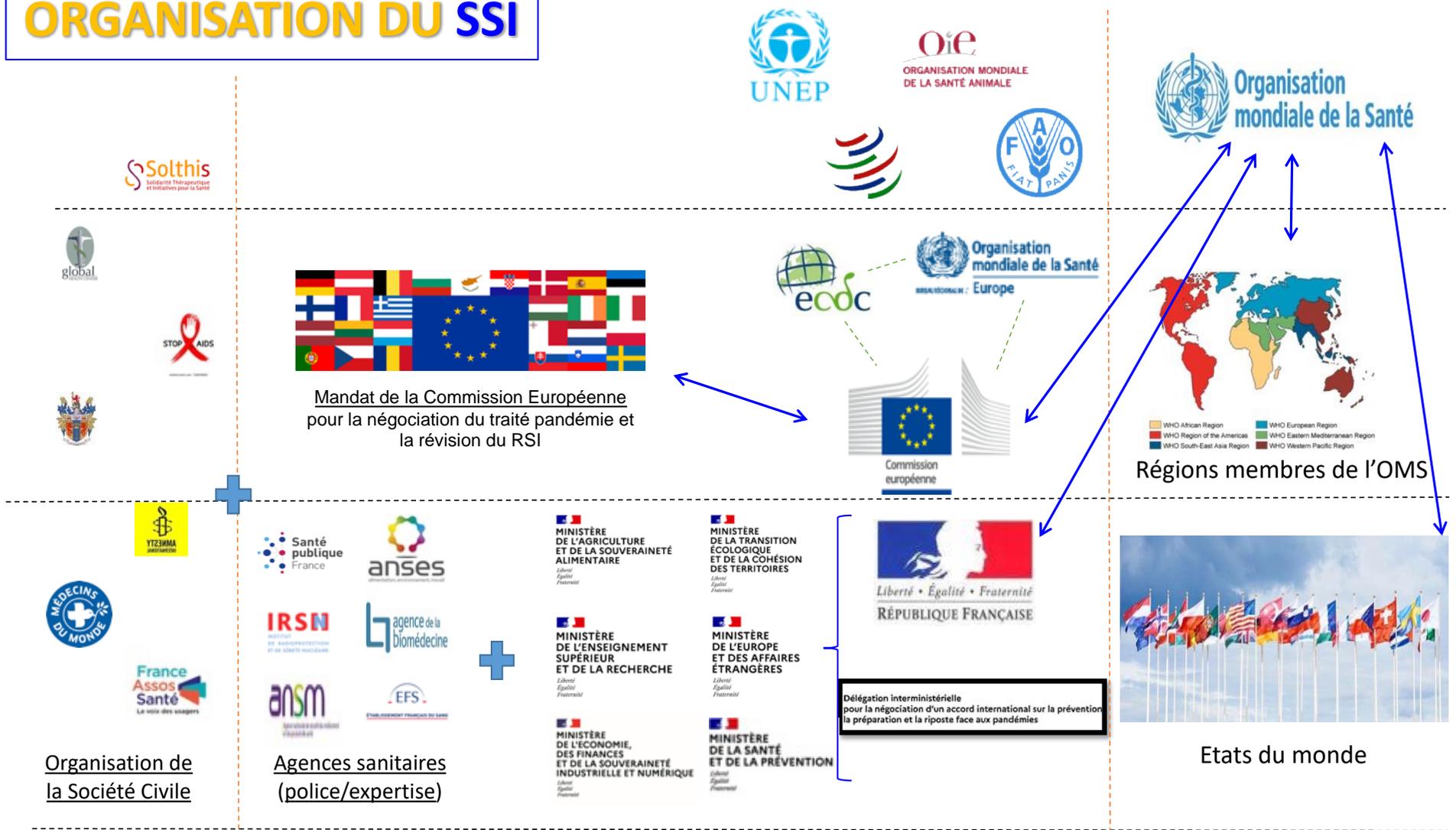
Annexe 8 : Liste des réunions du Groupe de travail sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires (WGPR) et des rapports diffusés et/ou utiles

Annexe 9 : Proposition d'amendements pour le Règlement Sanitaire International (2005) par les États-Unis d'Amérique

Annexe 10 : Proposition française pour l'Universal Health Preparedness Review (UHPR)

ANNEXE 1 : Organigramme structurel du système de sécurité sanitaire internationale

ORGANISATION DU SSI



ANNEXE 2 : Organisation nationale et position de l'étudiante

Annexe 2.1 : Composition du gouvernement ⁴³



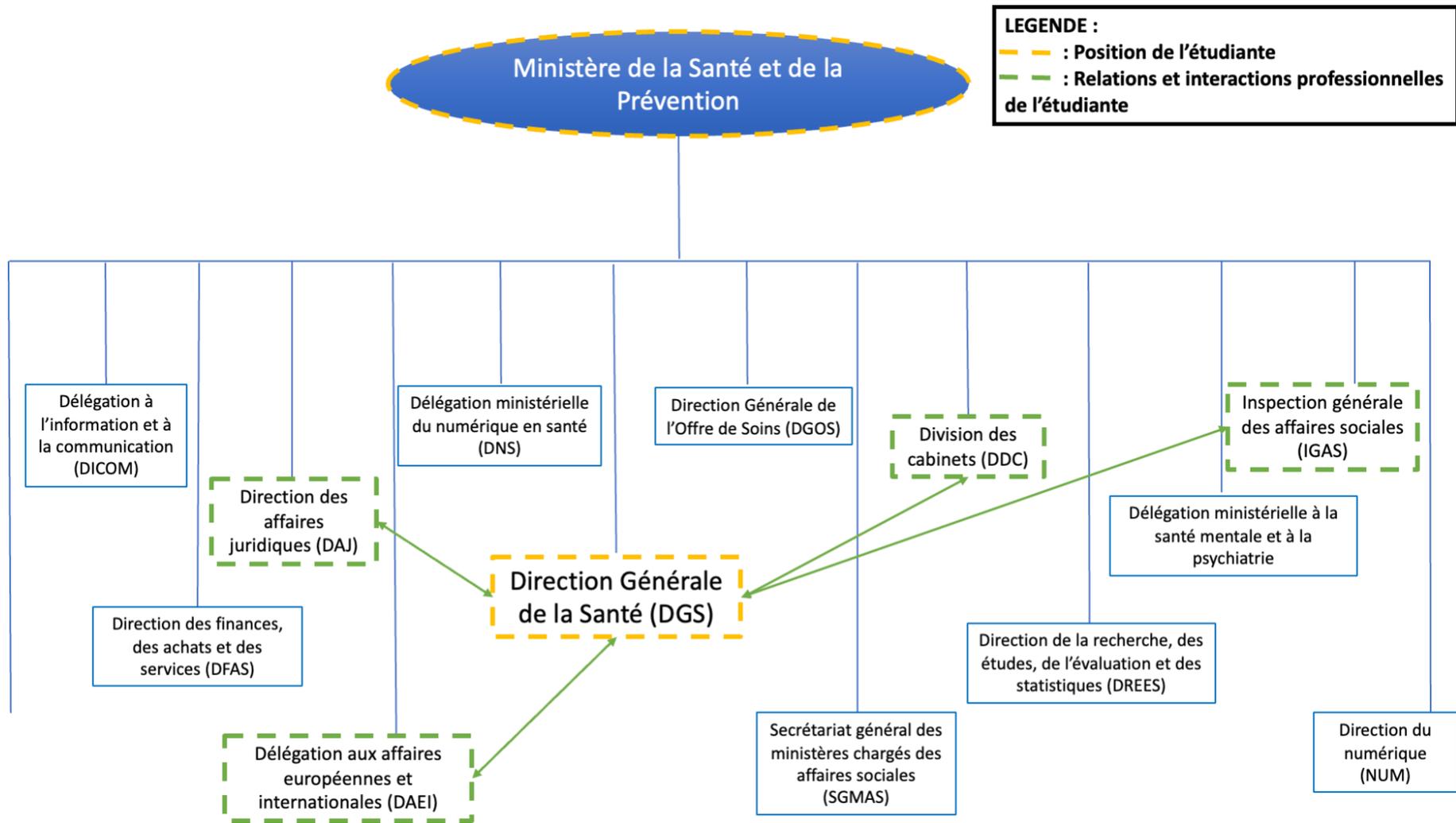
LEGENDE :

— — : Position de l'étudiante

— — : Relations et interactions professionnelles de l'étudiante

⁴³ <https://www.gouvernement.fr/composition-du-gouvernement>

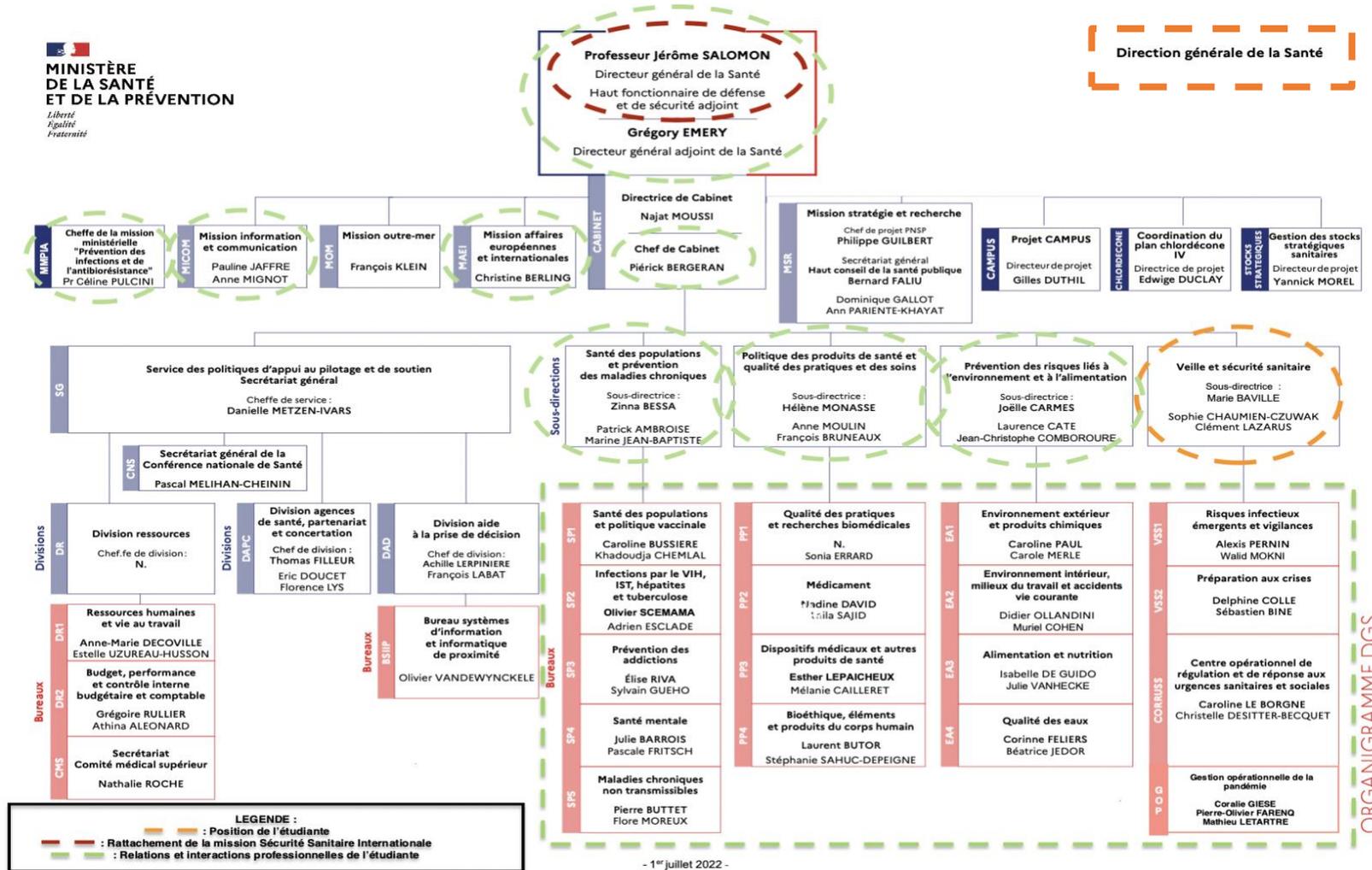
Annexe 2.2 : Composition du ministère de la Santé et de la Prévention⁴⁴



⁴⁴ <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/les-ministres/organisation-11312/>

La Délégation Interministérielle pour la Négociation d'un Accord international sur la prévention, la préparation et la riposte aux Pandémies (DINAP) est attachée à la Division des cabinets (DDC)

Annexe 2.3 : Organigramme de la Direction Générale de la Santé et de la sous-direction Veille et Sécurité Sanitaire⁴⁵



⁴⁵ https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/organisation/organisation-des-directions-et-services/article/organisation-de-la-direction-generale-de-la-sante-dgs?TSPD_101_RO=087dc22938ab20000d3f9c946f40261e939e9376a8ebce20f835618671ed31080446b51a6a71aa93086ae9b4261430003167374c2f8d478820dfef5ebf1a56a2042e25c03bc95f2fa02a430c0d39b8bdccb41a18af96e1fb885c2f9f64f719b4
Ajout d'informations complémentaires (cf. légende) et ajout du bureau provisoire de la gestion opérationnelle de la pandémie (GOP)

ANNEXE 3 : Liste des entretiens menés

NUMERO	PERSONNE	FONCTION	SERVICE	DATE	MODALITE	DUREE
1	François ESMYOT	Conseiller expert pour les affaires internationales et en matière de sécurité sanitaire à la mission des affaires européennes et internationales (MEAI)	DGS / MSP	04/07/2022	Présentiel	1h
2	Ariane LATHUILLE	Diplomate à la Direction des Nations Unies, des Organisations internationales, des droits de l'homme et de la francophonie (NUOI)	MEAE	21/07/2022	Distanciel	51 min
3	Yves IBANEZ	Chef de projet en Règlement Sanitaire International pour le bureau Préparation aux crises (VSS)	DGS / MSP	26/07/2022	Présentiel	45 min
4	Anne-Claire AMPROU	Déléguée interministérielle pour la négociation d'un accord international sur la prévention, la préparation et la riposte aux pandémies	Service interministériel	27/07/2022	Présentiel	31 min
5	Frédéric BOYER	Directeur des relations et opérations internationales en santé des risques de catastrophes et conseiller expert en matière de santé internationale à la VSS	Croix Rouge Internationale et DGS / MSP	09/08/2022	Présentiel	28 min
6	Mounia ACHRAF	Chargée de mission en santé mondiale et conseillère experte en matière de financement à la Délégation aux Affaires Européennes et Internationales (DAEI)	MSP	30/08/2022	Distanciel	25 min

ANNEXE 4 : Exemple d'un guide d'entretien

« Bonjour, tout d'abord je vous remercie d'avoir accepté un entretien avec moi. Je suis actuellement étudiante en master 2 « Pilotage des politiques et actions en santé publique » à l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP). Dans ce cadre, je réalise mon stage à la sous-direction veille et sécurité sanitaire au sein de la Direction Générale de la santé.

Mes missions reposent essentiellement sur la sécurité sanitaire internationale et particulièrement sur la révision du Règlement Sanitaire International et l'élaboration d'un accord international pour faire face aux pandémies. Je vous sollicite afin que vous puissiez m'apporter votre expertise sur ce sujet. Ceci me permettra in fine d'alimenter ma réflexion et mon analyse sur cette problématique.

Avant que nous ne commençons, m'autorisez-vous à enregistrer cet échange afin d'en faciliter la retranscription ? Souhaitez-vous que votre témoignage reste anonyme ? L'entretien durera environ 30 minutes. »

Numéro	Thématique	Objectifs	Sous-objectifs	Question
1	Contexte	Connaître le rôle et les connaissances de l'acteur sur le sujet	Connaître la place de l'acteur dans le système de sécurité sanitaire	Quelle fonction exercez-vous ? Quelle entité représentez-vous ? En quoi votre mission est-elle en lien avec la sécurité sanitaire ?
			Connaître l'expertise de l'acteur sur les outils et processus du système de sécurité sanitaire	Quelles actions mettez-vous en place pour la sécurité sanitaire mondiale ? En quoi portent-elles spécifiquement sur les pandémies ?
2	Sujet SSI	Comprendre les enjeux liés à la sécurité sanitaire internationale	Comprendre l'importance de la sécurité sanitaire pour faire face aux pandémies	Selon vous, quel est la réelle plus-value d'un système de sécurité sanitaire à l'échelle mondiale ? Quels sont les enjeux liés à celui-ci lors de pandémies ?
3	Retex COVID	Identifier les impacts de la pandémie sur la SSI	Connaître les leviers du système de sécurité sanitaire international actuel	En quoi le système de sécurité sanitaire a-t'il permis de limiter la propagation du virus ? Quels sont les outils qui ont permis de réduire la propagation du virus ?

			Identifier les faiblesses du système révélés par la pandémie	Quelles sont les limites de la sécurité sanitaire internationale lors d'une pandémie ?
			Identifier les nouvelles priorités politiques au regard des enseignements tirés de la pandémie	Expliquer les priorités actuelles : que pensez-vous des nouvelles priorités politiques ? Selon vous, quelle(s) priorité(s) faut-il porter pour améliorer la sécurité sanitaire à l'échelle mondiale ?
			Identifier les grands axes à hiérarchiser pour améliorer la coopération sanitaire internationale	Concernant la coopération internationale, quelles lignes directrices devraient être mises en place ?
4	Renforcement de l'architecture mondiale de la santé	Identifier les limites et les leviers des processus en cours	Identifier les éléments qui contribueraient à l'affaiblissement ou au renforcement du RSI	Selon vous, quels éléments du RSI demandent à être révisés ? Quels sont les risques liés à la révision du RSI et l'élaboration d'un nouvel accord sur les pandémies ?
			Identifier les éléments de fonds du nouvel accord sur les pandémies	Selon vous, quels sont les éléments importants à intégrer dans le nouvel accord sur les pandémies ? (Aller plus en détails selon les sujets)
5	Perspectives	Connaître les préconisations pour une sécurité sanitaire mondiale plus efficiente	Connaître les fondamentaux d'un meilleur système de sécurité sanitaire	Selon, quels seraient les points défensifs à considérer pour une meilleure coopération internationale ?
			Identifier les outils / moyens pour atteindre cet objectif	Pour vous, quels seraient les outils qui permettraient de mettre en place ses recommandations ?
6	/	Laisser l'interlocuteur en expression libre	/	Souhaitez-vous apporter des informations supplémentaires ? Souhaitez-vous parler d'un sujet que nous n'aurions pas abordé ?

ANNEXE 5 : Retranscriptions d'entretien :

Exemple 1 : entretien avec Ariane LATHUILLE, diplomate à la Direction des Nations Unies, des Organisations internationales, des droits de l'homme et de la francophonie

Étudiante : « Pouvez-vous vous présenter, présenter votre fonction et l'entité pour laquelle vous travaillez ? »

Interlocutrice : « Oui bien-sûr, alors je suis diplomate, j'ai intégré le quai d'Orsay en 2016. J'ai fait un premier poste à la représentation permanente des Nations-Unies où j'ai notamment suivi les questions de santé à l'OMS de 2016 à 2018... (*cherche ses mots*) donc avant la période covid et ensuite j'ai rejoint Paris et la direction des Nations Unies au ministère en mars 2020, au début du premier confinement covid. Pendant cette période, je pense que tu as déjà en tête comment on fonctionne mais on a un pôle de coordination puisque les instructions qui sont transmises à la RP [Représentante Permanente] à Genève sont transmises par NUOI donc on veille à ce qu'on ait toujours les services pertinents qui soient consultés. Le plus souvent il s'agit des collègues du quai d'Orsay et du ministère de la Santé et au cas par cas, selon les sujets, cela peut être plus large avec la présence du ministère de l'Économie et des Finances ou de l'Agriculture et de l'Environnement comme tu as pu le voir. Notre mission consiste vraiment en une organisation et après on suit en propre les questions de budget de l'OMS et les enjeux de gouvernance mais aussi quelques questions politiques retrouvées à l'OMS notamment celles sur les situations sanitaires en Palestine, la participation de Taiwan etc. Le ministère de la Santé est le ministère compétent sur les questions sanitaires. L'expertise vient généralement du ministère de la Santé. »

Étudiante : « En quoi votre mission à vous est-elle en lien avec le système de sécurité sanitaire international ? Quelles actions mettez-vous en place ? »

Interlocutrice : « Dans mon cas en tout cas, c'est vraiment le suivi de l'OMS. On peut entendre le système du SSI dans un sens plus large avec notamment les discussions G7, G20 etc. mais NUOI est un peu plus loin de ces sujets. L'essentiel porte sur les grandes négociations en cours sur le règlement sanitaire international et le traité sur les pandémies. Dans une moindre mesure, tout ce qui a été fait pour renforcer l'organisation depuis le début du covid ou juste faire en sorte dans l'absolu que l'OMS soit bien au centre de ce système, soit renforcée et qu'il y ait une légitimité reconnue dans ses missions. Par exemple, la mise en place de la commission sur les urgences sanitaires au sein du conseil exécutif. Tout ça, ce sont des mesures qui vont dans le sens plus général de la sécurité sanitaire internationale. »

Étudiante : « En quoi vos missions portent-elles spécifiquement sur les pandémies ? »

Interlocutrice : « Nous, on voit les deux négociations comme complémentaires. Le RSI est plus axé sur les questions de préparation surveillance alerte et le traité sur les pandémies serait plus général et plus large pour acter les mesures de riposte en cas de pandémie notamment sur le long terme...une approche plus multisectorielle, un enjeu important de l'accès équitable aux médicaments pour lequel on avait l'initiative ACT-A car il n'y avait de dispositif en tant que tel dans le RSI. C'est aussi pour cela, qu'on avait plaidé pour que le calendrier de négociations soit bien aligné, pour faire en sorte que les

négociations aillent de paires et voir au cas par cas quel est l'instrument le plus pertinent. Le point de vigilance est de ne pas faire perdre son contenu à l'un des deux textes, surtout que le RSI a une portée universelle. On a également l'ambition que le traité sur les pandémies soit universel, on espère que tous les États membres seront en capacité de s'y joindre mais la certitude n'est pas encore aboutie. Le RSI est adopté maintenant depuis de nombreuses années, il a déjà été mis en œuvre. L'idée est de le renforcer et qu'il reste la pierre angulaire du SSI »

Étudiante : « Pour vous, quels sont les leviers du système actuel et notamment dans les dispositions du RSI ? Quels sont les outils qui ont permis de limiter la propagation du virus à l'échelle internationale ? »

Interlocutrice : « C'est un peu tout le sujet. Quand on lit le RSI il y a déjà des dispositions assez précises, que ce soit sur les délais d'alerte qui sont quand même relativement courts, sur le mécanisme de déclaration de l'urgence en termes de portée internationale. Quand on y pense, l'USPPI pour le covid a été activée assez rapidement, fin janvier pour des premiers symptômes remarqués début décembre. Après il y a des débats pour savoir si les premières semaines sont les plus significatives mais globalement moi je trouve que le niveau d'alerte fonctionne bien. C'est ce qui ressort aussi des différents rapports d'évaluation. Pour moi tout l'enjeu c'est aussi le fait que malgré la déclaration d'une urgence de portée internationale, des mesures ne sont pas prises par les États. La coopération internationale et les discussions au sein de l'OMS montrent qu'il n'y a pas eu de réunion entre l'OMS et les États. Rétrospectivement c'est l'idée d'avoir ce comité. Le 2^{ème} enjeu c'est que la santé reste globalement une prérogative nationale. Chaque État membre est libre en partie même s'il doit se conformer aux dispositions du RSI mais une grande partie relève des décisions nationales. L'enjeu est d'arriver à concilier les deux aspects. Mais le RSI est utile et la question est plus de savoir comment on le fait mieux appliquer sachant qu'il n'y a pas tant de leviers que ça en termes de sanctions par exemple. C'est contraignant mais on voit mal comment on pourrait contrôler etc. Mais ça va être l'objet aussi des discussions pour le traité sur les pandémies. Les textes sont adoptés et ensuite l'enjeu est de les faire appliquer. Il y a toujours des leviers à améliorer. Par exemple la question pour les pays serait de se soumettre à des évaluations pour au moins avoir une image plus fidèle du niveau de préparation des uns et des autres. C'est quelque chose sur laquelle on doit travailler, même à travers le biais d'une contrepartie financière, d'assistance technique après une évaluation objectif de l'état de préparation face à une potentielle épidémie. Je pense qu'il existe une certaine marge de manœuvre mais comme tout texte il y a clairement des enjeux en termes d'application. »

Étudiante : « Selon vous, quel(s) autre(s) outil(s) a pu permettre de réduire la propagation du virus sur le territoire mondial ? »

Interlocutrice : « *(Cherche ses mots)* ... Je pense les discussions informelles en G7 ou en G20. Elles ont quand même participé à ce que tous les pays prennent collectivement la mesure de gestion. L'initiative ACT-A a en partie enrayé la pandémie. On s'est mis en ordre de bataille pour produire des traitements et vaccins dans des temps plus courts que ce qu'on avait connu par le passé. Je pense que toutes ces choses impactent de manière moins importante le RSI ou le futur traité mais participent quand même d'une certaine manière à l'architecture multilatérale de santé ou le système de SSI. Il y a eu aussi l'Assemblée Générale des Nations-Unies, un sommet extraordinaire sur la Covid-19 avec le président

de la République qui était intervenu pour nous en visioconférence. Je pense que ces éléments de haut niveau ont le mérite d'améliorer à la fois la coordination et à la fois la mobilisation politique. »

Étudiante : « Justement, concernant le renforcement de l'architecture mondiale de santé, que pensez-vous des nouvelles priorités sanitaires et politiques qui émanent de la crise sanitaire ? »

Interlocutrice : « Nous sommes encore dans la période pandémie, et je pense qu'il y a une prise de conscience du danger que ça représente et des besoins de se coordonner. Le risque que je vois, c'est qu'à la fin de la pandémie, on retourne un peu sur le même chemin qu'auparavant. C'est un des risques existants. Mais en même, avec tous les rapports publiés et le fait que les pandémies vont être de plus en plus fréquentes j'ai l'impression que la santé est et doit être vue comme un enjeu de sécurité sanitaire. Alors, il doit évidemment avoir des positions divergentes entre les pays sur l'approche de la sécurité sanitaire mais il doit y avoir un accord sur les conséquences d'une pandémie à la fois sur la stabilité, le développement des populations. Il faut garder en tête qu'il est nécessaire à la prochaine pandémie d'avoir une mobilisation forte des pays dès le départ. (*Temps de réflexion*). Avec cette pandémie, nous avons changé d'échelle. Je me souviens l'époque d'Ébola, et les discussions à Genève avec des questions similaires sur les niveaux d'alerte, la question de la mobilisation mais ce n'est pas comparable car ça n'avait pas cette ampleur-là... (*cherche ses mots*) Ébola et la fièvre jaune ont été des urgences déclarées comme à portée internationale mais on a vraiment changé de dimension avec le covid. »

Étudiante : « Selon vous, quels enjeux relèvent de la révision du RSI et quels sont les éléments à intégrer dans le nouvel accord sur les pandémies ? »

Interlocutrice : « C'est une bonne question... (*hésite*) la manière dont je le vois c'est qu'il y a des dispositions dans le RSI déjà prises sur la partie préparation et surveillance. C'est donc en réalité le début de la chaîne d'une urgence de santé si on pense aux tryptique ou aux 4 étapes [prévention, préparation riposte, rétablissement]. Là-dessus le RSI inclut déjà des éléments mais il en manque d'autres comme l'approche une seule santé assez peu présente. Mais il y a déjà des choses y compris sur les capacités de détection des pays, sur les mesures qui doivent être prises sur les voyages, restrictions commerciales. Je ne verrais pas forcément l'intérêt de dupliquer ça dans un nouveau texte. En revanche, le RSI n'a peut-être pas été pensé pour des épidémies de l'ampleur de celle du covid et surtout sur un temps très lourd. Le RSI est donc un outil utile pour se préparer collectivement : mesures d'alertes, obligations de notifications, comité d'urgence du RSI, échanges d'informations ect. (*Cherche ses mots*) ... Après, sur toutes les contre-mesures à mettre en place il y a eu besoin de l'initiative ACT-A et ce type de composantes montre une nécessité de reconstruction pas seulement du système de sécurité sanitaire mais aussi des systèmes de santé en général. Ces éléments trouveraient bien leur place dans un traité pour les pandémies. »

Étudiante : « Pour revenir sur le rôle central de l'OMS, qu'envisageriez-vous pour améliorer la réactivité de l'OMS sur la réponse aux urgences sanitaires ? »

Interlocutrice : « Alors... (*temps de réflexion*) c'est un enjeu difficile car dans les négociations il faut que les États membre soient prêts à lui concéder ce rôle-là. C'est une vraie difficulté même si en théorie ça serait possible avec des dispositions adaptées mais l'esprit général du fonctionnement est plutôt d'être

en constante coopération avec les pays. C'est difficile de sortir de cette logique-là car il existe une tension de fond entre coopération internationale et souveraineté sanitaire. C'est en réalité un juste équilibre à trouver entre les deux. Finalement qu'on a déjà en partie. Dans les négociations actuelles, on va se diriger vers des instructions qui imposeraient un peu plus de coopération aux uns et aux autres pour trouver cet équilibre et des dispositions qui conviennent à tous. »

Étudiante : « Que pensez-vous du régionalisme ? Selon vous, quels seraient les points défensifs à considérer pour une meilleure coopération régionale et internationale ? »

Interlocutrice : « Comme tu as pu le remarquer, on arrive souvent à des positions communes avec l'Union Européenne. Pour la question du régionalisme, je trouve que tout ça s'imbrique assez bien. Les discussions sur l'Europe de la santé constituent un niveau intermédiaire important dans le renforcement du système et qui est totalement compatible avec tous nos projets de RSI et ou de traité sur les pandémies.

On a vu les difficultés pour la distribution des vaccins et les écarts énormes en termes d'accès alors que même l'initiative ACT-A était en place et devait veiller à ça donc un des enjeux est la préparation mais aussi l'aide à la préparation de ces régions comme la région AFRO pour renforcer leur système de santé. On est tous susceptibles d'avoir un début d'épidémie. Je pense que tout le monde en a conscience même si certaines régions plus que d'autres. Ce que je vois des négociations sur le traité, toutes les régions ont pris conscience de l'intérêt de ces discussions et sont assez actifs. »

Étudiante : « Quels seraient les outils pour une prochaine urgence sanitaire qui ne relèverait pas d'une pandémie comme celle que l'on a connu ? »

Interlocutrice : « Très bonne question, qui rejoint la question du champ attribué au traité sur les pandémies. Pour l'instant il n'y a pas de base juridique légale, ce n'est pas défini en tant que tel c'était une difficulté donc il faut savoir ce qu'on appelle pandémie : quelque chose de type covid ou on considère que l'obésité est une pandémie aussi, les maladies transmissibles etc. il y a un eu cette peur aussi qu'on ait un texte qui soit très large qui intégrerait des enjeux de santé publique certes très important mais qui ne sont plus liés à la sécurité sanitaire. Aussi il y a l'enjeu d'avoir des épidémies qui ne sont pas des pandémies mais qui restent des épidémies importantes. Il faut revoir et définir exactement le périmètre du traité sur les pandémies. Typiquement, les trois grandes pandémies restent le SIDA, la tuberculose, le paludisme. A priori ils n'ont pas vocation à être couvert par ce traité-là donc il faut définir ce qui se trouve sous ce chapeau traité pandémie. C'est déjà ambitieux d'avoir un accord international qui couvre les enjeux de sécurité sanitaire internationale, type propagation de virus. La question de l'antibiorésistance est un enjeu publique énorme et se pose dans ce cadre pour savoir si on l'inclut dans le traité ou non. Techniquement, on ne voit pas un virus émergé avec une potentielle diffusion comme celle du covid et qui serait ultrarésistant mais bon... même si l'AMR a beaucoup de poids ! »

Étudiante : « Que pensez-vous de l'approche « One Health » ? »

Interlocutrice : « L'approche a toute sa place en matière de sécurité sanitaire internationale même si elle a une dimension plus large. Une grande partie des épidémies sont des zoonoses donc le lien est très clair. Pour moi c'est une évidence, il suffit de regarder les chiffres et le pourcentage de ce que

représentent les zoonoses. Il faut avoir cette approche-là dans le traité surtout si on veut des mesures de préparation et de prévention utiles. L'approche est transversale pour éviter l'émergence de zoonoses. Le ministère de l'environnement aura toute sa place dans ces discussions et l'objectif est le même. Il ne faut pas aller empiéter sur des textes ou mécanismes déjà existants notamment dans le domaine de la biodiversité ou de lutte contre les questions de braconnages, commerces illicites où il existe aussi des textes. Tout est lié. Très clairement, nous l'objectif est que tout ça converge autant que possible. Cette question est relativement consensuelle et l'approche une seule santé trouvera toute sa place dans l'accord. (*Temps de réflexion*) D'ailleurs c'est un autre enjeu qui reprend la question des risques. La Commission Européenne dans sa contribution en parle mais il serait pertinent de lister tous les textes internationaux pertinents pour éviter de tout cloner. (*Arrêt temporaire de la discussion*). Désolée je reprends. Par exemple la question d'accès aux médicaments, des discussions ont lieu en partie aussi à l'OMC [Organisation Mondiale du Commerce] dans le cadre de la levée des brevets. Il va falloir se coordonner avec beaucoup d'organisations et de textes déjà adoptés. C'est aussi ce qui a dû manquer car le covid a touché tous les champs d'action publique. Ils ont tous été concernés même si les liens paraissent plus lointains, par exemple l'éducation, le commerce, l'économie etc. L'enjeu du traité est aussi d'associer tous ces acteurs là et d'insister sur l'idée de l'approche intersectorielle. »

Étudiante : « Quels seraient les obstacles à l'adoption de cet accord ? »

Interlocutrice : « Il y a un risque que certains pays ne soient pas à l'aise avec la version finale et trouvent plus d'inconvénients à se joindre au texte. On y est pas du tout car on est au début des négociations... (*Réflexion*) enfin un petit peu quand même car c'est déjà le débat qu'on a sur le type d'accord... est ce qu'on s'accorde sur un accord contraignant ou non contraignant mais on part du principe qu'on va atterrir sur un texte dont le principe est juste. Aussi, s'il y a un coût en termes de souveraineté nationale ou de coopération il y aura des discussions mais il faut rester optimiste car beaucoup de textes internationaux sont votés régulièrement. Finalement, on est sur un contexte favorable mais au terme des deux ou trois ans de négociation, tout le monde aura encore en tête l'impact du covid. Tout le monde voit la valeur ajoutée d'un traité avec une coordination qui serait meilleure. Il y aura peut-être des réserves d'interprétation comme on peut le voir avec le RSI. Mais ça n'empêche pas au texte d'être appliqué. »

Étudiante : « Merci beaucoup, je pense que j'ai fait les tours des questions que je voulais poser. Souhaiteriez-vous ajouter quelque chose ou compléter des informations ? Voulez-vous parler d'un sujet que nous n'avons pas abordé ? »

Interlocutrice : « (*Réflexion*) ... Non, écoute je pense qu'on a abordé les principaux sujets. Je ne sais pas comment toi tu vas organiser ton mémoire mais je pense que l'un des enjeux clés, c'est à la fois ces deux négociations qui sont importantes et la galaxie d'acteurs qui participent à la sécurité sanitaire au sens large. Comme tu le disais, tous les enjeux liés à la sécurité sanitaire sont des aspects à intégrer comme l'antibiorésistance par exemple. »

Les deux interlocutrices concluent sur un échange autour du contenu du mémoire, la personne interrogée transmet des conseils à l'étudiante et l'entretien se termine sur des remerciements.

Exemple 2 : entretien avec Anne-Claire AMPROU, déléguée interministérielle pour la négociation d'un accord international sur la prévention, la préparation et la riposte aux pandémies

Étudiante : « Pouvez-vous vous présenter, présentez votre fonction ? En quoi votre mission est en lien avec le système de sécurité sanitaire internationale ?

Interlocutrice : « Alors, ma fonction exacte et mon titre c'est déléguée interministérielle pour la négociation d'un accord sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies. C'est un titre très long et pour faire court c'est délégation interministérielle pour l'accord pandémie... (*cherche ses mots*) Mission originale créée de manière très spécifique par le gouvernement le 13 avril dernier dont l'objet est de coordonner tous les travaux de préparation et de négociation de cet accord international qui a pour objet de tirer les leçons des différentes crises sanitaires passées et notamment de celle du covid et d'apporter une réponse pour prévenir, préparer et organiser une riposte au niveau international en termes de sécurité sanitaire au cas où une nouvelle épidémie arriverait. En fait, c'est bien une réflexion sur tout le système de sécurité sanitaire, avec ce qui a manqué, ce qui a existé mais n'a pas été efficace et tout ce qu'il faut créer pour avoir un système de sécurité sanitaire renforcé qui demain permet d'avoir un engagement politique de tous les États à un haut niveau et d'avoir une réponse opérationnelle pour tous les États en cas de pandémie. »

Étudiante : « D'après vous, quelle est la plus-value d'un système de sécurité sanitaire à l'échelle mondiale ? »

Interlocutrice : « Alors, l'histoire ancienne mais même récente montre que quand il y a un problème de sécurité sanitaire dans un État, les autres États ne peuvent pas ne pas s'y intéresser puisque par définition le problème sanitaire va développer au niveau mondial. La crise du Covid est l'exemple même. On avait eu avant Ebola qui n'a pas été une crise sanitaire mondiale mais quand même une épidémie qui a touché plusieurs pays, qui s'est déclarée en Afrique et avec une très grosse interrogation à l'époque qui était le quid de son « exportation » et donc de son importation dans un pays comme la France. De fait, on a eu des cas importés, on n'a pas eu de cas locaux mais on avait eu, sous l'égide du Règlement Sanitaire Internationale, toute une préparation en France. Le Covid a été l'exemple extrême d'un marché d'animaux puisque les rapports publiés ce matin montrent à nouveau que l'origine du covid est bien le marché d'animaux à Wuhan. Donc on part d'un endroit dans une ville qui déclenche une épidémie mondiale. Et à partir du moment où on a une épidémie mondiale, en plus avec des syndromes respiratoires, en fait tous les États ont intérêt à ce que les États voisins prennent des mesures pour limiter la propagation... (*revient sur sa phrase*) et pour éviter la survenue d'une épidémie et limiter sa propagation. Donc en fait on dépend tous des uns des autres, ce n'est pas uniquement les développer contre les pays en voie de développement ... (*cherche ses mots*) On doit tous s'intéresser aux autres et nous pays développés comme la France, si on ne s'intéresse pas à ce qu'un pays en voie de développement est capable de faire pour son système de santé, si une épidémie éclate chez eux, on sait qu'elle arrive chez nous, donc on a tous un intérêt direct à avoir un système international et mondial qui embarque tout le monde. Ça, pour le coup, dans les négociations sur le traité, tout le monde l'a bien compris. Donc je suis désolée car j'anticipe peut-être sur les prochaines questions mais c'est là où ça montre qu'encore la semaine dernière à l'OMS il y a côte à côte les États-

Unis, la GROSSE armée des États-Unis et à côté les îles Fidji. Et les deux ont la même voie, les deux ont le même intérêt. »

Étudiante : « Selon vous, quelles sont les lacunes du système de sécurité sanitaire actuel qui ont été révélées pendant la crise ? »

Interlocutrice : « Alors, ça va être difficile de le dire en trois mots là quand même hein (*sourire*). Aujourd'hui le système de sécurité sanitaire repose sur un seul instrument contraignant qui est le Règlement Sanitaire International. Si on regarde comment le Règlement Sanitaire International a été utilisé pendant la crise du covid, on ne l'a pas suivi. Tout ce qui concerne les mesures aux frontières, on a dérogé au RSI. Ça, c'est la première chose, ce qui a dans le RSI est bien mais n'a pas été efficace donc la première question est : comment on modifie le RSI pour qu'il soit efficace sur le champ d'intervention du RSI ? Deuxième lacune, c'est que le RSI est trop étroit dans son champ d'application. Qu'est-ce qu'on voit avec le covid et qu'est-ce qu'on pressent pour l'avenir ? C'est que les futures pandémies seront d'origine animale. Et donc, on est obligé de raisonner avec un périmètre plus large, santé animale, santé humaine, santé environnementale, c'est tout ce qu'on appelle une seule santé. C'est l'énorme avantage du traité. Deuxième avantage du traité, c'est l'antibiorésistance (*rire*) le débat actuel, qu'on ne veut pas mettre dans le RSI mais bien dans le traité, et donc on voit bien qu'en termes de périmètre, d'origine même d'une pandémie le RSI ne suffit pas. En termes de réponse, ce qui a dans le RSI est intéressant et doit être amélioré avec les amendements mais on a tout le sujet du principe d'équité dans une réponse ou même dans une préparation, et notamment l'accès aux produits de diagnostic, aux traitements, aux vaccins... et on a bien vu dans la crise du covid que la réponse n'était pas dans le RSI. La réponse a été dans la création d'un instrument nouveau, qu'on appelle ACT-A et donc quelles leçons en tire-t-on ? Dans le cadre d'un traité, sur quoi on s'engage pour avoir l'équivalent d'un mécanisme ACT-A ou pas ? Enfin, là, pour le coup le mécanisme d'évaluation d'ACT-A est en cours et sur quoi on s'engage dans le cadre du traité pour avoir une réponse qui soit équitable pour tous les pays et quel que soit l'endroit d'origine de l'épidémie, quel que soit les pays touchés par l'épidémie. Et ça, le RSI n'y répond pas. Et le système de sécurité sanitaire international aujourd'hui ne répond pas ! Il y a un début de réponse avec HERA au niveau européen mais là c'est pareil : on tire les leçons du covid et il faut qu'on aille à l'échelle mondiale puisque comme on le disait tout à l'heure et ça rejoint une des questions : tous les pays sont concernés de la même manière. Aucun pays ne peut dire « moi ça ne me concerne pas », personne ne peut dire ça. »

Étudiante : « A propos du manque de respect du RSI, il y a un sujet de gouvernance. Comment pourrait-on améliorer la réactivité de l'OMS dans la riposte aux pandémies ? »

Interlocutrice : « Alors, ça c'est une question qui est pour le coup vraiment une question d'actualité pour en avoir discuté encore hier et on en discutera demain avec les allemands dans le cadre de la révision du RSI. En fait, on n'a pas en termes de gouvernance, un comité qui permette la mise en œuvre du RSI dans les différents États. (*Réflexion*) Donc la première question est celle-ci : comment on s'assure de la mise en œuvre ? Comment on évalue ? On a des mécanismes, le JEE et tout ça mais entre nous d'une complexité affreuse et comment on rend compte de cette évaluation devant l'OMS ? Une des réponses c'est de dire : créer une gouvernance au sein de l'Assemblée Mondiale de la Santé qui serait chargée par exemple, tous les ans, de faire un point de la mise en œuvre du RSI. Alors moi je dis « pourquoi pas », je ne suis pas sûre que l'AMS ne soit l'endroit le plus efficace ! Le ministère des

affaires étrangères est très partant, moi je n'ai rien dit, je ne suis pas sûre que ce soit le plus efficace. Mais surtout, cette question-là doit être doublée d'une autre question : comment apporte-t'on une aide, une assistance technique à des États pour les aider à mettre en place le RSI ? C'est bien beau pour la France de dire « ouais on va relever les compteurs à l'assemblée mondiale de la santé, TOUS LES ANS, et puis vous allez voir ce qu'il va vous arriver » ... d'accord mais vous êtes les îles Fidji là, quel moyen vous avez pour mettre en œuvre le RSI ? Vous n'en avez pas ! Donc que font les autres pays pour vous aider et vous apporter une assistance ? La réponse elle est là. Même chose pour le traité. Pour le coup, l'Union européenne et la Commission européenne est très engagée sur ça et elle a raison. C'est-à-dire que si on ne pense pas mécanisme de mise en œuvre et assistance technique pour la mise en œuvre du traité ça ne sert à rien. Une assistance technique financière et technique aussi de savoirs, de compétences, de matériel, enfin il faut juste aider les États à mettre en œuvre le RSI ou le traité. On y a tous intérêt mais tous n'ont pas la même capacité pour le faire. C'est un principe de réalité. »

Étudiante : « La pandémie a mis en exergue de nouvelles priorités. Selon vous, quelles sont ces priorités et en quoi sont-elles importantes ? »

Interlocutrice : « (Réflexion) ... Bon je vais commencer par les priorités de santé publique. Je pense que la priorité c'est la prévention et les soins primaires. En fait, on revient on revient à la base. C'est terrible, c'est presque un aveu d'échec. Mais avant de décider de combien de vaccins on va donner, si on s'intéressait à comment on évite une pandémie, on y gagnerait tous. Et comment on assure des soins primaires pour une population dans un pays donné qui soit capable d'avoir une politique de prévention et surtout qui soit capable de résister en cas de pandémie. En termes de priorité de santé publique, pour moi ça c'est clair. En termes de priorité politique, c'est plus compliqué car ça dépend à quelle échelle on se place. (*Cherche ses mots*) Pour le coup, je ferais un peu une pirouette en vous disant : en termes de priorité politique, LA SANTÉ est redevenue une priorité. Et elle l'est redevenue dans tous les États. Bon... En France on a l'habitude de dire « la santé est une priorité » : oui et non. Mais c'est évident, on voit bien que si on n'a pas une politique de santé publique, une politique de santé forte, les impacts potentiels sur l'ensemble des autres secteurs sont importants. Et donc ça remet à sa place la santé, évidemment, je ne suis pas complètement objective en disant ça, mais la santé est quand même au cœur de la société. Et après, je pense que ça met au cœur de la société de la science. Enfin... Que fait-on de la science et du débat scientifique ? Comment fait-on pour s'assurer que la science puisse jouer son rôle ? Et comment on s'assure qu'évidemment elle ne fasse pas l'objet de manipulations ou de mauvaises informations. Ça pose la question de la place du débat scientifique en termes de priorité politique qui était le dernier des soucis. Il faut qu'il redevienne car il participe à la sécurité d'une population qui reste toujours une priorité numéro 1. »

Étudiante : « Certaines personnes ont tendance à dire que la prévention relève du RSI et pas spécialement du traité sur les pandémies. Selon, quels sont les éléments qui pourraient intégrer les amendements du RSI et qu'est ce qui pourrait intégrer plutôt l'accord sur les pandémies ? »

Interlocutrice : « (Réflexion) ... En termes de prévention, à ma connaissance nous n'avons pas énormément de propositions d'amendements du RSI sur la prévention. Le RSI c'est : organiser une réponse en cas de crise ». Il ne met pas l'accent sur la prévention. Alors, je ne connais pas le RSI par cœur mais je parle devant une experte donc voilà...

Étudiante : « Il s'agit surtout de la surveillance dont on parle ici »

Interlocutrice : « Si on parle de la surveillance, il y a deux choses : il y a le bloc de la surveillance de l'alerte précoce. Bon ça c'est dans le RSI mais ça mérite d'être renforcé dans le cadre d'un traité. Mais pour moi la prévention arrive même avant, c'est l'étape d'avant. C'est notamment tout ce qu'on fait pour éviter une zoonose au départ et de fait sa surveillance pour éviter qu'elle se propage. C'est aussi la surveillance de l'antibiorésistance et ça ce n'est pas dans le RSI et ça c'est de la prévention. Mais vous avez raison sur la surveillance, sur l'alerte précoce, on a une délimitation qui n'est pas complètement simple entre le RSI et le traité. Je dois avouer et j'ai un peu honte que moi-même je ne suis pas totalement, totalement au clair. Je vois bien ce que nous proposons dans les amendements au RSI mais dire comment on va l'écrire dans le traité pour que ce soit complémentaire au RSI... ça va vraiment faire l'objet d'un débat très long. Le sujet nouveau pour moi, ce sont quand même les partages de données qu'on va mentionner certes dans le RSI mais qui, dans le traité, devrait aller plus loin. Mais là pour le coup, ça va vraiment dépendre de comment on va le rédiger et jusqu'à où on va. »

Étudiante : « Puisque nous échangeons sur le périmètre, l'accord international est très spécifique des pandémies. Quels sont les outils envisageriez-vous pour une urgence sanitaire qui ne relèverait pas d'une pandémie type covid dans les années à venir »

Interlocutrice : « Ah ... (réflexion) ça c'est une bonne question et ça rejoint la première des questions qui est de dire : c'est quoi une pandémie ? ou une menace de santé publique à potentielle épidémique : définition officielle que porte la France. De fait, une crise sanitaire ne se limite pas à une pandémie. Je pense effectivement que nous devons être vigilants car on peut avoir une crise sanitaire qui touche deux pays et qui peut être un effondrement du système de santé pour une raison x ou y. Une crise sanitaire, ce n'est pas une pandémie. Bon ben on ne va pas forcément fermer les frontières. On ne va pas lancer une vaccination de la population. En revanche, on peut avoir des mesures d'équité qui consiste en une assistance technique ou autre. Et même chose, on peut avoir une crise sanitaire due à un événement extérieur comme le réchauffement climatique. C'est tout le débat qu'on a, c'est-à-dire que certains pays disent « il faut mettre les événements climatiques dans le traité pandémie » bon moi je trouve qu'on va trop loin. Le traité ne va pas régler tous les problèmes. À partir du moment où on a dit que c'était un traité sur les pandémies, il se limite aux pandémies. S'il y a une crise climatique, ce n'est pas le traité. Il faudrait dupliquer le traité sur d'autres crises sanitaires. Et c'est sans doute ce qu'on fera. Si on arrive à signer un traité sur les pandémies, je suis à peu près sûre qu'après on va le dupliquer pour mettre en place des outils s'il y a une crise climatique, s'il y a une crise de type guerre ou autre. »

Étudiante : « Quels seraient les risques de dupliquer ces accords internationaux ? Notamment en termes de chevauchement »

Interlocutrice : « Je pense que si jamais on se lançait là-dedans, il faudrait qu'on ait un chapeau commun in fine et qu'on le décline par type de crise. Mais là on est dans 15 ans. Vous ne serez plus pharmacienne là, vous serez experte à l'OMS (*rire*). Mais si on essaie de se projeter, c'est ça qu'il faudrait : un traité sur la crise sanitaire internationale et qu'on décline si c'est une pandémie, si c'est un changement climatique, si c'est autre chose. Je ne vois pas comment on échappera à ça mais il faut une première étape et un premier modèle. Le premier modèle, c'est le traité. Après le traité pandémie

peut marcher car tous les États sont concernés. Le changement climatique... tous les États vont être concernés. Sur d'autres types de crise, potentiellement on n'aura pas l'effet contagion mondial donc pour le coup, les outils, les réflexes, peuvent ne pas être les mêmes. »

Étudiante : « Quels seraient les risques si tous les États ne se joignaient pas au traité sur les pandémies ? »

Interlocutrice : « Oui, effectivement politiquement et juridiquement vous avez raison il existe un risque. Si c'est un traité... mais ce ne sera pas un traité car justement pour des raisons de ratification et notamment des Américains si c'est une convention il faudra quand même une ratification donc la question est : quels sont les États qui signent ? quels sont les États qui ont signé et ratifié ? Une fois que c'est ratifié, comment on s'assure de la mise en œuvre ? Évidemment, dans tout accord international, certains vont dire « moi je n'applique pas » et ce serait le cas. On verra le contexte géopolitique en mai 2024, j'ai beau être optimiste, à l'heure où nous parlons j'ai du mal à imaginer qu'en mai 2024, les 194 États vont dire « oui je signe, oui je ratifie ». Ce serait l'idéal. Après j'ai envie de dire : s'il est quand même adopté, même s'il n'est pas ratifié et qu'il ne s'applique pas à un État, il y a quand même un effet je l'espère « boule de neige » avec une majorité d'États qui vont l'appliquer et qui vont faire qu'au niveau international la donne à changer. Et même s'il y a un État qui ne souhaite pas l'appliquer, c'est plus compliqué. Par exemple, un État ne veut pas l'appliquer mais est concerné par une pandémie, qu'est-ce qu'il se passe pour cet État ? Je trouve beaucoup plus compliqué pour un État d'expliquer à sa population : « non non mais moi je n'applique pas le traité », à condition d'avoir une pédagogie de transparence totale auprès de la population pour dire ce qu'il y a dans le traité et ce qu'il n'y a pas dans le traité. Exemple : on sait très bien qu'il y aura des manipulations de l'opinion publique qui vont consister par exemple à dire « on va nous imposer la vaccination, elle va être obligatoire pour tout le monde, vous n'aurez plus de liberté et c'est le traité qui va le fixer ». Là, pour le coup, le traité il ne traite pas du tout de ça, il ne va pas dire « vaccination obligatoire ». Mais pour autant, et c'est ce qui est utilisé par les réseaux complotistes aujourd'hui, c'est que le traité va imposer ça. Donc on peut avoir des États pris au piège par leurs opinions publiques. Pour des raisons de politiques internes qui consistent à dire « pour l'instant je ne suis pas capable de mettre en place le traité, en tout cas je ne suis pas capable de le ratifier ». Cependant un État qui serait confronté à ça mais qui aurait la volonté politique d'y aller, mais coincé pour des raisons conjoncturelles d'opinions publiques, je suis à peu près sûre que, même non ratifié, ils appliqueraient le traité. Mais ce risque existe donc je le dis et le redis : l'opinion publique sur ces sujets-là, l'information et la désinformation seront des enjeux importants »

Étudiante : « A ce propos, en vertu du fait que la santé relève de la souveraineté nationale, quels seraient les points défensifs pour que les États respectent à la fois le RSI et à la fois le traité ? En sachant que nous avons pu déjà observés des manquements au RSI. »

Interlocutrice : « Que la santé relève de la souveraineté nationale, vous avez raison. Mais regardez ce qu'il se passe au niveau de l'Union européenne. La santé est une compétence nationale (*éternuement*) et pour autant on a vu l'intérêt d'avoir une coopération régionale sur la pandémie. Évidemment ça a marché au niveau de l'UE mais ça n'a pas été complètement simple. On voit bien dans plusieurs endroits du globe, l'intérêt de l'échelon régional. Donc pour la souveraineté nationale, finalement s'efface derrière l'intégration régionale. C'est vrai pour l'UE, pour le Mercosur, pour la région océane.

C'est un mouvement qui se développe y compris dans la santé qui est une compétence nationale. Mais vous avez raison. Sur les autres sujets, on va être confronté à ce sujet butoir de souveraineté nationale, notamment pour le partage des données et les pouvoirs d'investigation sur place. Et même la France, on fait notre « cocorico » mais on a une pandémie qui part de la France, du marché aux bestiaux du fin fond de la Corrèze... on a une équipe chinoise, américaine, indonésienne et africaine qui débarque pour l'enquête... (*hésite, soupire*) je ne sais pas. Encore une fois, le sujet est de montrer qu'on y a tout intérêt et que ce ne soit pas une action punitive. L'objectif est de comprendre pour pouvoir limiter la diffusion de la pandémie. Mais ce n'est surtout pas une action punitive. »

Étudiante : « Par conséquent, pour vous, quels sont les avantages d'une coopération régionale, du régionalisme ? »

Interlocutrice : « Il y a plusieurs avantages. D'une part en termes de capacité et force de frappe, en termes d'approvisionnement de vaccins, de matériel. Là on voit bien que la France si elle achète seule ou si c'est l'union européenne qui achète pour les 27, ce n'est pas la même chose... à partir du moment où on est dans un marché concurrentiel et on a suffisamment vu ce qu'il en était. Ensuite, ça permet des coopérations sanitaires au sein même d'une région. La coopération franco-allemande... l'Allemagne qui a pris en charge nos patients lors de la première vague... Et puis troisièmement ça permet aussi d'avoir des mesures aux frontières qui ne sont pas au niveau de l'État mais à l'échelle d'une région. Exemple : politique de l'Union européenne et politique de contrôle aux frontières, soit au niveau national soit au niveau régional. Ce n'est pas la même et ça permet de soulager la population si les mesures s'appliquent au niveau régional plutôt qu'au niveau national, d'un point de vue économique, de circulation des personnes puisqu'on est dans un monde où tout le monde bouge : les marchandises, les personnes c'est un fait ! Et le repli sur le national est de toute façon très dangereux, de toute façon. »

Étudiante : « Merci beaucoup, je pense avoir fait le tour. Aimerez-vous rajouter quelque chose ? »

Interlocutrice : « (Réflexion) ... C'est un peu ce qu'on se disait hors enregistrement tout à l'heure. C'est très bien de réfléchir à une architecture mondiale, et on n'a pas le choix. Encore une fois, l'épisode du covid nous l'a montré. C'est un beau défi, c'est intellectuellement hyper stimulant mais c'est long pour accoucher. Mais si nous avons des *deadlines*. Mais du coup, il y a deux questions : en attendant comment s'organise-t-on au niveau national ? Car on ne sait pas quand la prochaine pandémie aura lieu et peut être qu'elle aura lieu plus tôt que prévue. Et même si nous avons une nouvelle organisation internationale, c'est quoi la séquence pour notre système national, pour nos professionnels de santé et pour notre population ? C'est-à-dire qu'il ne sert à rien d'avoir un traité pour caler l'armoire si on en fait rien. Cela n'a un intérêt que s'il y a un impact concret dans notre système de santé quotidien. Sinon ça ne sert à rien et là-dessus il faut qu'on soit clair. C'est la déclinaison au niveau opérationnel et national. Qu'est-ce que ça change d'avoir un traité ? Si ça ne change rien il faut se poser des questions, ça veut dire qu'on a tous perdu notre temps. »

Étudiante : « Ça rejoint une autre question que je me posais. Il y a eu d'autres crises, peut-être pas de la même ampleur que celle du Covid mais j'ai l'impression qu'une fois qu'elle est là ça fait réfléchir tout le monde, mais qu'avec le temps on oublie un peu... »

Interlocutrice : « Parce que les priorités changent avec l'actualité ! C'est exactement ce qui s'est passé entre H1N1, Ébola etc. En France on est bien placé pour le savoir. *(Réflexion)* Quand même, une crise de l'ampleur du Covid permet de se dire qu'on a sans doute une chance de pouvoir garder sur le haut de la pile cette priorité. Deuxièmement, le covid n'est pas terminé et troisièmement on a Monkeypox qui montre que ça arrive plus vite que prévu. On a donc l'espoir de garder cette priorité en haut de la pile. En France on a la chance d'avoir un engagement politique au plus haut niveau, ce qu'il faut c'est de le garder pour les autres. Évidemment le contexte géopolitique peut perturber les choses. Une guerre en Ukraine fait qu'on ne discute pas de la même manière avec les Russes au sein d'une instance comme l'INB. Les discussions sont orientées et bloquées sur certains sujets parce que le contexte géopolitique va l'emporter. Je comprends mais moi je refuse d'être prisonnière de ça. Il faut qu'on soit vigilant. »

Étudiante : « Merci beaucoup pour le temps accordé à cet entretien et pour la pertinence des informations apportées »

ANNEXE 6 : Liste des réunions/conférences/Groupes de travail en lien avec la problématique du mémoire

NUMERO	ECHELON	CATEGORIE	OBJET	PERIODICITE	DUREE	Rôle ⁴⁶
1	International	VISITE	HANS KLUG, Directeur Général OMS EURO à la VSS	Ponctuelle	1 jour	Participation / Organisation / Contribution
2	International	Conférence	«One Health »	Ponctuelle	2h	Observation
3	International	Auditions publiques	Auditions publiques organisées par l'INB pour la négociation des éléments à intégrer dans le nouvel instrument international sur les pandémies (OMS Genève)	2 sessions	2 jours par sessions	Observation
4	International	Conférence	« De la pandémie vers l'endémie »	Ponctuelle	1 jour	Observation
5	International	Réunion	Négociations pour le nouvel accord sur les pandémies avec l'INB (OMS Genève)	Plusieurs sessions	Variable (plusieurs jours)	Participation

⁴⁶ Observation : Apprécier/ analyser l'évènement à des fins de réflexion ou d'amélioration des connaissances, rédaction de compte-rendu
Participation : Être acteur de l'évènement par le biais de production de documents, de préparation de dossiers, rédaction d'éléments de langage etc. (parfois en tant que représentante de la DGS)
Contribution : Collaborer, apporter, prendre part à l'évènement par le biais d'une prise de parole, de l'expression d'une position, etc. (parfois en tant que représentante de la DGS)
Organisation : Assurer le fonctionnement et le bon déroulé de l'évènement
Animation : Encadrer l'évènement et favoriser l'interaction des membres

6	International	Assemblée	Assemblée Mondiale de la Santé (OMS Genève)	Annuelle	1 semaine	Participation
7	Régional	Réunion de coordination	Négociations pour les amendements au RSI avec la Commission européenne (Genève)	Mensuelle	1h30	Participation
8	Régional	Réunion de coordination	Discussions sur les arrangements pratiques sur le RSI avec la Commission européenne (Bruxelles)	1 session	6h	Participation
9	Régional	Réunion de coordination	Négociations pour le nouvel accord sur les pandémies avec la Commission européenne	3 sessions	1h30	Participation
10	Régional	Conseil d'administration ECDC	Les nouvelles initiatives européennes en matière de sécurité sanitaire et réponse aux crises et le nouveau mandat de l'ECDC à SPF Paris	Ponctuelle	1h15	Observation
11	Régional	Visite	Visite des bureaux de l'OMS Euro et de l'académie à Lyon	Ponctuelle	1 journée	Participation
12	Régional	Réunion de coordination	Négociation pour les demandes de subventions de l'UE dans le cadre de HERA	Plusieurs sessions	Variable	Participation
13	National	Groupe de travail interministériel	Nouvel accord sur les pandémies (MSP Paris)	Mensuel	1h30	Participation / Contribution
14	National	Réunion de coordination	Suivi de la situation internationale pour la sous-direction VSS : RSI – AP – UHPR – autres sujets internationaux	Hebdomadaire	30 min	Participation / Organisation / Contribution /

						Animation ponctuelle
15	National	Groupe de travail	Task force MEAE / MSP	Hebdomadaire	1h	Participation
16	National	Groupe de travail interministériel	Révision du Règlement Sanitaire International	Mensuel	1h30	Participation / Contribution / Animation ponctuelle
17	National	Staff VSS	Capitalisation de l'expérience acquise au sein de la sous-direction VSS	Toutes les 3 semaines	45 min	Organisation / Participation / Animation
18	National	Réunion	Réunion de sécurité sanitaire en présence des agences/autorités sanitaires (urgences d'actualité)	Hebdomadaire	1h	Participation
19	National	Réunion	Réunion de Direction de Crise (urgences d'actualité)	Hebdomadaire	1h	Observation
20	National	Conférence	Les rencontres de Santé Publique France	Ponctuelle	1 jour	Observation
21	Nationale	Groupe de travail interministériel	Préparation des négociations pour les demandes de subventions de l'UE dans le cadre de HERA	Hebdomadaire	1h	Participation

ANNEXE 7 : Charte pour l'accès équitable aux outils de lutte contre la Covid-19

Charte pour l'accès équitable aux outils de lutte contre la COVID-19

Six principes pour l'Accélérateur ACT

Nous avons uni nos efforts afin de lancer le dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (Accélérateur ACT), dans le but de bâtir des partenariats consacrés à la mise au point, à la production, à la disponibilité, à la fourniture et à la distribution de produits de santé capables de mettre fin à la pandémie. L'Accélérateur ACT a déjà enregistré des progrès importants dans la réalisation de ces objectifs, avec de nouveaux tests rapides, des traitements par dexaméthasone qui permettent de sauver des vies et la mise en place la Facilité pour les vaccins contre la COVID-19 (facilité COVAX) qui mutualise les ressources mondiales pour accélérer la mise au point et la fabrication de vaccins et garantir un accès universel et équitable à ces derniers.

Grâce à une mobilisation mondiale portée notamment par l'OMS, l'Union européenne et le G20, nous avons réuni des ressources importantes en un laps de temps très court pour appuyer les objectifs de l'Accélérateur ACT. Nous nous félicitons des accords et des contributions existants impliquant différents acteurs des secteurs public et privé visant à atteindre les objectifs de l'Accélérateur ACT. Toutefois, nous reconnaissons qu'il y a encore un déficit de financement à combler et appelons toutes les parties à intensifier leurs efforts politiques, financiers, normatifs, techniques et autres pour veiller à ce que l'Accélérateur ACT devienne pleinement opérationnel. Nous soulignons que des contributions actives de toutes les parties prenantes partout à travers le monde sont indispensables pour assurer une riposte efficace et équitable.

Dans le droit fil de la résolution de la 73e Assemblée mondiale de la santé relative à la riposte à la COVID-19 (WHA73.1)¹ et de quatre résolutions de l'Assemblée générale des Nations unies (A/RES/74/306, A/RES/74/307, A/RES/74/274, A/RES/74/2)², nous rappelons la nécessité pour tous les pays d'avoir un accès libre et rapide à des produits de diagnostic, à des traitements et à des vaccins de qualité, sûrs, efficaces et abordables en vue de parvenir à la couverture sanitaire universelle, afin d'accroître la riposte à la COVID-19. Nous considérons que l'Accélérateur ACT constitue une initiative mondiale majeure destinée à apporter une réponse à l'enjeu décisif de la phase d'intensification, qui est d'assurer un accès équitable, en reconnaissant la vaccination à grande échelle contre la COVID-19 comme un bien public mondial.

Forts de l'appel à l'action initial sur l'Accélérateur ACT, lancé le 24 avril 2020 sous les auspices de l'OMS, du Communiqué conjoint des représentants de l'industrie ainsi que de la Déclaration du Conseil de facilitation, nous appelons toutes les parties prenantes à assurer un accès équitable et abordable aux produits de santé contre la COVID-19 et à faire en sorte que ces produits soient mis à la disposition de tous ceux qui en ont besoin, en se fondant sur les principes directeurs suivants :

1/ **S'efforcer de mobiliser la recherche financée par des fonds publics.** Des efforts supplémentaires devraient être déployés en vue de tirer pleinement parti des investissements publics de la recherche, au moyen d'une coordination permanente, en collaboration avec l'OMS ; de la promotion du partage de données et de connaissances ; de la collaboration avec le secteur privé

¹ https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-fr.pdf

² <https://www.un.org/fr/ga/74/resolutions.shtml>

pour partager les coûts et les risques du développement et étendre l'accès au niveau mondial. La collaboration entre les secteurs public et privé pourrait faciliter la transparence en matière d'investissements et de coûts tout au long de la chaîne de recherche, de développement et de production, ainsi que des prix justes, et permettre des accords de licences volontaires visant à assurer un accès rapide, équitable et abordable aux produits et services destinés à prévenir, diagnostiquer, traiter et endiguer la COVID-19, ainsi qu'une distribution rapide et à grande échelle de ceux-ci. En contrepartie des investissements publics, nous encourageons les entreprises privées, à titre volontaire, à faire preuve de transparence concernant les fonds publics mis à leur disposition pour développer des produits de santé contre la COVID-19 avec pour objectif une tarification transparente et abordable. Cela permettra aux entreprises de fixer des prix justes et garantira aux bailleurs de fonds et autres parties prenantes que ces tarifs sont effectivement justes.

2/ Encourager le partage de données et de connaissances. Les connaissances et les données peuvent renforcer nos efforts collectifs visant à favoriser les découvertes scientifiques, accélérer la mise à disposition de nouvelles innovations et faciliter un large partage des bénéfices des progrès scientifiques et de leurs applications, en se fondant sur le droit à la santé. Assurer des contrôles en matière de sûreté et d'efficacité ainsi que le respect des normes les plus strictes au plan scientifique et éthique, en particulier s'agissant de la publication de données et d'études, contribue également à renforcer la confiance du public. Les données des recherches en lien avec la COVID-19 pourraient être rendues publiques et accessibles, à titre volontaire ou contractuel, ou sur la base des exceptions et restrictions existantes, dans de brefs délais, en libre accès et, dans la mesure du possible, conformément aux principes FAIR. En outre, il conviendrait d'associer un large éventail de participants et de pays aux essais.

3/ Encourager les transferts de technologie ainsi que des prix équitables et transparents. Toute technologie, nouvelle ou préexistante, lorsque ses bénéfices pour la santé publique sont certains, nécessite des moyens permettant d'assurer une capacité de distribution à grande échelle. Par conséquent, les innovations doivent être accompagnées par des financements suffisants, dédiés et au moment opportun, et si besoin être financées par des fonds publics.

Les transferts de technologie sont cruciaux afin de renforcer les capacités de production locales et diversifiées et ainsi permettre un accès plus équitable en période d'urgence sanitaire. Nous encourageons le cas échéant les transferts de technologie et les licences de propriété intellectuelle volontaires ainsi que la mutualisation des brevets, notamment par le biais du *Medicines Patent Pool*. Nous encourageons également la collaboration des réseaux de l'industrie tant dans les pays développés que dans les pays émergents pour fabriquer à grande échelle de nouveaux produits dans le monde entier, notamment avec des fabricants de produits pharmaceutiques génériques. Le Groupement d'accès aux technologies contre la COVID-19 (C-TAP) peut être utile pour faciliter un libre échange de connaissances et d'autres savoir-faire liés aux nouvelles technologies relatives à la COVID-19. Avec la participation des secteurs public et privé, nous identifierons une série d'options afin d'accroître les capacités de développement, de fabrication et de distribution permettant un accès équitable et rapide à des diagnostic, des traitements et des vaccins de qualité, abordables et efficaces dans le respect des dispositions des accords internationaux pertinents, notamment celles de l'Accord sur les ADPIC, ainsi que les flexibilités confirmées dans la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, et nous en appuierons la mise en œuvre.

4/ Un financement groupé et collectif pour un accès équitable. La mise au point et la distribution mondiale équitable d'outils destinés à la préparation et la riposte à la COVID-19 nécessitent un financement collectif et groupé. Il est essentiel de soutenir l'Accélérateur ACT, seul mécanisme complet et mondial en mesure de mettre fin rapidement à la pandémie et ainsi le redressement de l'économie mondiale, à travers des contributions en nature ou financières. Le soutien apporté à la riposte mondiale à la COVID-19 peut être considéré comme faisant partie des dépenses nationales de relance macro-économique. Les bailleurs de fonds pourraient envisager la possibilité (i) d'additionnalité, (ii) d'aller au-delà des contributions des donateurs traditionnels et des budgets établis d'APD, (iii) d'éviter d'accroître l'endettement de pays qui sont déjà lourdement endettés, (iv) de recourir à des mécanismes de financement innovants nouveaux ou existants pour assurer une mise à disposition rapide de fonds publics qui pourraient être concentrés sur une phase initiale, les gouvernements s'engageant à assurer des paiements sur plusieurs années et à renforcer la mobilisation de leurs ressources nationales par le biais de nouvelles formes d'imposition, (v) publier des orientations souples relatives à la répartition des charges en fonction de la capacité de paiement, y compris du secteur privé. Par ailleurs, il conviendrait de rechercher activement des contributions du secteur privé, notamment des « investissements d'impact », ainsi que diverses formes de partenariats public-privé (par exemple, garanties, fonds de contrepartie et obligations à effet social).

5/ Favoriser le renforcement des systèmes de santé, point d'appui pour la fourniture de produits de santé contre la COVID-19. Ceux-ci ne peuvent être universellement accessibles que si les systèmes de santé des pays sont en mesure de les fournir à leur population et de les intégrer dans leurs systèmes de santé nationaux. Pour accompagner le déploiement des produits de santé contre la COVID-19 et conformément à la résolution WHA73.1, nous allons étroitement coopérer avec les pays à travers le monde, à leur demande, pour mettre en œuvre leurs plans d'action plurisectoriels nationaux, renforcer leurs systèmes de santé en lien avec la riposte à COVID-19, et assurer le maintien dans des conditions de sécurité de l'ensemble des autres fonctions et services essentiels de santé publique. Il convient d'adopter une approche holistique associant les acteurs publics et privés ainsi que les communautés pour renforcer durablement les systèmes de santé, notamment leurs six piliers (gouvernance, financement, prestation de services, ressources humaines, technologies et produits médicaux et systèmes d'information) ainsi que les fonctions essentielles de la santé publique (par exemple surveillance, recherche et prévention), en mettant à profit tous les investissements.

6/ Une coordination mondiale pour une répartition équitable des diagnostic, des traitements et des vaccins contre la COVID-19, sous la conduite de l'OMS, est essentielle afin de permettre un accès rapide et équitable pour tous ceux qui en ont besoin. Dans un contexte où l'approvisionnement est limité, les gouvernements doivent s'efforcer d'obtenir l'impact le plus efficace possible en matière de santé publique. Des procédures de répartition équitables et rapides, répondant à des valeurs éthiques et aux besoins en matière de santé publique, sont indispensables pour optimiser les bénéfices sur le plan de la santé publique et veiller à ce que les produits de santé dont le nombre est limité soient disponibles et accessibles de manière prioritaire pour ceux qui en ont le plus besoin.

Nous réaffirmons également les principes selon lesquels l'Accélérateur ACT repose sur : des décisions fondées sur des données probantes et scientifiques ; un accès juste et équitable pour tous ;

l'indépendance dans la prise de décision par la prévention et la gestion des conflits d'intérêt ; la promotion d'un multilatéralisme, d'une coopération et d'une solidarité internationales efficaces ; une représentation inclusive et qualifiée dans les organes de décision et de coordination critiques; une protection solide, efficace et complète des données personnelles ; « ne laisser la santé de personne de côté » pour réaliser la couverture sanitaire universelle, en étant guidés par le principe de la sécurité humaine ; et le suivi des orientations de l'OMS en matière d'éthique.

Annexe 8 : Liste des réunions du Groupe de travail sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires (WGPR) et des rapports diffusés et/ou utiles

N°	Date	Documents officiels publiés et/ou utiles
1	15-16/07/2021	<ul style="list-style-type: none"> ○ Méthode de travail et mandat proposés ○ Calendrier et résultats attendus du Groupe de travail sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires ○ Résumé du Bureau sur les étapes à venir en ce qui concerne le recensement des recommandations ○ Proposition relative aux modalités de collaboration des parties prenantes concernées ○ Rapport de synthèse des Coprésidents concernant la première réunion du Groupe de travail sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux situations d'urgence sanitaire
2	01-03/09/2021	<ul style="list-style-type: none"> ○ Conclusions préliminaires du recensement des recommandations liées à la COVID-19 ○ Compte rendu du Bureau : résumé des discussions et voie à suivre proposée
3	04-06/10/2021	<ul style="list-style-type: none"> ○ Collaboration de l'OMS avec les entités des Nations-Unies qui interviennent lors des urgences sanitaires, et plus particulièrement dans la riposte à la COVID-19 ○ Flux de financement pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence sanitaire dans le contexte de la COVID-19 ○ Actualisation des conclusions préliminaires du recensement des recommandations liées à la COVID-19 ○ Analyse du secrétariat soumise à l'examen du Groupe de travail pour déterminer plus avant l'intérêt que présenterait un nouvel instrument sur la préparation et la riposte aux pandémies et options d'accroître l'efficacité du Règlement sanitaire international (2005), avec examen des avantages, des risques et des incidences juridiques ○ Plan de travail pour le mois d'octobre et voie à suivre proposée
4	01-03/11/2021	<ul style="list-style-type: none"> ○ Avant-projet de 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 l'Assemblée mondiale de la Santé extraordinaire
5	15/11/2021	<ul style="list-style-type: none"> ○ Projet de 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 ○ Plan de travail pour la période entre les réunions de décembre 2021 à janvier 2022
6	10-12/01/2022	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rapport intérimaire du Groupe de travail sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires à la cent cinquantième session de Conseil exécutif ○ Compte rendu du Bureau sur la sixième réunion du Groupe de travail
7	21-23/02/2022	<ul style="list-style-type: none"> ○ Enquête concernant la mise en œuvre des recommandations relatives à la COVID-19 : conclusions préliminaires ○ Compte-rendu de Bureau sur la septième réunion du Groupe de travail
8	28-30/03/2022	<ul style="list-style-type: none"> ○ Projet de plan du rapport final du Groupe de travail à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé
9	04-06/05/2022	<ul style="list-style-type: none"> ○ Avant-projet de rapport du Groupe de travail sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé

Annexe 9 : Proposition d'amendements pour le Règlement Sanitaire International (2005) par les États-Unis d'Amérique⁴⁷

**Submission of the United States of America
Proposed Amendments to the International Health Regulations (2005)
Articles 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 18, 48, 49, 53, 59**

Explanation of changes: The proposed new text is shown in **bold underline**, and proposed deletions to existing text is shown in ~~strikethrough~~. All other text would remain unchanged.

Article 5: Surveillance

1. Each State Party shall develop, strengthen and maintain, as soon as possible but no later than five years from the entry into force of these Regulations for that State Party, the capacity to detect, assess, notify and report events in accordance with these Regulations, as specified in Annex 1. **This capacity will be periodically reviewed through the Universal Health Periodic Review mechanism. Should such review identify resource constraints and other challenges in attaining these capacities, WHO and its Regional Offices shall, upon the request of a State Party, provide or facilitate technical support and assist in mobilization of financial resources to develop, strengthen and maintain such capacities.**

New 5. WHO shall develop early warning criteria for assessing and progressively updating the national, regional, or global risk posed by an event of unknown causes or sources and shall convey this risk assessment to States Parties in accordance with Articles 11 and 45 where appropriate. The risk assessment shall indicate, based on the best available knowledge, the level of risk of potential spread and risks of potential serious public health impacts, based on assessed infectiousness and severity of the illness.

Article 6: Notification

1. Each State Party shall assess events occurring within its territory by using the decision instrument in Annex 2 **within 48 hours of the National IHR Focal Point receiving the relevant information.** Each State Party shall notify WHO, by the most efficient means of communication available, by way of the National IHR Focal Point, and within 24 hours of assessment of public health information, of all events which may constitute a public health emergency of international concern within its territory in accordance with the decision instrument, as well as any health measure implemented in response to those events. If the notification received by WHO involves the competency of the International Atomic Energy Agency (IAEA), **the Food and Agriculture Organization (FAO), the World Organisation for Animal Health (OIE), the UN Environment Programme (UNEP) or other relevant entities,** WHO shall immediately notify the IAEA **relevant entities.**

2. Following a notification, a State Party shall continue to communicate to WHO, **by the most efficient means of communication available,** timely, accurate and sufficiently detailed public health information available to it on the notified event, where possible including **genetic sequence data,** case definitions, laboratory results, source and type of the risk, number of cases and deaths, conditions affecting the spread of the disease and the health measures employed; and report, when necessary, the difficulties faced and support needed in responding to the potential public health emergency of international concern.

⁴⁷ Extrait d'un document officiel de l'OMS, édité à l'occasion de l'AMS75 en mai 2022

Article 9: Other reports

1. WHO may take into account reports from sources other than notifications or consultations and shall assess these reports according to established epidemiological principles and then communicate information on the event to the State Party in whose territory the event is allegedly occurring. ~~Before taking any action based on such reports, WHO shall consult with and attempt to obtain verification from the State Party in whose territory the event is allegedly occurring in accordance with the procedure set forth in Article 10. To this end, WHO shall make the information received available to the States Parties and only where it is duly justified may WHO maintain the confidentiality of the source. This information will be used in accordance with the procedure set forth in Article 11.~~

Article 10: Verification

1. **Within 24 hours of receiving information,** WHO shall request, ~~in accordance with Article 9,~~ verification from a State Party of reports from sources other than notifications or consultations of events which may constitute a public health emergency of international concern allegedly occurring in the State's territory. In such cases, WHO shall inform the State Party concerned regarding the reports it is seeking to verify.

2. Pursuant to the foregoing paragraph ~~and to Article 9,~~ each State Party, when requested by WHO, shall verify and provide:

- (a) within 24 hours, an initial reply to, or acknowledgement of, the request from WHO;
- (b) within 24 hours, available public health information on the status of events referred to in WHO's request; and
- (c) information to WHO in the context of an assessment under Article 6, including relevant information as described in **paragraphs 1 and 2 of** that Article.

3. When WHO receives information of an event that may constitute a public health emergency of international concern, it shall offer **within 24 hours** to collaborate with the State Party concerned in assessing the potential for international disease spread, possible interference with international traffic and the adequacy of control measures. Such activities may include collaboration with other standard-setting organizations and the offer to mobilize international assistance in order to support the national authorities in conducting and coordinating on-site assessments.

3bis. Within 24 hours of receiving a WHO offer of collaboration, the State Party may request additional information supporting the offer. WHO shall provide such information within 24 hours. When 48 hours have elapsed since the initial WHO offer of collaboration, failure by the State Party to accept the offer of collaboration shall constitute rejection for the purposes of sharing available information with States Parties under Paragraph 4 of this section.

4. If the State Party does not accept the offer of collaboration **within 48 hours,** WHO ~~shall~~ **may,** when justified by the magnitude of the public health risk, **immediately** share with other States Parties the information available to it, whilst encouraging the State Party to accept the offer of collaboration by WHO, ~~taking into account the views of the State Party concerned.~~

Article 11: Provision of information by WHO

1. Subject to paragraph 2 of this Article, WHO shall send to all States Parties and, as appropriate, to relevant intergovernmental organizations, as soon as possible and by the most efficient means available, in confidence, such public health information which it has received under Articles 5 to 10 inclusive, **or which is available in the public domain**, and which is necessary to enable States Parties to respond to a public health risk. WHO **shall** communicate information to other States Parties that might help them in preventing the occurrence of similar incidents.

2. WHO shall use information received under Articles 6, ~~and 8 and paragraph 2 of Article 9~~ for verification, assessment and assistance purposes under these Regulations and, unless otherwise agreed with the States Parties referred to in those provisions, shall ~~not~~ make this information generally available to other States Parties, **when until such time as:**

(a) the event is determined to constitute a public health emergency of international concern in accordance with Article 12; or

(b) information evidencing the international spread of the infection or contamination has been confirmed by WHO in accordance with established epidemiological principles; or

(c) there is evidence that:

(i) control measures against the international spread are unlikely to succeed because of the nature of the contamination, disease agent, vector or reservoir; or

(ii) the State Party lacks sufficient operational capacity to carry out necessary measures to prevent further spread of disease; or

(d) the nature and scope of the international movement of travellers, baggage, cargo, containers, conveyances, goods or postal parcels that may be affected by the infection or contamination requires the immediate application of international control measures; or

(e) **WHO determines it is necessary that such information be made available to other States Parties to make informed, timely risk assessments.**

3. WHO shall **inform** ~~consult with~~ the State Party in whose territory the event is occurring as to its intent to make information available under this Article.

4. When information received by WHO under paragraph 2 of this Article is made available to States Parties in accordance with these Regulations, WHO **shall** make it available to the public if other information about the same event has already become publicly available and there is a need for the dissemination of authoritative and independent information.

New 5. WHO shall annually report to the Health Assembly on all activities under this Article, including instances of sharing information that has not been verified by a State Party on whose territory an event that may constitute a public health emergency of international concern is or is allegedly occurring with States Parties through alert systems.

Article 12: Determination of a public health emergency of international concern, public health emergency of regional concern, or intermediate health alert

1. The Director-General shall determine, on the basis of information received, in particular from the State Party within whose territory an event is occurring, whether an event constitutes a public health emergency of international concern in accordance with the criteria and the procedure set out in these Regulations.

2. If the Director-General considers, based on an assessment under these Regulations, that a **potential or actual** public health emergency of international concern is occurring, the Director-General shall **notify all States Parties and seek to** consult with the State Party in whose territory the event arises regarding this preliminary determination **and may, in accordance with the procedure set forth in Article 49, seek the views of the Committee established under Article 48 (hereinafter the “Emergency Committee”)**. If the Director-General determines and the State Party are in agreement regarding this determination **that the event constitutes a public health emergency of international concern**, the Director-General shall, in accordance with the procedure set forth in Article 49, seek the views of the Committee established under Article 48 (hereinafter the “Emergency Committee”) on appropriate temporary recommendations.

3. ~~If, following the consultation in paragraph 2 above, the Director-General and the State Party in whose territory the event arises do not come to a consensus within 48 hours on whether the event constitutes a public health emergency of international concern, a determination shall be made in accordance with the procedure set forth in Article 49.~~

4. In determining whether an event constitutes a public health emergency of international concern, the Director-General shall consider:

- (a) Information provided by the State Party, **by other States Parties, available in the public domain, or otherwise available under Articles 5-10;**
- (b) The decision instrument contained in Annex 2;
- (c) The advice of the Emergency Committee;
- (d) Scientific principles as well as available scientific evidence and other relevant information; and
- (e) An assessment of the risk to human health, of the risk of international spread of disease and of the risk of interference with international traffic.

5. If the Director-General, following consultations with the **Emergency Committee and relevant States Parties** within whose territory the public health emergency of international concern has occurred, considers that a public health emergency of international concern has ended, the Director-General shall take a decision in accordance with the procedure set out in Article 49.

New 6. Where an event has not been determined to meet the criteria for a public health emergency of international concern but the Director-General has determined it requires heightened international awareness and a potential international public health response, the Director-General, on the basis of information received, may determine at any time to issue an intermediate

public health alert to States Parties and may consult the Emergency Committee in a manner consistent with the procedure set out in Article 49.

New 7. A Regional Director may determine that an event constitutes a public health emergency of regional concern and provide related guidance to States Parties in the region either before or after notification of an event that may constitute a public health emergency of international concern is made to the Director-General, who shall inform all States Parties.

Article 13: Public health response

3. At the request of a State Party, WHO shall **offer assistance** collaborate **to a State Party** in the response to public health risks and other events by providing technical guidance and assistance and by assessing the effectiveness of the control measures in place, including the mobilization of international teams of experts for on-site assistance, when necessary. **The State Party shall accept or reject such an offer of assistance within 48 hours and, in the case of rejection of such an offer, shall provide to WHO its rationale for the rejection, which WHO shall share with other States Parties.**

4. If WHO, in consultation with the States Parties concerned as provided in Article 12, determines that a public health emergency of international concern is occurring, it **shall** may offer, in addition to the support indicated in paragraph 3 of this Article, further assistance to the State Party, including an assessment of the severity of the international risk and the adequacy of control measures. Such collaboration may include the offer to mobilize international assistance in order to support the national authorities in conducting and coordinating on-site assessments. When requested by the State Party, WHO shall provide information supporting such an offer. **The State Party shall accept or reject such an offer of assistance within 48 hours and, in the case of rejection of such an offer, shall provide to WHO its rationale for the rejection, which WHO shall share with other States Parties. Regarding on-site assessments, in compliance with its national law, a State Party shall make reasonable efforts to facilitate short-term access to relevant sites; in the event of a denial, it shall provide its rationale for the denial of access.**

Article 15: Temporary recommendations

2. Temporary recommendations may include **the deployment of expert teams, as well as** health measures to be implemented by the State Party experiencing the public health emergency of international concern, or by other States Parties, regarding persons, baggage, cargo, containers, conveyances, goods and/or postal parcels to prevent or reduce the international spread of disease and avoid unnecessary interference with international traffic.

Article 18: Recommendations with respect to persons, baggage, cargo, containers, conveyances, goods and postal parcels

New 3. In developing temporary recommendations, the Director-General shall consult with relevant international agencies such as ICAO, IMO and WTO in order to avoid unnecessary interference with international travel and trade, as appropriate. Additionally, temporary recommendations should allow for the appropriate exemption of essential health care workers and essential medical products and supplies from travel and trade restrictions.

New 4: In implementing health measures pursuant to these Regulations, including Article 43, States Parties shall make reasonable efforts, taking into account relevant international law, to ensure that:

- (a) Contingency plans are in place to ensure that health care worker movement and supply chains are facilitated in a public health emergency of international concern;**
- (b) Travel restrictions do not unduly prevent the movement of health care workers necessary for public health responses;**
- (c) Trade restrictions make provision to protect supply chains for the manufacture and transport of essential medical products and supplies; and**
- (d) The repatriation of travellers is addressed in a timely manner, given evidence-based measures to prevent the spread of diseases.**

Article 48: Terms of reference and composition

2. The Emergency Committee shall be composed of experts selected by the Director-General from the IHR Expert Roster and, when appropriate, other expert advisory panels of the Organization, **as well as Regional Directors from any impacted region**. The Director-General shall determine the duration of membership with a view to ensuring its continuity in the consideration of a specific event and its consequences. The Director-General shall select the members of the Emergency Committee on the basis of the expertise and experience required for any particular session and with due regard to the principles of equitable **age, gender, and** geographical representation, **and require training in these Regulations before participation**. ~~At least one member~~ **Members** of the Emergency Committee should **include** be an **at least one** expert nominated by a ~~the~~ State Party within whose territory the event arises, **as well as experts nominated by other affected States Parties**. **For the purposes of Articles 48 and 49, an “affected State Party” refers to a State Party either geographically proximate or otherwise impacted by the event in question.**

Article 49: Procedure

3 bis. If the Emergency Committee is not unanimous in its findings, any member shall be entitled to express his or her dissenting professional views in an individual or group report, which shall state the reasons why a divergent opinion is held and shall form part of the Emergency Committee’s report.

3 ter. The composition of the Emergency Committee and its complete reports shall be shared with Member States.

4. The Director-General shall invite **affected States Parties, including** the State Party in whose territory the event arises, to present its **their** views to the Emergency Committee. To that effect, the Director-General shall notify **States Parties of** ~~to~~ the dates and the agenda of the meeting of the Emergency Committee with as much advance notice as necessary. The State Party **in whose territory the event arises** ~~concerned, however,~~ may not seek a postponement of the meeting of the Emergency Committee for the purpose of presenting its views thereto.

...

7. Affected States Parties in whose territories the event has occurred may propose to the Director-General the termination of a public health emergency of international concern and/or the temporary recommendations, and may make a presentation to that effect to the Emergency Committee.

New Chapter IV (Article 53 bis-quater): The Compliance Committee

53 bis Terms of reference and composition

1. The State Parties shall establish a Compliance Committee that shall be responsible for:

- (a) Considering information submitted to it by WHO and States Parties relating to compliance with obligations under these Regulations;
- (b) Monitoring, advising on, and/or facilitating assistance on matters relating to compliance with a view to assisting States Parties to comply with obligations under these Regulations;
- (c) Promoting compliance by addressing concerns raised by States Parties regarding implementation of, and compliance with, obligations under these Regulations; and
- (d) Submitting an annual report to each Health Assembly describing:
 - (i) The work of the Compliance Committee during the reporting period;
 - (ii) The concerns regarding non-compliance during the reporting period; and
 - (iii) Any conclusions and recommendations of the Committee.

2. The Compliance Committee shall be authorized to:

- (a) Request further information on matters under its consideration;
- (b) Undertake, with the consent of any State Party concerned, information gathering in the territory of that State Party;
- (c) Consider any relevant information submitted to it;
- (d) Seek the services of experts and advisers, including representatives of NGOs or members of the public, as appropriate; and
- (e) Make recommendations to a State Party concerned and/or WHO regarding how the State Party may improve compliance and any recommended technical assistance and financial support.

3. The Members of the Compliance Committee shall be appointed by States Parties from each Region, comprising six government experts from each Region. The Compliance Committee shall be appointed for four-year terms and meet three times per year.

53 ter. Conduct of business

1. The Compliance Committee shall strive to make its recommendations on the basis of consensus.

2. The Compliance Committee may request the Director-General to invite representatives of the United Nations and its specialized agencies and other relevant intergovernmental organizations or nongovernmental organizations in official relations with WHO to designate representatives to attend the Committee sessions, where appropriate to address a specific issue under consideration. Such representatives, with the consent of the Chairperson, make statements on the subjects under discussion.

53 quater Reports

1. For each session, the Compliance Committee shall prepare a report setting forth the Committee's views and advice. This report shall be approved by the Compliance Committee before the end of the session. Its views and advice shall not commit WHO, States Parties, or other entities and shall be formulated as advice to the relevant State Party.

2. If the Compliance Committee is not unanimous in its findings, any member shall be entitled to express his or her dissenting professional views in an individual or group report, which shall state the reasons why a divergent opinion is held and shall form part of the Committee's report.

3. The Compliance Committee's report shall be submitted to all States Parties and to the Director-General, who shall submit reports and advice of the Compliance Committee, to the Health Assembly or the Executive Board, as well as any relevant committees, for consideration, as appropriate.

Article 59: Entry into force; period for rejection or reservations

1. The period provided in execution of Article 22 of the Constitution of WHO for rejection of, or reservation to, these Regulations ~~or an amendment thereto~~, shall be 18 months from the date of the notification by the Director-General of the adoption of these Regulations ~~or of an amendment to these Regulations~~ by the Health Assembly. Any rejection or reservation received by the Director-General after the expiry of that period shall have no effect.

1 bis. The period provided in execution of Article 22 of the Constitution of WHO for rejection of, or reservation to, an amendment to these Regulations shall be six months from the date of the notification by the Director-General of the adoption of an amendment to these Regulations by the Health Assembly. Any rejection or reservation received by the Director-General after the expiry of that period shall have no effect.

2. These Regulations shall enter into force 24 months after the date of notification referred to in paragraph 1 of this Article, **and amendments to these Regulations shall enter into force six months after the date of notification referred to in paragraph 1bis of this Article**, except for:

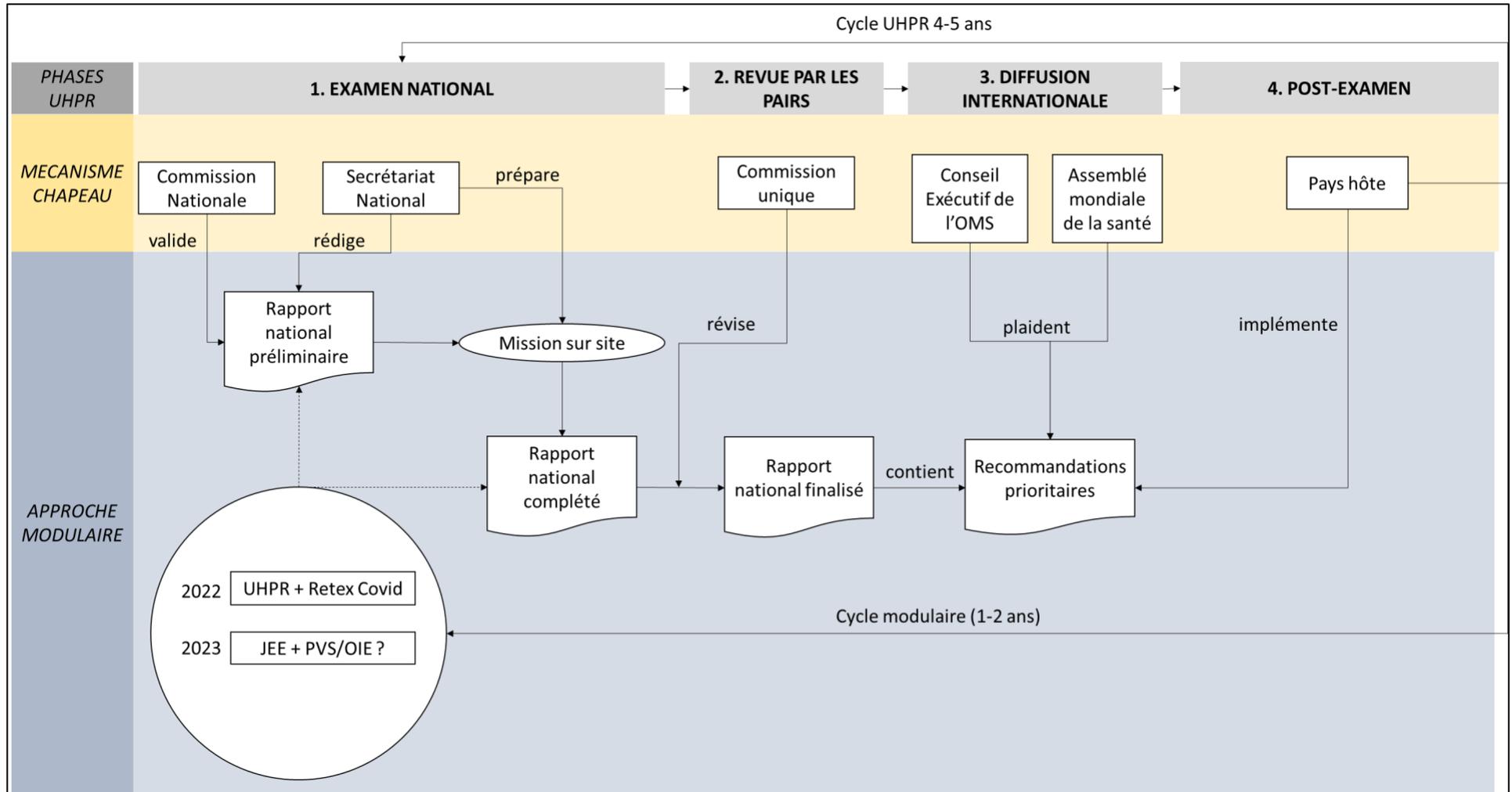
- (a) a State that has rejected these Regulations or an amendment thereto in accordance with Article 61;
- (b) a State that has made a reservation, for which these Regulations shall enter into force as provided in Article 62;
- (c) a State that becomes a Member of WHO after the date of the notification by the Director-General referred to in paragraph 1 of this Article, and which is not already a party to these Regulations, for which these Regulations shall enter into force as provided in Article 60; and

(d) a State not a Member of WHO that accepts these Regulations, for which they shall enter into force in accordance with paragraph 1 of Article 64.

3. If a State is not able to adjust its domestic legislative and administrative arrangements fully with these Regulations **or amendments thereto** within the periods set out in paragraph 2 of this Article, **as applicable**, that State shall submit within the period specified in paragraph 1 of this Article a declaration to the Director-General regarding the outstanding adjustments and achieve them no later than 12 months after the entry into force of these Regulations **or the amendments thereto** for that State Party.

= = =

Annexe 10 : Proposition française pour l'Universal Health Preparedness Review (UHPR)



Représentation schématique de la proposition française concernant l'implémentation de l'UHPR⁴⁸

⁴⁸ Schéma provenant d'une note interne au ministère de la Santé et de la Prévention, dans le cadre d'une explication du concept UHPR.

CERMINARA	LAURA	12/09/2022
Master 2		
Pilotage des politiques et actions en santé publique		
MISE EN PERSPECTIVE DES IMPACTS DE LA PANDÉMIE SUR LES PROCESSUS ORGANISATIONNELS DU SYSTÈME DE SÉCURITÉ SANITAIRE INTERNATIONALE		
Promotion 2021-2022		
<p>Résumé :</p> <p>La pandémie de Covid-19, a mis en évidence une coalition internationale déficiente ainsi qu'un système de santé mondial inéquitable et inadapté face à une urgence sanitaire d'une telle ampleur. À cet égard, elle a permis un engagement collectif consacré au renforcement de l'architecture mondiale de santé et de ses capacités à prévenir, se préparer et riposter aux futures urgences de santé publique de portée internationale.</p> <p>Dans cette perspective, la révision du Règlement Sanitaire International et l'élaboration d'un nouvel accord international sur la prévention, la préparation et la riposte aux pandémies, désignent les deux processus principaux à implémenter dans le système de sécurité sanitaire internationale. Tous deux portés par l'Organisation mondiale de la Santé, ces outils font ressortir de grands principes de santé publique tels que l'équité, l'inclusivité, l'approche « One Health », l'intersectorialité, et bien d'autres.</p> <p>Néanmoins, de nombreux défis restent à surmonter pour espérer un système de santé mondial efficient : financement, place du régionalisme, actions opérationnelles pour l'application des concepts, etc., font partie intégrante des éléments encore à clarifier. En définitive, il convient non seulement de tirer des enseignements de la pandémie actuelle, mais aussi de prévenir les prochaines urgences sanitaires qui relèveront assurément du dérèglement climatique ou de puissantes tensions géopolitiques.</p>		
<p>Mots clés : « maladies émergentes », « sécurité sanitaire internationale », « multilatéralisme », architecture mondiale de santé », « règlement sanitaire international », « accord international sur les pandémies », « prévention, préparation, riposte », « Covid-19 », « Organisation mondiale de la Santé », « équité », « gouvernance », « inclusivité », « One Health », « santé publique », « processus organisationnels », « Universal Health Preparedness Review », « propriété intellectuelle »</p>		
<p><i>L'École des Hautes Études en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		