



Assemblée générale

Distr. générale
9 février 2016
Français
Original : anglais

Soixante-dixième session
Point 125 de l'ordre du jour
Santé mondiale et politique étrangère

Protéger l'humanité contre les crises sanitaires futures

**Rapport du Groupe de haut niveau sur l'action mondiale
face aux crises sanitaires**

16-01747 (F) 070316 080316



Merci de recycler 



Table des matières

	<i>Page</i>
Abréviations	4
Avant-propos	5
Résumé	7
Recommandations	13
I. Introduction	26
A. L'épidémie de fièvre Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 : tragédie évitable	27
B. Le fardeau mondial des maladies transmissibles	31
C. Impact socioéconomique général des crises sanitaires	33
D. Les maladies transmissibles : maladies de la pauvreté	35
E. Un monde mal préparé	36
II. Action à entreprendre au niveau national	38
A. Se doter des principales capacités prescrites par le Règlement sanitaire international et renforcer ses systèmes de santé	39
B. Se doter d'un personnel de santé performant	44
C. Résoudre les problèmes de gouvernance	45
D. Mieux mobiliser les populations locales	46
E. Former l'armée à la conduite de missions sanitaires et humanitaires	48
F. Pourvoir à la continuité des services de santé essentiels	49
G. Appréhender toutes crises sanitaires sous l'angle de la problématique hommes-femmes	50
III. Niveaux régional et sous-régional	51
IV. Niveau international	53
A. Renforcer le mécanisme d'examen périodique de l'Organisation mondiale de la Santé du respect des prescriptions du Règlement sanitaire international	54
B. Donner à l'Organisation mondiale de la Santé les moyens opérationnels de sa vocation	56
C. Renforcer la coordination des interventions au sein du système des Nations Unies pour une action mondiale en présence de toutes crises sanitaires	62
V. Lacunes interdisciplinaires	66
A. Développement et santé	66
B. Recherche-développement	70
C. Mesures financières et économiques	77
VI. Suivi et mise en œuvre	84

Annexes

I. Glossaire	87
II. Dates clefs de la crise et de l'intervention.	95
III. Composition du Groupe de haut niveau sur la riposte mondiale aux crises sanitaires.	98
IV. Réunions organisées	100
V. Travaux de recherche	102
VI. Bibliographie condensée.	103
VII. Remerciements	108

Abréviations

ADPIC	Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce de l'Organisation mondiale du commerce
APD	Aide publique au développement
Cadre PIP	Cadre de préparation en cas de grippe pandémique
CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
CPI	Comité permanent interorganisations
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
Fonds mondial	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
GAVI	Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination
MERS	Syndrome respiratoire du Moyen-Orient
MINUAUCE	Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAM	Programme alimentaire mondial
PIB	Produit intérieur brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
RNB	Revenu national brut
RSI	Règlement sanitaire international
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
WASH	Eau, Assainissement et Hygiène pour tous

Avant-propos

Lorsque Émile Ouamouno, enfant guinéen âgé de 2 ans, est emporté par le virus Ebola, le 28 décembre 2013, on est loin d'imaginer que sa mort déclenchera une suite d'événements qui, entraînant la mort de plus de 11 000 personnes et semant la terreur dans le monde entier, nécessiteront une intervention mondiale mobilisant plusieurs milliards de dollars.

La poussée épidémique d'Ebola en Afrique de l'Ouest n'est qu'une épidémie parmi d'autres en ce début de XXI^e siècle, dont les quatre poussées épidémiques majeures du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) en Arabie saoudite et en République de Corée, les pandémies de grippe H1N1 et H5N1 et le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) viennent toutes rappeler, on ne peut plus clairement, que les maladies transmissibles émergentes représentent une menace pour l'humanité.

C'est dans ce contexte que le Secrétaire général de l'ONU charge le Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires, en avril 2015, de faire des recommandations de nature à permettre de renforcer les systèmes nationaux et internationaux de prévention et d'intervention, l'objectif étant de les rendre aptes à faire face à toutes crises futures, et ce, en s'inspirant des enseignements tirés de l'intervention face à l'épidémie de fièvre Ebola.

Le Groupe s'intéressera aux crises sanitaires nées de poussées épidémiques de maladies transmissibles nouvelles, de maladies transmissibles aigües ou réémergentes, qui menaceraient de se propager dans le monde entier, se sentant le devoir de proposer pour l'avenir des mesures fondamentales propres à permettre de mieux prévenir toutes crises sanitaires futures et de mieux y faire face. Le présent rapport ne se veut pas le procès de l'intervention menée contre l'épidémie de fièvre Ebola, d'autres voix plus autorisées s'en étant chargées à l'occasion d'évaluations sur lesquelles le Groupe s'arrêtera cependant, ayant pris ladite intervention pour point de départ de ses travaux.

Des vastes consultations qu'il aura menées, le Groupe conclut que l'on sous-estime généralement le risque élevé de crise sanitaire majeure et que le monde n'est ni assez préparé ni apte à y faire face. Les épidémies à venir pourraient dépasser de loin en ampleur la poussée épidémique de l'Afrique de l'Ouest et avoir de plus funestes conséquences. Le Groupe sera fortement troublé d'apprendre qu'il n'est pas impossible que l'on voie surgir quelque virus de la grippe hautement pathogène, capable de faucher d'un seul coup des millions de vies humaines et de provoquer de sérieux désordres sociaux, économiques et politiques.

Le Groupe recommande donc d'adopter un train de mesures, le but étant de renforcer l'infrastructure de la santé mondiale pour se donner les moyens de faire face à la menace de pandémies.

De l'avis du Groupe, rien ne peut remplacer la solution d'un chef de file unique ayant vocation mondiale en matière de santé, doté des moyens de sa vocation, qui viendrait arrêter et exécuter toutes priorités en ce domaine pour le monde entier. Selon lui, c'est à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qu'il faudrait confier cette mission. Le Groupe relève qu'à ce stade, l'OMS n'a pas les moyens d'intervenir en cas d'urgence et que les tentatives pour la réformer se sont pour l'essentiel révélées infructueuses. Même s'il appartient essentiellement au

secrétariat de l'OMS d'opérer toutes réformes, les États membres de l'organisation ne lui auront guère apporté de soutien dans ce sens. La Directrice générale de l'OMS affirmera, dans un rapport soumis à l'Assemblée mondiale de la Santé en 2011 sur les perspectives de financement de l'organisation, que « trop dispersée et ayant pris trop d'engagements, l'OMS s'aperçoit qu'elle a besoin de se réformer, [l]es priorités [n'étant] pas définies de façon assez sélective ni stratégique ». Faute pour l'OMS de se réformer, la prochaine pandémie emportera des milliers de vies qui auraient pu être épargnées. Sans doute est-ce là la dernière chance de donner à l'OMS les moyens de se préparer véritablement en prévision de toutes situations d'urgence et d'intervenir en pareil cas en lui définissant ses grandes orientations. Si elle venait à échouer de nouveau à s'acquitter de telle mission, sans doute, le système des Nations Unies devrait-il envisager de se doter d'autres dispositifs d'intervention institutionnels.

Trop souvent, à la panique mondiale suscitée par telle épidémie succèdent la complaisance et l'inertie. Ainsi, la pandémie de grippe de 2009 donnera lieu à une réévaluation similaire de l'état de préparation du monde, dont la plupart des recommandations resteront cependant sans suite, alors même qu'on aurait pu sauver des milliers de vies en Afrique de l'Ouest en y donnant suite.

Nous devons aux victimes d'empêcher que pareille tragédie ne se reproduise. Pour ce faire, il faut s'armer de patience politique, l'objectif étant de bâtir une infrastructure solide pour se préparer à intervenir en cas de crise sanitaire. Le Groupe propose donc d'instituer un conseil de haut niveau pour les crises mondiales de santé publique et de consacrer un sommet aux crises mondiales de santé publique, l'idée étant de maintenir la dynamique actuelle et de suivre l'état de mise en œuvre des nécessaires réformes.

Remerciant le Secrétaire général d'avoir eu la clairvoyance de tenter de préparer le monde à faire face à toutes crises sanitaires, le Groupe exprime l'espoir que les recommandations résultant du présent rapport viendront permettre de sauver de nombreuses vies humaines dans l'avenir.

Le Président
(Signé) Jakaya Mrisho **Kikwete**
République-Unie de Tanzanie

Résumé

L'épidémie d'Ebola : coup de semonce

Véritable tragédie humaine, l'épidémie d'Ebola de 2014 a fait des milliers de morts, causé d'indicibles souffrances et laissé des blessures profondes parmi les populations de la Guinée, de la Sierra Leone et du Libéria. Pourtant, on aurait pu l'éviter. On aurait pu faire beaucoup plus tôt pour la juguler. Force est de voir dans cette crise la piqûre venue rappeler au monde qu'elle doit faire plus pour prévenir toutes crises sanitaires dans l'avenir.

Les multiples carences constatées à l'occasion de l'intervention contre l'épidémie de fièvre Ebola sont venues prouver que le monde n'est pas bien préparé pour affronter les menaces dont sont porteuses toutes épidémies. À la faveur de l'absence de moyens de surveillance de base en Afrique de l'Ouest, le virus se propagera sans être détecté pendant trois mois. L'épidémie détectée, les experts en sous-estimeront l'ampleur cependant que les autorités la minimiseront. Malgré les nombreuses alertes lancées par des groupes comme Médecins sans frontières, les gouvernements des trois pays les plus touchés et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ne cesseront d'affirmer que l'épidémie serait bientôt maîtrisée. Il faudra attendre que 1 600 personnes soient contaminées et que l'épidémie de fièvre Ebola échappe à toute maîtrise pour voir l'OMS la déclarer urgence de santé publique de portée internationale, suscitant ainsi l'attention du monde entier.

L'épidémie reconnue menace mondiale, le monde mobilisera des moyens et capacités sans précédent. C'est ainsi notamment que l'on verra déployer des moyens militaires étrangers et que le Secrétaire général établira, quant à lui, la première mission d'urgence sanitaire de l'histoire des Nations Unies. Cette intervention pâtira néanmoins du défaut de personnel qualifié et expérimenté disposé à se rendre sur le terrain, de l'insuffisance de moyens financiers, de l'ignorance quasi totale des modes d'intervention efficaces, de la mobilisation défaillante des populations et de la mauvaise coordination des actions. Les retards et les défaillances susévoqués coûteront la vie à des milliers de personnes.

Plus de deux ans après le premier décès imputable à l'épidémie, la maladie aura emporté 11 316 personnes, 28 638 cas d'infections ayant été signalées*. On estime par ailleurs à 2,2 milliards de dollars le bilan des pertes économiques subies par les pays les plus touchés, venues gommer les difficiles acquis dans le sens de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

Les maladies transmissibles : fléau planétaire

Depuis des siècles, le monde connaît des épidémies et des poussées épidémiques aux conséquences souvent funestes. La pandémie de grippe H1N1 de 1918 aurait emporté 50 millions de personnes. De nos jours, diverses autres maladies transmissibles font des millions de morts. Les récentes poussées épidémiques de grippe (H1N1 et H5N1), de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et de syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) sont venues montrer que même les systèmes de santé sophistiqués de pays développés peuvent être mis en difficulté par l'apparition d'agents pathogènes nouveaux.

* Données au 17 janvier 2016. Consultées le 22 janvier 2016 à l'adresse www.who.int/csr/disease/ebola/en/.

Nonobstant les conséquences catastrophiques qu'il a entraînées en Afrique de l'Ouest, le virus Ebola n'est pas l'agent pathogène le plus virulent connu de l'humanité. D'après la modélisation mathématique de la Fondation Bill et Melinda Gates, une souche virulente d'un virus de la grippe transmis par l'air pourrait gagner toutes les grandes capitales du monde en 60 jours et emporter plus de 33 millions de vies humaines en 250 jours.

Malgré cette sérieuse menace, le monde est scandaleusement mal préparé à faire face à toutes épidémies. Instrument juridique international organisant l'alerte précoce et l'intervention rapide en présence de pandémies, le Règlement sanitaire international (RSI) de 2005, n'est pleinement appliqué que par le tiers des 196 États qui y sont parties. De même, seule une infime portion des investissements mondiaux dans la recherche-développement de vaccins, thérapies et diagnostics est consacrée aux maladies transmissibles émergentes dont souffre essentiellement le monde en développement.

Il faut agir

Il surgira dans l'avenir des menaces de pandémies grosses de funestes conséquences. Nous sommes devant l'alternative d'entreprendre immédiatement de nous donner les moyens de dompter toutes menaces à venir et ainsi de protéger l'humanité, ou de continuer de courir le risque de perdre des millions de vies humaines et d'en endurer les catastrophiques conséquences sociales, politiques et économiques.

Le Groupe formule 27 recommandations tendant à voir adopter des mesures aux niveaux national, régional et international, dont certaines qui, transcendant tous échelons, appellent la solidarité de toutes les couches de la société. Il est une poignée de mesures concrètes, certes complexes, mais d'application immédiate qui exigent l'intervention de partenaires issus de l'État, des institutions internationales, de la société civile et du secteur privé, œuvrant ensemble, animés d'un sens des responsabilités renouvelé. En adoptant ces mesures à titre prioritaire, le monde commencera à se donner les moyens de gérer toutes crises sanitaires futures et de donner rapidement suite aux recommandations du Groupe.

Premièrement, l'OMS doit créer un nouveau centre pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence et doter le monde d'une capacité permanente qui lui permette d'identifier promptement toutes menaces nouvelles de maladies transmissibles et d'y faire face. Doté d'un réel pouvoir de tutelle, ce centre doit pouvoir compter sur des moyens humains et opérationnels spécialisés pour exécuter toute intervention sanitaire, et pouvoir appréhender et mettre à disposition toutes données de surveillance validées en temps réel. Il doit disposer de tous outils techniques de pointe propres à permettre à l'humanité de détecter et de suivre toute menace nouvelle dans son évolution et d'y faire face efficacement.

Deuxièmement, tous les pays doivent s'acquitter de toutes les obligations mises à leur charge par le RSI. Il faudra aider tout pays qui n'en a pas les moyens à mettre à exécution de toute urgence un train de mesures fondamentales. Devant être pilotée directement par le chef du gouvernement, cette mission doit consister notamment pour le pays concerné à se doter de dispositifs de préparation et d'intervention en présence de pandémies, dotés d'un pouvoir de tutelle bien défini, à recruter et former des professionnels de la santé et des agents sanitaires communautaires, et à instituer un système de surveillance complet, y compris un laboratoire national.

Troisièmement, il faut se donner les moyens financiers de cette entreprise. Il faudrait aider tout pays qui en a besoin à satisfaire aux prescriptions du RSI, et donner à l'OMS et au nouveau centre les moyens de répondre à tous besoins mondiaux. Il faut en outre créer un fond d'appui à la recherche-développement de vaccins, thérapies et diagnostics en présence de maladies transmissibles négligées.

Le but étant de voir adopter toutes mesures essentielles, le Groupe recommande à titre fondamental d'instituer au sein de l'Assemblée générale un conseil de haut niveau pour les crises mondiales de santé publique qui viendrait arrêter les grandes orientations et les choix politiques en matière de préparation à l'échelon mondial, suivre la mise en œuvre de toutes réformes et aider à préparer le sommet à consacrer aux crises mondiales de santé publique, en 2018.

L'épidémie d'Ebola est un coup de semonce venu signifier aux responsables du monde qu'ils doivent agir maintenant pour donner suite aux recommandations résultant du présent rapport.

Économie du rapport

Niveau national (recommandations 1 à 4)

Les populations sont les premiers à devoir faire face à toute épidémie, l'État étant censé au premier de chef tirer la sonnette d'alarme et organiser toute intervention nécessaire en présence de telle ou telle crise et répondre de son action. Il faut, aux échelons local et national, doter le système sanitaire mondial des capacités de base propres à lui permettre d'organiser efficacement toute préparation et intervention en prévision de crises quelconques.

L'intervention contre l'épidémie de fièvre Ebola est venue démontrer que l'inobservation des prescriptions du RSI, la fragilité des systèmes de santé, les carences de gouvernance et la faible mobilisation des populations n'auront pas permis aux autorités nationales de juguler la maladie.

Chaque pays doit prendre les mesures fondamentales ci-après : se donner les principales capacités prescrites par le RSI, se constituer un solide corps de personnel de santé, remédier à toutes carences de gouvernance, mieux mobiliser les populations et appréhender toutes crises sanitaires sous l'angle de la problématique hommes-femmes

Niveaux régional et sous-régional (recommandation 5)

Même si les organisations régionales et sous-régionales ont concouru à l'intervention consécutive à la crise en faisant appel à leurs solutions novatrices ou éprouvées, l'impréparation et l'improvisation viendront accentuer les retards et problèmes de coordination.

Les organisations régionales doivent se donner ou renforcer des capacités permanentes pour pouvoir aider à prévenir toutes crises sanitaires et à y faire face le moment venu, et ce, en privilégiant, les domaines où elles peuvent apporter un concours non négligeable à l'occasion de toute intervention dans tel ou tel pays.

Niveau international (recommandations 6 à 9)

La crise de l'Ebola est également venue mettre à nu de graves lacunes dans le système international d'intervention en cas de crises sanitaires. En particulier, le mécanisme de suivi du respect des prescriptions du RSI est bancal. À défaut d'évaluations indépendantes, la communauté internationale a du mal à aider les pays les plus vulnérables à se doter de moyens de préparation, de surveillance, de détection et d'intervention. En outre, l'OMS n'ayant pas véritablement les moyens d'intervenir, les responsabilités et mécanismes de coordination interinstitutions en cas de crise sanitaire étant mal définis, toute intervention efficace s'en trouvera hypothéquée, ce qui conduira le Secrétaire général à prendre pour la première fois dans l'histoire la décision de mettre sur pied une mission d'urgence sanitaire des Nations Unies.

Il faut agir d'urgence pour pallier ces lacunes et donner au monde les moyens de détecter promptement toutes crises sanitaires et d'intervenir en pareil cas. Pour ce faire, il faudrait instituer une plus stricte procédure d'examen périodique du respect des prescriptions du RSI, donner à l'OMS les moyens opérationnels de sa vocation et améliorer les mécanismes de coordination du Comité permanent interorganisations, l'objectif étant de pouvoir mieux faire face à toutes crises sanitaires.

Questions transversales (recommandations 10 à 25)

Développement et santé

Même s'il peut surgir de nouveaux agents pathogènes dangereux dans n'importe quel pays du monde, les mauvaises conditions de vie font que les pays en développement sont singulièrement vulnérables aux effets de toutes épidémies de maladies transmissibles. L'insalubrité peut aider la maladie à gagner du terrain, la médiocrité des systèmes de santé étant de nature à entamer l'aptitude des uns et des autres à intervenir.

Le Groupe prie instamment tous les États Membres de réaliser les objectifs de développement durable, en particulier dans le secteur de la santé. Notant que l'objectif 3.3 appréhende la menace de crises sanitaires liées à des maladies transmissibles, il prie instamment les États Membres de veiller à faire une place à l'évaluation du respect des prescriptions du RSI à l'occasion de la procédure de contrôle et de suivi desdits objectifs en tant qu'élément essentiel de la prévention de toutes épidémies de maladies transmissibles. Le Groupe recommande également à l'OMS d'œuvrer en étroite collaboration avec les acteurs du développement à pourvoir à la complémentarité des programmes de développement et toutes initiatives tendant à mettre en place des systèmes de soins de santé et un service de santé publique.

Recherche-développement

Il est essentiel de disposer de mesures de protection efficaces, (vaccins, thérapies, diagnostics, etc.) pour prévenir toutes épidémies de maladies transmissibles et y faire face. Or, les investissements dans la recherche-développement médicale concernant les maladies dont souffrent en grande partie les pauvres ne sont nullement à la mesure des besoins. Moins de 2 % de l'enveloppe recherche-développement sur la santé dans le monde de 214 milliards de dollars en 2010 auront été alloués aux maladies négligées. Les vaccins ou thérapies, si tant est qu'il en existe, sont souvent inaccessibles ou trop chers pour les populations vulnérables.

Il faut arrêter des choix de principes, y compris accroître l'enveloppe de deniers publics, le but étant de mieux financer la recherche-développement sur les maladies négligées et autres agents pathogènes dangereux, en particulier dans les pays en développement. Le Groupe recommande donc de donner à l'OMS la mission de superviser la création d'un fonds d'appui à la recherche-développement sur les vaccins, thérapies et diagnostics pour maladies transmissibles négligées. Il faut cibler la recherche-développement selon une liste prioritaire d'agents pathogènes établie par l'OMS. Le Groupe considère en outre qu'il faut entreprendre encore de donner à chacun les moyens de se procurer tous médicaments à un coût abordable.

Mesures financières et économiques

Pour bâtir un plus solide système de santé mondial, mieux préparé à faire face à toutes crises sanitaires, il faut plus de moyens financiers. Pour le Groupe, il faudra investir dans trois grands domaines. Premièrement, il faut mobiliser des fonds aux niveaux national et international pour aider chaque pays à se doter des principales capacités prescrites par le RSI, les pays les moins avancés et autres pays vulnérables devant recevoir l'assistance des partenaires à cet égard. Deuxièmement, pour donner à l'OMS les moyens opérationnels propres à lui permettre de se préparer en prévision de toutes situations d'urgence et d'y faire face, il faudra augmenter de 10 % la part de son financement mise en recouvrement auprès de ses États membres et la doter des fonds d'urgence dont elle a besoin. Troisièmement, il faudra consacrer au moins 1 milliard de dollars par an à la recherche-développement sur des remèdes contre les agents pathogènes gros de risque élevé de crise sanitaire. Organiser plus stratégiquement les ressources existantes et accompagner la mise en œuvre de ces actions prioritaires par des moyens financiers accrus c'est se donner les moyens de gagner en efficacité et de mettre le monde à l'abri du danger.

Le Groupe relève également que les restrictions imposées au commerce et aux déplacements pendant les épidémies sont souvent à l'origine de pertes économiques considérables pour les pays touchés et le monde entier. Venant également dissuader les gouvernements de signaler promptement toute épidémie, elles sont de nature à entraver toute intervention. Aussi, le Groupe recommande-t-il de recenser toutes mesures propres à permettre de réduire autant que possible le recours à ces restrictions.

Suivi et mise en œuvre (recommandations 26 et 27)

Le défaut de clairvoyance de la part des dirigeants aux niveaux national, régional et international s'agissant d'organiser toutes préparation et intervention nécessitées par telles ou telles crises sanitaires peut empêcher d'intervenir en toute efficacité le moment venu. Le Groupe estime que les chefs d'État et de gouvernement doivent très tôt prendre sans hésiter l'initiative de toutes mesures dictées par telle ou telle pandémie.

On n'oubliera pas que les précédentes tentatives de réforme du système mondial de santé piétineront ou échoueront faute d'appui politique.

De l'avis du Groupe, il faut instituer un mécanisme politique de haut niveau si l'on veut maintenir l'élan actuel, voir opérer les nécessaires réformes et accompagner l'organisation d'un sommet sur les crises mondiales de santé publique. Aussi propose-t-il d'instituer un conseil de haut niveau pour les crises mondiales de santé publique.

Conclusion

Le Groupe estime que, si elles sont mises en œuvre, ses recommandations viendront renforcer le système mondial de santé sous l'égide de l'OMS. Faisant fond sur les mécanismes existants, elles tendent à donner au monde les moyens de surveiller tous risques, de détecter très tôt toutes épidémies et d'organiser promptement toute intervention dictée par la situation avec toutes ressources nécessaires. En outre, les propositions du Groupe tendant à voir investir dans la recherche-développement sur les agents pathogènes ciblés à titre prioritaire permettront au monde de disposer de vaccins et traitements essentiels lorsqu'il en aura le plus besoin.

Recommandations

À l'échelle nationale

Observation : Comme les dispositions du Règlement sanitaire international (2005) (RSI) concernant les principales capacités requises n'étaient pas pleinement appliquées, la communauté internationale n'était pas préparée à faire face à l'Ebola en Afrique de l'Ouest et sa gestion de la crise s'en est ressentie, le monde se trouvant vulnérable face aux épidémies de maladies transmissibles.

Recommandation 1

D'ici à 2020, à la faveur de la nécessaire coopération internationale, tous les États parties au RSI doivent avoir satisfait à toutes ses prescriptions

Pour appliquer les dispositions du RSI concernant les principales capacités requises, les États parties devraient, à l'initiative des chefs d'État et de gouvernement, prendre les mesures suivantes :

Capacité de réaction et d'intervention

- Faire une place à des mesures de préparation aux crises sanitaires dans les dispositifs et plans nationaux de réduction des risques de catastrophe et de réaction et d'intervention en cas de catastrophes;
- Inviter toutes les parties prenantes à se donner les moyens d'intervenir en cas de besoin;
- Arrêter des plans d'action en prévision de pandémies et soumettre tous les intervenants, y compris les forces de sécurité, à des exercices de simulation;

Surveillance

- Mettre en place un dispositif de surveillance « Un monde, une santé » ayant pour mission de recueillir et d'analyser, en quasi-temps réel, des données de santé publique concernant toutes les couches de la société;
- Pourvoir à la notification immédiate de tous événements sanitaires inhabituels au Directeur régional de l'OMS et au programme de l'OMS pour la gestion des flambées et des situations d'urgence (Centre de l'OMS pour la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours – voir recommandation 7);

Services de laboratoire

- Créer au moins un laboratoire national de santé publique équipé pour analyser des échantillons biologiques ou, à défaut, s'ouvrir les portes de laboratoires régionaux communs;
- Mettre au point un système national de transport rapide et sans risque d'échantillons vers les laboratoires compétents, y compris à l'étranger;

Moyens humains

- Arrêter des protocoles de mobilisation de personnels de renfort, le but étant d'organiser la protection, la formation, l'équipement, la rémunération et la sécurité et l'hygiène professionnelle desdits personnels;
- Constituer un corps d'urgence en formant tout le personnel des établissements médicaux publics et privés aux protocoles d'urgence.

Observation : Le manque de personnel qualifié est l'un des principaux obstacles à la mise en place de solides systèmes de surveillance et de lutte contre les épidémies au niveau local.

Recommandation 2

Les gouvernements doivent investir davantage dans la formation de professionnels de la santé et se doter de tels effectifs d'agents sanitaires locaux que dicterait la situation du pays

- Les autorités nationales et leurs partenaires doivent financer intégralement la formation d'agents sanitaires locaux.
- Les autorités nationales doivent instituer des mesures d'incitation, l'idée étant de pouvoir déployer stratégiquement les personnels de santé dans les zones déshéritées et les zones reculées.
- Les autorités nationales doivent conférer aux agents sanitaires locaux un statut professionnel propre et leur confier un rôle important en matière de prévention, de surveillance et d'intervention sanitaire.

Observation : Les mesures prises à l'échelon local n'ont pas été optimales, faute d'avoir pris toute la mesure des réalités culturelles et d'avoir mené des activités de sensibilisation efficaces.

Recommandation 3

Les pouvoirs publics et les intervenants doivent mobiliser les populations en toute efficacité et rationalité et s'assurer leur confiance en les encourageant à s'approprier toute entreprise

- Au niveau national, les autorités et leurs partenaires doivent aider à mettre en place et exploiter des moyens de recherche en sciences sociales, ainsi qu'un réseau international de spécialistes de la matière mobilisables en cas de crise.
- Les autorités nationales doivent, de concert avec leurs partenaires, faire une place aux principes de la mobilisation efficace des populations dans tous programmes de formation conçus à l'intention d'intervenants nationaux et internationaux.
- Les autorités nationales et leurs partenaires doivent exploiter le potentiel de coopération Sud-Sud dans ce domaine.
- Les autorités nationales doivent, de concert avec leurs partenaires, tenir compte des réalités culturelles du pays en arrêtant toute stratégie de communication.

Observation : Les femmes sont souvent les plus touchées par les maladies transmissibles, puisque ce sont généralement elles qui s'occupent des malades au

sein de leur famille. Par ailleurs, elles subissent particulièrement l'impact socioéconomique des épidémies, étant plus souvent employées dans le secteur informel. Enfin, même si certaines d'entre elles jouent un rôle de premier plan, les femmes restent sous-représentées dans les mécanismes d'intervention nationaux et internationaux face à la crise de l'Ebola.

Recommandation 4

Il faut appréhender toutes entreprises de préparation et d'intervention en présence d'épidémies sous l'angle de la problématique hommes-femmes

- On s'intéressera spécialement aux attentes des femmes qui se chargent d'ordinaire de prodiguer des soins primaires à toute personne.
- On tiendra spécialement compte de la situation des femmes en entreprenant de pallier l'impact de toutes pandémies sur l'économie et les moyens de subsistance des populations.
- On associera les femmes à tous les stades de la planification et de l'exécution de toute intervention, le but étant d'en garantir l'adéquation et l'efficacité.

Aux niveaux régional et sous-régional

Observation : Si par leur appui, les organisations régionales et sous-régionales sont venues considérablement améliorer les moyens opérationnels face à l'Ebola, cette aide a mis longtemps à venir et manquait parfois de coordination.

Recommandation 5

Les organisations régionales et sous-régionales doivent, avec le concours de l'OMS, se donner ou renforcer des capacités permanentes de surveillance, de prévention et d'intervention en cas de crise sanitaire, et notamment

- Renforcer tous plans d'urgence et de préparation en prévision de crises sanitaires et mettre en place des moyens logistiques et des accords de concession de licence pouvant être promptement mis en branle en cas de crise
- Administrer et exploiter toutes capacités régionales communes de prévention des catastrophes et d'intervention en cas d'urgence, y compris les laboratoires de niveau de sécurité biologique élevé
- Étoffer les moyens de recherche et de collaboration à l'échelle régionale
- Constituer un corps de médecins et de personnel d'intervention rapidement mobilisables aux fins de toute mission régionale
- Faciliter le partage de tous enseignements utiles entre partenaires régionaux
- Tenir à jour, avec l'aide de l'OMS, une liste des pathogènes susceptibles de déclencher quelque crise sanitaire dans la région
- Mettre en place un mécanisme d'information et d'appui, le but étant de mieux faire respecter les prescriptions du RSI dans la région
- Faciliter, à l'échelle régionale et sous-régionale, tous exercices de simulation d'intervention en cas de crise sanitaire, spécialement dans les zones frontalières

Au niveau international

Observation : Plus de trois ans après la date initialement fixée concernant l'acquisition des principales capacités requises dans le RSI (et après l'octroi de deux délais supplémentaires), un tiers seulement des États parties au RSI ont indiqué s'être dotés de ces capacités.

Recommandation 6

L'OMS doit renforcer la procédure d'examen périodique du respect des prescriptions du RSI

- Les États parties doivent, en consultation avec des acteurs non étatiques, fournir par écrit au secrétariat de l'OMS leur évaluation annuelle de l'état d'exécution des prescriptions du RSI.
- Chaque État partie doit être soumis à examen périodique, par roulement tous les quatre ans.
- Aux fins de tout examen, l'OMS doit faire procéder à une évaluation sur le terrain de concert avec toutes autres évaluations en cours.
- Le dossier comportant l'auto-évaluation de l'État partie et celle émanant de l'OMS doit être présenté pour examen à l'Assemblée mondiale de la santé ou à une commission créée en son sein.
- Lors de l'examen, un représentant de haut rang de l'État partie concerné doit être invité à donner son avis sur les deux rapports, les autres membres de l'Assemblée pouvant également faire toutes observations.
- Dans les trois mois suivant la réunion, le secrétariat de l'OMS doit arrêter un plan d'action chiffré à l'intention de l'État partie concerné, après discussions et en faisant application de l'outil d'évaluation des coûts de l'organisation.
- Au vu de l'examen, l'OMS doit établir un rapport public renseignant sur l'état d'exécution des prescriptions du RSI à l'échelle mondiale et arrêter les grandes lignes d'une stratégie d'exécution assortie d'un état des besoins d'assistance internationale.
- Dès lors que tel État partie a pleinement satisfait aux prescriptions du RSI, l'examen périodique doit s'intéresser à son système de soins de santé au sens large, avec le bénéfice de toutes orientations tracées par l'OMS, cette évaluation devant être l'occasion de réexaminer le respect des prescriptions du RSI.

Observation : La culture institutionnelle de l'OMS est celle d'une organisation technique chargée de fixer des normes. Si l'expertise technique de l'OMS a permis d'endiguer les précédentes flambées de l'Ebola, l'Organisation ne dispose pas de l'expérience, des moyens et des connaissances voulues pour mener des interventions à large échelle en cas d'épidémie. Tout retard pris par l'OMS lors du premier signalement d'une épidémie entraînerait la mort de milliers d'hommes, de femmes et d'enfants, qui aurait pu sans cela être évitée.

Recommandation 7**L'OMS doit immédiatement renforcer sa direction et se doter de moyens opérationnels efficaces unifiés sous un même toit**

- Notant que l'OMS a créé le Programme pour la gestion des épidémies et des situations d'urgence, mais sachant l'intérêt d'une tutelle unifiée, le Groupe propose de transformer ledit programme en un centre de préparation et d'intervention en cas d'urgence doté d'un pouvoir de tutelle.
- Ce centre doit être l'organe central de tutelle en cas d'urgence sanitaire. Il doit disposer d'un financement et d'effectifs suffisants, et relever d'une hiérarchie bien définie au sein de l'organisation.
- Il faut instituer un conseil consultatif qui viendrait orienter le centre dans ses activités. Composé de représentants des organismes des Nations Unies, de gouvernements, d'ONG et de partenaires institutionnels, ce conseil viendrait susciter une démarche multisectorielle.
- En cas de crise sanitaire, le centre doit piloter l'intervention du module sectoriel Santé et coopérer étroitement avec les gouvernements et les autres acteurs.
- Le centre doit comprendre une unité de gestion du déploiement des effectifs incluant le Réseau mondial d'alerte et d'intervention en cas d'épidémie et les équipes médicales étrangères, ayant pour vocation de coordonner les ressources humaines mondiales pour l'action sanitaire d'urgence, et donc de déployer des experts et des équipes médicales étrangères, selon les besoins.
- Le centre doit arrêter un protocole transparent de déclenchement immédiat de toute intervention en cas d'épidémie et susciter une action politique en présence de toutes entraves à l'action internationale.
- Le centre doit également être doté d'une base de données d'accès ouvert qui collecte, gère et analyse des données publiques sur les flambées dans le monde, ces données devant être promptement mises à la disposition du public.
- Le centre doit gérer le fonds de réserve de l'OMS et avoir accès au mécanisme de financement d'urgence pour la lutte contre les pandémies.
- En cas de crise sanitaire, le centre doit collaborer étroitement avec le Groupe Systèmes de santé et innovation en matière de recherche-développement.
- En collaboration avec le CPI, le centre doit arrêter toutes consignes nécessaires à l'intention des acteurs humanitaires en cas de crises sanitaires.

Observation : La bonne gestion des crises sanitaires ne dépend pas seulement des ministères de la santé et de l'OMS et exige la mobilisation de l'ensemble des responsables politiques et de tous les organismes des Nations Unies. La crise de l'Ebola en Afrique de l'Ouest est venue démontrer de nouveau qu'il est indispensable de définir une chaîne hiérarchique claire au sein de l'OMS et d'améliorer la coordination des interventions à l'échelle du système des Nations Unies.

Recommandation 8

Il faudrait, en présence de telle épidémie de niveau 2 ou 3 non encore déclarée urgence humanitaire, organiser un ordre hiérarchique bien défini dans l'ensemble du système des Nations Unies

- Le Directeur général de l'OMS doit faire rapport au Secrétaire général de l'Organisation des Nations sur toutes actions entreprises.
- Le Directeur régional de l'OMS doit faire directement rapport au Directeur exécutif du centre OMS dans l'intérêt de la cohérence des actions de l'ensemble du système.
- Le Secrétaire général doit désigner le Directeur exécutif du centre Coordonnateur d'urgence chargé de piloter l'intervention interinstitutionnelle, s'il y a lieu.
- L'OMS étant l'organisme opérationnel chef de file en matière de santé en cas de crise, le Secrétaire général doit donner au système de responsabilité sectorielle du Comité permanent tous moyens nécessaires pour épauler le Coordonnateur d'urgence dans la gestion de toute intervention interinstitutions, si nécessaire.
- Il faut revoir la mission du Comité permanent, y compris le système de responsabilité sectorielle, le but étant de le rendre plus solide, plus fiable et mieux organisé et de lui donner les moyens de faire face à toutes crises sanitaires.

Observation : L'épidémie d'Ebola est venue mettre en évidence que les catégories d'urgence définies dans les secteurs sanitaire et humanitaire sont incohérentes, ce qui nuit à l'efficacité des interventions.

Recommandation 9

Le Secrétaire général doit entreprendre d'intégrer les systèmes permettant de déclencher l'évaluation de toutes crises sanitaire et humanitaire

- Avec effet immédiat, toute crise sanitaire des niveaux 2 ou 3 du dispositif d'intervention d'urgence de l'OMS doit automatiquement déclencher une évaluation interinstitutions multisectorielle.

Développement et santé

Observation : Le risque de crises sanitaires résultant de maladies transmissibles a été reconnu dans l'objectif 3.3 de développement durable, mais la procédure de suivi et d'évaluation de l'exécution des objectifs de développement durable ne dit rien du respect des principales capacités requises dans le RSI.

Recommandation 10

La communauté internationale doit tenir ses engagements dans l'intérêt de la réalisation des objectifs de développement durable, en privilégiant ceux qui intéressent le domaine de la santé

- La Commission de statistique devrait, à l'occasion de ses travaux sur les indicateurs relatifs aux objectifs de développement durable, envisager d'ériger le respect des prescriptions du Règlement sanitaire international et le

renforcement des systèmes de santé dans leur ensemble en indicateurs de réalisation des objectifs de développement durable en matière de santé.

Observation : L'essentiel de l'aide publique au développement (APD) allant au secteur de la santé est consacré à des programmes verticaux qui privilégient des indicateurs de santé bien déterminés. Si cette approche a permis d'accomplir des progrès significatifs eu égard à certains objectifs, elle ne permet pas de renforcer globalement les systèmes de santé. Il serait bon de verser directement aux pays une part plus importante des ressources notamment, dans la mesure du possible, dans le cadre d'un appui au budget, pour permettre aux autorités nationales de remédier aux carences.

Recommandation 11

Les partenaires doivent maintenir à son niveau leur aide publique au développement dans le domaine de la santé et en allouer un pourcentage plus élevé au renforcement des systèmes de santé, selon un plan arrêté d'un commun accord avec le gouvernement concerné

- L'aide publique au développement doit être stratégiquement destinée à un plan de renforcement quinquennal progressif des systèmes de santé enfermé dans les limites de l'enveloppe allouée.
- Les critères d'évaluation de la transparence et de la bonne gouvernance en matière de gestion financière doivent être clairement définis et cohérents.
- Les ONG doivent obéir aux mêmes normes de transparence et de bonne gouvernance que les gouvernements.

Observation : Le Groupe a pu constater qu'il est indispensable d'accompagner le renforcement des systèmes de santé par des programmes de développement complémentaires en matière d'approvisionnement en eau, d'assainissement, d'électrification, d'offre de soins de santé de base et d'autres besoins connexes.

Recommandation 12

L'OMS doit œuvrer en étroite collaboration avec les acteurs du développement à mettre les programmes de développement au service des systèmes de santé et, partant, de la mission de prestation de soins de santé de qualité à tous sur un pied d'égalité

Recherche-développement

Observation : Si un certain nombre d'agents pathogènes faisant encore l'objet de recherches insuffisantes représentent une menace pour l'humanité, il est difficile de savoir lesquels d'entre eux déclencheront la prochaine épidémie et devraient dès lors faire l'objet de recherches prioritaires.

Recommandation 13**L'OMS doit coordonner l'établissement des priorités parmi les activités mondiales de recherche-développement consacrées aux maladies négligées qui sont les plus susceptibles de conduire à une crise sanitaire**

- Le secrétariat de l'OMS, aidé en cela par des groupes consultatifs sur la vaccination et la recherche, devra créer et gérer une liste classant par ordre de priorité les maladies transmissibles qui sont les plus susceptibles de conduire à une crise sanitaire et qui nécessitent donc qu'une attention particulière soit accordée à l'élaboration de vaccins, de traitements et de tests diagnostiques rapides. L'ordre de priorité devra être établi sur la base de critères clairement définis.
- L'OMS aidera à déterminer quels moyens technologiques permettraient d'accélérer la production de vaccins et de traitements destinés à lutter contre les épidémies causées par de nouveaux agents pathogènes ou par des nouvelles souches.

Observation : Même lorsque des vaccins ou des traitements thérapeutiques existent, leurs prix sont tellement élevés que ceux qui en ont le plus besoin ne peuvent pas se les offrir ou y avoir accès. Il faut particulièrement veiller à ce que les citoyens des pays touchés par une épidémie de maladie transmissible aient accès aux vaccins.

Recommandation 14**Il faut prendre des mesures urgentes pour garantir l'accès universel et à un coût abordable aux médicaments, vaccins et autres produits essentiels**

- Compte tenu du décalage entre la nécessité de recouvrer le coût des investissements et de financer la recherche d'une part, et la nécessité de disposer de médicaments à des prix abordables, il convient de débloquer des fonds publics supplémentaires pour faciliter l'accès universel et à un coût abordable aux médicaments, vaccins et autres produits essentiels.
- Il faut redoubler d'efforts pour assurer l'accès aux médicaments à un coût abordable, en faisant appel au GAVI, au Fonds mondial et à d'autres initiatives, telles que la Facilité internationale d'achat de médicaments (FIAM).
- Il faut promouvoir l'utilisation de produits génériques pour rendre le prix des médicaments plus abordable.
- Les pays et partenaires doivent garantir l'accès aux médicaments et vaccins essentiels à un prix abordable, conformément à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, et devraient à cet égard tirer pleinement parti de la souplesse des possibilités ménagées par cet accord.

Observation : En cas d'épidémie, il est nécessaire de faire parvenir rapidement des échantillons aux laboratoires de recherche-développement du monde entier afin de pouvoir prendre des contre-mesures médicales visant le nouvel agent pathogène. Cependant, depuis quelques années, la question de la répartition équitable des avantages tirés de ces échantillons, notamment en termes de vaccins ou de traitements, fait l'objet de préoccupations croissantes. Malgré l'existence de deux instruments couvrant la question du partage des biomatériaux biologiques [le

Protocole de Nagoya sur l'accès aux ressources génétiques et le partage juste et équitable des avantages découlant de leur utilisation relatif à la Convention sur la diversité biologique et le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique (Cadre PIP)], les conditions dans lesquelles les nouveaux échantillons d'agents pathogènes peuvent ou doivent être partagés font toujours l'objet d'une incertitude juridique considérable.

Recommandation 15

L'OMS doit réunir ses États membres afin d'inclure dans le Cadre PIP d'autres agents pathogènes émergents, de rendre cet instrument contraignant juridiquement et de trouver l'équilibre voulu entre les obligations et les avantages, conformément aux principes énoncés dans le Protocole de Nagoya de 2010 relatif à la Convention sur la diversité biologique

Observation : Il existe un écart important entre les moyens des pays développés et émergents en matière de recherche et de développement et ceux dont disposent les pays les moins avancés.

Recommandation 16

L'OMS doit diriger les efforts déployés pour aider les pays en développement à mettre en place des moyens de recherche et de production de vaccins, traitements et tests diagnostiques, notamment grâce à la coopération Sud-Sud

- L'OMS et ses partenaires doivent apporter un soutien technique et financier accru aux initiatives telles que le Réseau des fabricants de vaccins des pays en développement.
- Il faut s'employer à tirer le meilleur parti possible de l'expertise Sud-Sud.
- Il faut concevoir et appuyer des programmes de recherche stratégique dans les domaines des sciences biologiques et sociales, des services vétérinaires et de l'ingénierie, et dans les domaines connexes.

Financement

Observation : Le financement constitue un obstacle de taille à la mise en place des principales capacités requises par le RSI. Tout en exhortant tous les pays à consacrer une part plus importante de leur budget national au secteur de la santé, y compris au renforcement des principales capacités requises, le Groupe de haut niveau constate que de nombreux pays, en particulier les moins avancés, auront également besoin d'une aide internationale importante à cette fin.

Recommandation 17

Le Directeur général de l’OMS doit piloter les initiatives entreprises d’urgence, en partenariat avec la Banque mondiale, les banques régionales de développement, d’autres organisations internationales, les partenaires, des fondations et le secteur privé, en vue de mobiliser l’appui financier et technique nécessaire au renforcement des principales capacités prescrites par le Règlement sanitaire international

Observation : À l’heure actuelle, les interventions d’urgence de l’OMS sont exclusivement financées par des contributions volontaires, puisqu’il n’existe pas de ressources permanentes immédiatement disponibles. À cause de cette situation, les interventions sont souvent mal coordonnées et on a pu déplorer des retards dans l’acheminement de l’aide. Les activités essentielles menées par l’OMS au titre des interventions d’urgence devraient donc être financées au moyen de contributions statutaires.

Recommandation 18

Les États membres de l’OMS doivent accroître d’au moins 10 % leur contribution statutaire au budget de l’OMS

Observation : Il faudra des fonds beaucoup plus importants pour renforcer les capacités d’intervention en cas d’urgence de l’OMS.

Recommandation 19

Dix pour cent de l’ensemble des contributions volontaires versées à l’OMS (en sus des dépenses d’appui aux programmes) doivent obligatoirement être alloués au financement du centre pour la préparation aux situations d’urgence et l’organisation des secours

Observation : L’OMS a récemment constitué un fonds de réserve pour les situations d’urgence, doté de 100 millions de dollars, pour pouvoir répondre aux besoins les plus immédiats le cas échéant. Comme il est indispensable d’intervenir rapidement et massivement pour avoir une chance d’endiguer les épidémies, ce montant n’est pas suffisant.

Recommandation 20

Les États membres doivent alimenter le fonds de réserve de l’OMS pour les situations d’urgence à hauteur d’au moins 300 millions de dollars d’ici à la fin 2016

- Le fonds de réserve sera mis à la disposition des membres du module sectoriel Santé, sous la coordination de l’OMS.
- Afin d’assurer un financement prévisible, le fonds de réserve devra être entièrement financé par les États membres selon le barème actuel des contributions. Il devra être doté du montant intégral de son budget d’ici à la fin de l’année 2016 et immédiatement reconstitué quand il y a lieu.

Observation : Faute de fonds prévisibles sur lesquels elles puissent compter pour agir rapidement en cas de crise sanitaire majeure, les autorités ne sont pas pleinement en mesure d’empêcher la propagation des maladies. Le mécanisme de financement d’urgence pour la lutte contre les pandémies de la Banque mondiale

peut jouer un rôle de premier plan pour garantir la disponibilité des fonds en temps voulu.

Recommandation 21

La Banque mondiale doit rapidement mettre en service le mécanisme de financement d'urgence pour la lutte contre les pandémies

- Les contributions annuelles des pays les moins avancés à ce mécanisme seront prises en charge au moyen des ressources additionnelles des partenaires.
- Les autorités nationales du pays concerné devront établir des priorités pour le versement des sommes provenant du mécanisme de financement, conformément aux plans d'intervention nationaux, les organisations compétentes apportant un appui technique.

Observation : Il y a peu d'intérêt financier, pour les entreprises du secteur, à développer des vaccins contre les maladies transmissibles qui touchent de manière disproportionnée les pays en développement.

Recommandation 22

L'OMS doit superviser la constitution et la gestion d'un fonds international doté d'au moins un milliard de dollars par an pour appuyer la recherche-développement de vaccins, de traitements et de diagnostics rapides contre les maladies transmissibles

- Ce fonds sera destiné à assurer une meilleure protection contre de futures crises sanitaires et devrait compléter les mécanismes qui financent actuellement les programmes de recherche et développement consacrés à la mise au point des vaccins, des traitements et des diagnostics pour les maladies transmissibles endémiques, telles que le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida.
- Le fonds servira à stimuler les activités de recherche et développement portant sur les vaccins, traitements et diagnostics contre les agents pathogènes qui figurent sur la liste prioritaire établie par les comités consultatifs de l'Assemblée mondiale de la santé.
- Des méthodes ciblées, adaptées à chaque organisme pathogène, devront être employées pour favoriser la recherche et le développement, de manière à obtenir des résultats rapides au moindre coût.

Observation : Les décisions qui ont été prises de manière unilatérale de fermer les frontières ou d'imposer des restrictions aux voyages et aux échanges commerciaux se sont soldées par des pertes économiques considérables et ont perturbé l'acheminement des secours et des fournitures dans les pays touchés par l'Ebola. Comme plusieurs compagnies aériennes commerciales ont suspendu leurs vols, il a fallu faire appel à des réseaux spéciaux de logistique humanitaire.

Recommandation 23

Le Comité d'examen du Règlement sanitaire international doit envisager de mettre en place des mécanismes de nature à permettre de remédier rapidement aux mesures unilatérales prises par des États et d'autres acteurs en violation des recommandations temporaires formulées par l'OMS à l'occasion de toute situation d'urgence de santé publique de portée internationale

Observation : Les retombées des épidémies locales de maladies transmissibles dans un pays donné sont amplifiées par la réaction de la communauté internationale. On a pu se rendre compte récemment que lorsqu'un pays est touché par une épidémie, les autres prennent souvent la décision de fermer leurs frontières ou d'imposer des restrictions aux voyages, en contrevenant parfois aux directives données par l'OMS en application du RSI. La légitimité de ces restrictions commerciales peut être contestée dans le cadre des procédures de règlement des différends du RSI et de l'Organisation mondiale du commerce (OMC).

Recommandation 24

L'OMC et l'OMS doivent constituer une commission mixte d'experts informelle qui aurait pour mission d'étudier les mesures à prendre pour renforcer la cohérence des cadres juridiques du Règlement sanitaire international et de l'OMC en ce qu'ils concernent les restrictions commerciales imposées pour des raisons de santé publique

Observation : Le Groupe de haut niveau est conscient qu'il existe une fragmentation des efforts déployés sur le plan international à l'appui des systèmes de santé des pays en développement, et qu'elle se traduit par des programmes redondants, une multiplication des obligations en matière d'établissement de rapports, un défaut de coordination et une moindre efficacité de l'aide. De nombreux partenaires se sont aussi dits préoccupés par le manque de moyens de gestion financière de nombreux pays en développement.

Recommandation 25

Les pays et les partenaires doivent se conformer à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, au Programme d'action d'Accra et au Partenariat de Busan, en particulier en ce qui concerne la coordination de l'aide, l'harmonisation des actions et la responsabilité mutuelle

- Tous les acteurs internationaux informeront systématiquement les gouvernements de l'aide qu'ils accordent aux pays et coordonneront leurs programmes avec les ministères d'exécution concernés.
- Lors d'une intervention en cas d'urgence, le Coordonnateur d'urgence sera chargé d'aider le gouvernement à s'assurer de la bonne coordination de l'aide internationale.

Suivi et application des recommandations

Observation : En 2009, une pandémie de grippe à virus A (H1N1) a coûté la vie à quelque 300 000 personnes. L'OMS a ensuite effectué un examen du fonctionnement du RSI, au terme duquel il a été recommandé de procéder à des

réformes, dont beaucoup étaient les mêmes que celles recommandées par le Groupe de haut niveau. Toutes ces recommandations sont restées sans suite. Un mécanisme politique de haut niveau doit être mis en place pour suivre l'application des réformes qui viennent d'être approuvées, et notamment des recommandations du Groupe.

Recommandation 26

L'Assemblée générale des Nations Unies doit instituer immédiatement un conseil de haut niveau pour les crises mondiales de santé publique, le but étant pour la communauté internationale de se préparer en prévision de toutes crises sanitaires et d'y faire face le moment venu

- Le conseil de haut niveau suivra les questions politiques et non liées à la santé en rapport avec les impératifs de prévention et de préparation à une éventuelle épidémie de portée mondiale qui pourrait avoir des répercussions sans précédent sur l'économie, la circulation des personnes et la stabilité, ainsi que le relèvement. Il devra réaffirmer les directives en vigueur en période de crise sanitaire et interviendra également dans les domaines autres que la santé qui sont également touchés.
- Le conseil de haut niveau suivra la mise en œuvre aux niveaux national, régional et international des recommandations adoptées par le Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires et fera régulièrement rapport à l'Assemblée générale.
- Le conseil de haut niveau veillera à ce que les recommandations adoptées par le Groupe de haut niveau soient mises en œuvre en temps voulu.
- Le conseil de haut niveau sera composé de représentants politiques de 45 à 50 États Membres, élus par l'Assemblée générale.
- Le conseil de haut niveau participera aux préparatifs de fond d'un sommet sur les crises sanitaires mondiales.

Recommandation 27

Un sommet sur les crises sanitaires mondiales sera organisé en 2018 pour mettre l'accent sur la préparation et l'action à mener face aux crises sanitaires

I. Introduction

1. La poussée de fièvre Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 a entraîné la disparition tragique de plus de 11 000 personnes et causé des souffrances incommensurables aux collectivités de cette région.

2. Tel un coup de semonce, cette tragédie est venue rappeler à la communauté internationale les dangers que représentent les épidémies. Fléau de l'histoire, les maladies transmissibles ont fauché des centaines de millions de vies humaines. Encore qu'ils aient permis de faire reculer et voire d'éradiquer certaines maladies, les progrès de la science, notamment dans le domaine des diagnostics médicaux, des thérapeutiques et des vaccins, ne sont pas venus enrayer la menace que constituent les épidémies de pathogènes nouveaux ou faisant une réapparition.

3. En effet, de nombreux agents pathogènes continuent de se propager, et on en découvre de nouveaux de temps à autre. Du fait des changements climatiques, de l'explosion démographique, de l'appauvrissement de la biodiversité, de la mondialisation des échanges et de la multiplication des voyages de par le monde, l'homme s'expose de plus en plus aux épidémies. Si l'on en juge par les interventions nécessitées par les récentes épidémies, dont celles de fièvre Ebola et du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), le monde reste dangereusement mal préparé pour faire face à la menace d'épidémies. Étant donné la rapide propagation de ces maladies il faut d'urgence donner au système sanitaire mondial les moyens de faire face à toutes épidémies dans l'avenir.

4. C'est ainsi que le Secrétaire général de l'ONU chargera en avril 2015 le Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires de formuler des recommandations de nature à permettre de doter les systèmes de santé nationaux, régionaux et internationaux des moyens de prévenir toutes urgences sanitaires futures et de mieux y faire face.

5. Le Groupe s'est spécialement intéressé aux crises sanitaires résultant d'épidémies de maladies transmissibles aiguës, nouvelles ou faisant une réapparition, risquant de se propager dans le monde entier, sans cependant minimiser l'ampleur des urgences sanitaires provoquées par des maladies non transmissibles, qui emportent 38 millions de personnes chaque année. En outre, sans méconnaître ceci que nombre de maladies transmissibles endémiques, comme le choléra, la malaria, la tuberculose et le VIH/sida, tuent des millions de personnes par an et caractérisent donc des crises sanitaires majeures, le Groupe considère que, ces maladies ayant gagné la planète toute entière, la stratégie à emprunter, pour les juguler, différera sensiblement de celle à mettre en œuvre pour détecter rapidement toutes épidémies de maladies nouvelles ou anciennes et intervenir en conséquence. Le Groupe s'est arrêté précisément sur des cas où, loin d'être la conséquence de quelque situation d'urgence d'envergure (urgence humanitaire résultant de quelque conflit ou catastrophe naturelle, etc.), l'épidémie de telle maladie transmissible est à l'origine de la crise. Néanmoins, pour l'essentiel, ses conclusions trouveront également application s'agissant de faire face à des crises sanitaires nées de situations d'urgences humanitaires d'envergure. De plus, le Groupe n'a pas spécialement envisagé la question des actes de bioterrorisme (inoculation délibérée d'agents pathogènes transmissibles), même si nombre de ses recommandations viendront aider à enrayer les conséquences de tels actes.

6. Ayant analysé les interventions suscitées par l'épidémie de fièvre Ebola, ainsi que de précédentes épidémies de maladies transmissibles, le Groupe a réfléchi à toute la panoplie de mesures et de dispositifs à adopter pour mieux pourvoir à la préparation, la surveillance, l'alerte et l'intervention en présence de crises sanitaires.

7. Le Groupe mène depuis mai 2015 de vastes consultations approfondies avec divers acteurs, y compris les chefs d'État des pays les plus touchés, les représentants de pays concourant à telle ou telle intervention et d'autres États Membres, les représentants du système des Nations Unies, d'institutions financières multilatérales et de banques de développement régionales, des organisations non gouvernementales (ONG), de prestataires de soins de santé, des milieux universitaires et du monde de la recherche, du secteur privé et divers spécialistes. Il s'est également rendu en Guinée, au Libéria et en Sierra Léone (les trois pays les plus touchés par l'épidémie de fièvre Ebola) où il s'entretiendra avec plus de 100 experts, ainsi qu'avec des représentants gouvernementaux, des premiers secouristes, des chefs traditionnels et des habitants. Il a en outre pris connaissance des observations écrites émanant d'États Membres concourant aux campagnes d'intervention, et de documents, études et rapports divers. Le Groupe a également animé diverses tables rondes thématiques et commandé une série de travaux de recherche préliminaire à des universitaires et spécialistes. Il a en outre collaboré étroitement avec des experts occupés à d'autres études majeures.

8. Les épidémies engendrent des souffrances indicibles et emportent des millions de personnes. Le Groupe exprime l'espoir que ses recommandations viendront aider à donner au système sanitaire mondial les moyens de mieux faire face à toutes épidémies dans l'avenir, l'objectif étant d'éloigner à jamais des tragédies, comme celle de la fièvre Ebola en Afrique de l'Ouest.

A. L'épidémie de fièvre Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 : tragédie évitable

9. Émile Ouamouno, de Méliandou (Guinée), n'a que 2 ans lorsqu'il succombe à une courte et très forte fièvre, le 28 décembre 2013. Sans doute contracté au contact d'une chauve-souris frugivore infectée, le virus qui fauche Émile se propage très vite emportant sa sœur, Philomène, sa mère enceinte, Sia, et sa grand-mère, Koumba. Lorsqu'elle se rend à l'hôpital, non loin à Guéckédou, pour se faire soigner, elle contamine des agents de santé qui, sans le savoir, transmettront le virus à des habitants d'autres villages.

10. Dépêchée à Méliandou fin janvier 2014 par les autorités guinéennes pour faire la lumière sur ces morts mystérieuses, une équipe d'agents sanitaires locaux échoue à diagnostiquer la maladie. Ce n'est que fin mars 2014 que l'on parviendra à diagnostiquer le virus Ebola pour en notifier l'OMS à Genève. On dénombre alors, 49 cas et 29 morts et la maladie a déjà gagné la Sierra Léone voisine.

1. Le virus Ebola

11. Découvert dans les forêts tropicales du nord de la République démocratique du Congo (RDC) en 1976, le virus Ebola sème la terreur partout où il fait son apparition. Le sachant extrêmement contagieux et virulent, les chercheurs qui l'isolent les premiers, décident, en violation des règles d'usage, de lui donner non

pas le nom de son village d'origine mais celui de l'Ebola, cours d'eau voisin, espérant ainsi épargner aux habitants du village de Yambuku opprobre et représailles.

12. Malgré la virulence du virus et l'absence d'infrastructures médicales et sanitaires publiques dans les localités d'où il surgit au départ, les premières poussées de fièvre Ebola sont relativement très circonscrites dans l'espace, n'atteignant qu'un ou deux villages ou villes avant d'être jugulées. On en signale 24 en Afrique entre 1976 et 2012, principalement en République démocratique du Congo (RDC), au Gabon, au Soudan du Sud et en Ouganda, dont deux des trois plus graves en RDC : lors de la première, à Yambuku, on dénombre 318 cas d'infection et 280 morts, le bilan de la seconde, de 1995, à Kikwit, étant de 315 personnes contaminées et 250 morts, la troisième, la plus grave, de 2000, du voisinage de la ville de Gulu, du nord de l'Ouganda, se soldant par 425 cas d'infections et 224 morts.

13. Cela étant, on ne s'étonnera pas que, lorsque la Guinée fait état d'une nouvelle épidémie de fièvre Ebola le 22 mars 2014, tout le monde pense que le danger disparaîtra très vite, comme par le passé. Pourtant, cette fois-ci, la situation est tout autre.

2. Sous-estime-t-on le danger?

14. Dans les pays touchés, les autorités locales et nationales minimisent au départ, pour des motifs d'ordre politique toutes informations faisant état d'une flambée de fièvre Ebola. Le Groupe apprendra aussi que, même s'ils sont autorisés à intervenir, les organisations non gouvernementales (ONG) et les premiers secouristes ne pourront pas toujours compter sur le concours nécessaire à leur entreprise

15. Quant à eux, l'OMS et d'autres organismes, appréciant mal l'ampleur de la menace, ne mettent pas en œuvre au départ les moyens qui s'imposent, loin s'en faut. L'épidémie de fièvre Ebola confirmée, l'OMS dépêchera courant mars 2014 38 personnes en Guinée. À titre de comparaison, elle comptera 338 agents, en Afrique de l'Ouest au mois de décembre de la même année.

16. Il faut attendre quatre mois et demi encore pour voir l'OMS déclarer l'épidémie de fièvre Ebola urgence de santé publique de portée internationale. Entretemps, le virus ne cesse de se propager. Entre mars et juin 2014, la maladie gagne le Liberia et la Sierra Léone, le nombre de cas présumés et connus faisant plus que tripler, pour passer de 112 à 389.

17. L'ignorance du virus, notamment chez les agents de santé, vient en accélérer la propagation, les hôpitaux devenant ainsi souvent des foyers d'infection. En outre, mal informées des énormes risques de contagion, certaines familles soignent leurs malades chez elles, s'exposant ainsi dangereusement au virus. Les populations vivent mal de s'entendre dire qu'elles doivent s'entourer d'innombrables précautions pour inhumer les corps, les traditions locales étant faites de rituels funéraires considérables, qui commandent de laver et toucher le corps du défunt. On imputera 365 nouveaux cas d'infection à l'une de ces cérémonies traditionnelles dans un cas.

18. Maîtriser une épidémie d'Ebola est une véritable gageure pour tout système sanitaire. Que les États-Unis et l'Espagne, deux pays dotés des systèmes sanitaires les plus perfectionnés au monde, n'aient pu prévenir la transmission du virus dans

leurs hôpitaux, dit assez combien est redoutable le problème auquel les trois pays d'Afrique de l'Ouest en question doivent faire face.

19. Même avant l'apparition de la maladie, la médiocrité de leurs systèmes et infrastructures sanitaires situe les trois pays d'Afrique de l'Ouest les plus touchés parmi les 15 pays au bas de l'indice de développement humain. En Guinée, on compte 10 médecins pour 100 000 personnes, contre 242 pour 100 000 habitants aux États-Unis. Le Liberia et la Sierra Léone sont encore plus mal lotis. Aucun de ces trois pays n'aura dépensé plus de 13 dollars par personne en soins de santé en 2012.

3. Tout dégringole

20. En juillet et en août 2014, l'épidémie gagne les capitales guinéenne, libérienne et sierra léonaise. Tel un feu de brousse, on voit le nombre de cas signalés doubler chaque mois. On dénombre 779 cas fin juin, 1 609 fin juillet et 3 707 fin août.

21. Les rues de Monrovia et de Freetown, ainsi que les centres de soins ruraux, sont le théâtre de scènes tragiques. Les gens meurent aux portes de ces centres débordés. Dangereusement exposés, les agents de santé sont très nombreux à contracter la maladie qui fauchera près de 500 personnes dans leurs rangs.

22. Tout étant sur le point de basculer à la fin du mois de juillet, les autorités des pays concernés et la communauté internationale sont forcées d'entrer en action. Le 23 juillet, on annonce que le virus Ebola a fait son apparition au Nigeria, puis qu'il a gagné le Sénégal et le Mali, en août et octobre respectivement.

23. Les premiers patients américains et espagnols atteints par la maladie ayant fait l'objet d'évacuation sanitaire vers leur pays d'origine les 2 et 5 août 2014, l'apparition d'Ebola dans les pays développés suscite de plus en plus l'intérêt des médias internationaux.

24. Le 8 août, quatre mois et demi après la découverte de l'épidémie, l'OMS qualifie l'épidémie de fièvre Ebola d'urgence de santé publique de portée internationale.

4. Comment intervenir

25. L'OMS ayant déclaré l'état d'urgence de santé publique de portée internationale, un certain nombre de partenaires jetteront des moyens considérables dans la bataille. Le 19 septembre, l'Assemblée générale et le Conseil de sécurité de l'ONU ayant adopté chacun une résolution sur la question, le Secrétaire général crée la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (MINUAUCE).

26. Dans les mois qui suivent, la communauté internationale mettra sur pied la plus vaste intervention antiépidémique de l'histoire. Sous la direction de chaque président, les gouvernements des trois pays les plus touchés mettent en place des mécanismes de coordination de crise et organisent l'intervention de milliers de personnels de secours nationaux, dont des auxiliaires de santé, des agents de dépistage et des animateurs locaux. De nombreux partenaires internationaux apportent un concours financier de plus de 6 milliards de dollars, ainsi que des moyens matériels, y compris des équipements de protection individuelle, des solutions chlorées (désinfectant), des véhicules, des motocyclettes, des tentes, des ordinateurs portables et du matériel de communication. Les États, les fondations et

le secteur privé entreprennent résolument de mettre au point un vaccin contre le virus Ebola.

27. Des centaines d'agents sanitaires internationaux sont dépêchés dans la région. La France, le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et les États-Unis mettent en œuvre des moyens militaires logistiques et médicaux. En première ligne, diverses ONG livrent bataille, intervenant dans les centres de traitement d'Ebola, formant et pilotant des équipes d'inhumation sans risque et d'agents de dépistage, et organisant des campagnes de sensibilisation à l'intention des populations. C'est ici le lieu de souligner l'action menée par Médecins sans frontières (MSF) et les sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.

28. Au début de la crise, les uns et les autres n'ayant pas pris toute la mesure du problème, les interventions seront parfois peu efficaces. Ainsi, les premiers messages diffusés concernant la fièvre Ebola donnent à penser qu'est condamné à une mort certaine quiconque en contracte le virus, si bien que des sujets suspects préféreront se cacher au lieu de se prêter à tout test de dépistage.

29. Nonobstant ces difficultés, l'aide internationale et les changements de comportement chez les populations touchées finiront par permettre de juguler la maladie qui aurait pu exploser. Le nombre de cas nouveaux par semaine culmine à environ 900 en septembre et octobre, avant de commencer à reculer pour revenir à environ 120 cas par semaine à la fin du mois de janvier 2015. Il demeure constant pendant trois mois, avant de se ramener à environ 30 cas par semaine en mars, à moins de 10 en juin et à moins de 5 en août 2015.

30. Après plusieurs mois d'essais cliniques, le 31 juillet 2015, des chercheurs en Guinée font état de résultats prometteurs concernant un vaccin expérimental contre la fièvre Ebola, vaccin expérimental qui sera déployé contre le virus.

31. Lorsque le nombre de nouvelles infections tombe à zéro pendant 42 jours (soit deux fois la période d'incubation), l'OMS déclare les pays touchés « exempts de transmission du virus Ebola ». Le Liberia ayant été déclaré exempt du virus une première fois le 9 mai 2015, des rescapés contamineront d'autres sujets, ce qui donnera de nouveau naissance à deux foyers dans le pays. Le Liberia sera déclaré exempt du virus une deuxième fois, le 16 janvier 2016. Le même jour, la Sierra Léone annonce la mort d'une nouvelle personne fauchée par le virus, le pays ayant pourtant été déclaré exempt de la fièvre Ebola le 7 novembre 2015, ce qui dit assez que le spectre du virus hante toujours la région. Au moment de la rédaction du présent rapport, la Guinée est déclarée exempte de transmission du virus Ebola depuis le 29 décembre 2015.

32. Le bilan de l'épidémie s'établit à 28 638 cas d'infection et 11 316 morts¹. Même si le pire a sans doute vécu, la mort d'Ebola continue de planer sur la région.

5. Impact général

33. L'épidémie de fièvre Ebola aura également un large impact socio-économique sur les systèmes de santé publique, les moyens de subsistance, l'éducation, l'emploi, le commerce et la vie économique, qui coûtera sans doute la vie à un bien plus

¹ Données disponibles le 17 janvier 2016, consultées le 22 janvier 2016 (<http://www.who.int/csr/disease/ebola/fr>).

grand nombre de personnes encore. On estime à 2,2 milliards de dollars, soit 16 % de leur produit intérieur brut (PIB) pris ensemble, le bilan des pertes économiques subies rien que par les trois pays les plus touchés.

6. On aurait pu éviter cette tragédie

34. L'épidémie de fièvre Ebola qui a endeuillé l'Afrique de l'Ouest en 2014 n'était pas une tragédie inéluctable. Si l'on avait détecté l'épidémie plus tôt et mobilisé plus rapidement une action internationale dans la concertation, on aurait pu juguler la maladie et sauver la vie à des milliers de personnes. Le présent rapport est rédigé à la mémoire de ceux qui auraient dû être encore parmi nous.

B. Le fardeau mondial des maladies transmissibles

35. Le monde vit depuis des siècles de fréquentes flambées épidémiques, aux conséquences souvent désastreuses. Au XIV^e siècle, la plus grave épidémie de peste bubonique de l'histoire qui sévit en l'Afrique, en Asie et en Europe emporte près de 50 millions de vies humaines. L'histoire contemporaine est parsemée de dizaines d'épidémies de peste moins virulentes, nombre desquelles faucheront des dizaines de milliers de vies. D'autres maladies transmissibles, telles que la variole, le choléra, la typhoïde et la rougeole feront des millions d'autres victimes. Introduite dans le continent américain par le colon européen, la variole aurait tué des millions d'autochtones d'Amérique au XVI^e siècle. En 1918, une pandémie de grippe H1N1 coûte la vie à environ 50 millions de personnes. Au cours du siècle dernier, autant de personnes ont perdu la vie par suite de maladies transmissibles que de conflits ou de catastrophes naturelles, bien que ces deux dernières causes retiennent bien plus l'attention.

36. De nos jours, diverses autres maladies contagieuses continuent de faucher des millions de vies. Par exemple, la malaria, maladie transmise par agent pathogène la plus répandue dans le monde, tue près d'un demi-million de personnes chaque année. La tuberculose continue de frapper des millions de personnes dans les pays à faible et à moyen revenu. Contractée par 9,6 millions de personnes, elle en emportera 1,5 million. On dénombre sept pandémies de choléra, maladie bactérienne et diarrhéique grave et aiguë depuis 1965. On estime de 1,4 à 4,3 millions le nombre de cas de choléra qui, chaque année, emportent 143 000 vies humaines dans le monde. En outre, 36 millions de personnes de par le monde sont atteintes de HIV/sida.

37. Chaque année, les mutations génétiques et l'impact des activités de l'homme sur les écosystèmes font également surgir de nouveaux pathogènes. Rien qu'entre 1940 et 2004, il serait apparu plus de 300 nouvelles maladies transmissibles, près de 75 % desquelles sont zoonotiques. Si elles ne sont pas toutes dangereuses pour l'homme, quelques-unes de ces maladies (notamment la maladie du charbon et la rage) sont grosses des conséquences désastreuses. L'urbanisation galopante et la rapide déforestation ainsi que la médiocrité des infrastructures côtoyant l'insalubrité et l'élevage intensif, font le lit de zoonoses. Les conflits, les mouvements de population et la quasi-absence de services de soins de santé sont également le terreau de nouvelles et anciennes maladies.

38. Les mutations peuvent également rendre les maladies résistantes à tous traitements. Ainsi de souches de VIH en Afrique, de la tuberculose en Chine, en Inde et en Russie, et de la malaria en Asie du Sud-Est.

39. Sont particulièrement dangereuses, les maladies nouvelles. En 2003, plus de 8 000 personnes dans plusieurs pays, contractent le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) qui emportera 750 d'entre elles (soit un taux de létalité de 9,6 %). À l'origine de la pandémie de grippe de 1918, le virus H1N1 est réapparu sous une forme légèrement différente en 2009, provoquant de graves maladies respiratoires, qui emporteront – estime-t-on – de près 300 000 personnes dans le monde en une année. Une autre souche du virus de la grippe, le H5N1, ou grippe aviaire, aurait provoqué plus de 130 épidémies entre 2006 et 2008 dans plusieurs pays, notamment en Chine, en Égypte, en Indonésie, au Pakistan et au Viet Nam. Entre 2012 et 2015, le MERS qui, à l'instar du SRAS, est causé par un coronavirus fait environ 500 morts. Au milieu de 2015, une vaste épidémie de MERS surgit en République de Corée; en sont atteintes 186 personnes dont 36 périront. Plus de 16 000 personnes doivent être mises en quarantaine pour enrayer la maladie.

40. Le spectre des maladies transmissibles n'a jamais cessé de hanter l'humanité. Il faut cependant dire que la multiplication des voyages et des échanges à la faveur de la modernisation des moyens de transport fait que ces maladies peuvent se propager aux quatre coins de la planète plus rapidement que jamais. Les agents pathogènes se répandent comme un feu de brousse pour atteindre de nouvelles populations jusque dans les zones les plus reculées de la planète à la faveur de l'essor des voyages internationaux pour affaires ou loisirs venu favoriser les mouvements sans précédent de personnes et de biens. Pendant l'épidémie du SRAS en 2003, ayant passé une nuit dans un hôtel international de Hong Kong (Chine), un sujet malade contamine plusieurs autres clients de l'hôtel, qui importeront le virus dans trois autres pays dans les 24 heures suivantes.

41. Malgré les conséquences désastreuses de l'épidémie de fièvre Ebola de 2014, ce virus n'est pas l'agent pathogène le plus virulent connu de l'humanité. Le taux de létalité de cette épidémie tourne aux alentours de 25 à 90 %, soit en moyenne 50 %. Mais la liste de pathogènes connus comprend toute une série d'autres virus, comme la peste et la variole, dont les taux moyens de létalité sont plus élevés. En outre, le virus Ebola se transmet uniquement par contact avec les fluides corporels d'un sujet qui en présente les symptômes². C'est donc un virus plus facile à maîtriser qu'une maladie transmissible par air, surtout lorsque le sujet porteur du virus peut contaminer autrui avant même d'en présenter les symptômes. On sait d'après l'expérience de la poussée de fièvre Ebola en Afrique de l'Ouest (avant la mise en place de mesures d'intervention efficaces) qu'en moyenne, chaque cas d'Ebola provoque deux nouvelles infections, cependant que chaque cas de SRAS en provoquerait 2 à 5, et la rougeole 12 à 18.

² En 2014, pendant l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, il y aurait eu des cas isolés de transmission par voie sexuelle de la maladie par des survivants masculins, même s'il reste à en établir la preuve. Il faudrait disposer de plus de données de surveillance et d'études sur les risques de transmission par voie sexuelle, notamment sur la prévalence de virus transmissibles et viables dans le sperme dans le temps. Voir questions-réponses de l'OMS sur Ebola, <http://www.who.int/csr/disease/ebola/faq-ebola/fr/> (page consultée le 24 novembre 2015).

42. S'il est difficile de prédire l'origine et la virulence du prochain agent pathogène il y a fort à parier que la prochaine épidémie majeure sera beaucoup plus grave que celle du virus Ebola. Ce qu'il faut craindre le plus c'est de voir surgir une souche virulente d'un agent pathogène hautement transmissible, comme le virus de la grippe, de nature à provoquer la mort de millions de personnes, auquel cas le bilan pourrait être bien plus lourd que l'hécatombe provoquée par la pandémie de grippe de 1918. D'après les modèles mathématiques de propagation d'agents pathogènes une telle maladie pourrait gagner toutes les grandes capitales de la planète en 60 jours et faire plus de 33 millions de morts en 250 jours.

43. L'apparition d'un agent pathogène si virulent est tout à fait du domaine du possible. Il ressort d'études récentes qu'il suffit de rien que de cinq mutations génétiques du virus H5N1 pour rendre ce virus hautement pathogène transmissible par air. Deux de ces cinq mutations sont désormais courantes dans la nature, et on en a déjà constaté une troisième.

C. Impact socioéconomique général des crises sanitaires

44. Bien au-delà de leur incidence sur les taux de mortalité et de morbidité, les crises sanitaires engendrées par les épidémies ont, à l'échelle mondiale, un impact socioéconomique non négligeable sur un bien plus grand nombre de personnes qui dépasse celui de telle ou telle épidémie proprement dite. On estime ainsi à 40 millions de dollars le coût mondial de l'épidémie du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) survenue en 2003. Cet impact concourt à entretenir un cercle vicieux d'effets en cascade qui, entraînant des pertes de revenus, vient entraver la résilience et la capacité de résistance des populations, les rendant ainsi plus vulnérables.

45. Pour juguler les épidémies, on a souvent recours, entre autres mesures restrictives, à l'annulation de grandes manifestations, à la fermeture d'écoles et des marchés ou à l'imposition unilatérale de mesures d'interdiction de voyager et de quarantaine, de nature à nuire à l'économie. Même lorsque ces mesures ne sont pas imposées par les pouvoirs publics, la peur et la panique peuvent pousser les gens à éviter les foules. On abandonne les marchés et on voit la production s'effondrer, entraînant une contraction de l'économie. En Guinée, l'épidémie de fièvre Ebola entraînera un recul de 20 % de la production de riz entre 2013 et 2014, de 50 % de la production de café et de 33 % de la production de cacao. En Sierra Leone, on estime à 180 000 le nombre d'emplois engloutis par l'épidémie. Il ressort d'un rapport d'ONU-Femmes (juillet 2015) qu'au Libéria le chômage aura explosé à la suite de l'épidémie d'Ebola, étant passé de 18,8 % à 56,2 %, venant lamener le revenu des ménages. Les petites entreprises s'effondrent et les marchés ferment leurs portes. L'activité agricole est abandonnée. Les femmes sont d'autant plus rudement éprouvées par ces difficultés que la plupart d'entre elles travaillent dans le secteur informel qui englobe des activités comme le petit commerce et la préparation d'aliments.

46. Les réactions suscitées à l'échelle internationale par telle ou telle épidémie de maladies transmissibles viennent en amplifier l'impact sur le plan interne. L'expérience récente a montré que lorsqu'il se déclare quelque épidémie dans tel pays, le tourisme et le commerce international en font sérieusement les frais. Les pays étrangers ferment leurs frontières ou imposent des restrictions aux voyages, parfois en violation des lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé.

En Guinée, les exportations de produits halieutiques chutent de 40 %, les exportations de caoutchouc du Libéria reculent dans les proportions analogues. Dans les trois pays touchés par le virus Ebola, les investisseurs reportent l'exécution de nouveaux projets ou y renoncent purement et simplement. Les compagnies aériennes ayant suspendu leurs vols et les visiteurs potentiels changé d'avis, le taux d'occupation des hôtels diminue nettement. Plusieurs pays interdisent purement et simplement à toutes personnes venant de pays touchés par l'Ebola d'entrer sur leur territoire tandis que près de 70 pays imposent plus de 500 différentes mesures dont certaines, à l'instar des restrictions qui frappent les voyageurs venant de pays en proie à l'épidémie, vont au-delà des recommandations de l'OMS. Ce type de réactions vient conforter les gouvernements des pays les plus touchés par la crise dans les craintes que leur inspire la réaction de la communauté internationale si l'épidémie venait à être confirmée et déclarée urgence de santé publique de portée internationale. Ces craintes expliquent en partie pourquoi ils donneront tardivement notification de l'épidémie dans un premier temps.

47. En avril 2015, la Banque mondiale a estimé à 2,2 milliards de dollars le montant total des pertes économiques subies par les trois pays touchés par l'épidémie d'Ebola, qui, ensemble, verront leur PIB reculer de plus de 16 %.

48. Toutefois, l'impact économique de l'épidémie se fait sentir d'ordinaire bien au-delà des pays touchés. Certaines réactions internationales malvenues, inspirées par l'incertitude et par la peur, viennent pénaliser même des pays épargnés par l'épidémie. Ainsi, lorsque l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) se déclare, les réservations de voyage reculent de 15 % à 35 % dans plusieurs pays d'Asie orientale non affectés par le virus. Les pays d'Afrique de l'Ouest non touchés par la maladie à virus Ebola en 2014 subissent un préjudice analogue. En Gambie, pays où aucun cas d'infection à virus Ebola n'est signalé, le tourisme, secteur qui entre pour 16 % dans l'économie du pays, recule de 65 %. On estime globalement à 1 milliard de dollars le montant des pertes subies par la sous-région de l'Afrique de l'Ouest. En République de Corée, l'épidémie de syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) entraînera une baisse de la consommation et une réduction de 40 % à 60 % du nombre de touristes, qui conduiront le Gouvernement à mettre en place un plan de relance budgétaire de 19 milliards de dollars.

49. Le coût économique de toute épidémie peut agir sur les niveaux de pauvreté et être source d'insécurité alimentaire. Comme il ressort d'un rapport publié récemment par la US National Academy of Sciences (Académie nationale des sciences des États-Unis), chaque année, 150 millions de personnes, vivant pour la plupart dans des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire, basculent dans la pauvreté en raison des dépenses de santé qu'elles doivent supporter; des millions d'autres sont condamnées à la pauvreté parce que trop malades pour travailler. Les indices de morbidité qui sont inextricablement liés à la pauvreté et à la faiblesse du PIB viennent grever les maigres ressources du pays. En Afrique de l'Ouest, l'épidémie Ebola est venue annuler les acquis récemment enregistrés dans le domaine de la lutte contre la pauvreté et la hausse des prix des denrées alimentaires de base, conjuguée à la soudaine volatilité de revenus par suite de la perte d'emplois, viendra aggraver l'insécurité alimentaire. En novembre 2014, le Programme alimentaire mondial (PAM) estime à 200 000 le nombre de personnes en proie à l'insécurité alimentaire à cause du virus Ebola.

50. En outre, les épidémies peuvent souvent remettre en cause les acquis de l'éducation ainsi que les perspectives d'épanouissement à long terme de toute une génération d'enfants. Les fermetures prolongées d'écoles menacent d'avoir des effets préjudiciables à long terme sur les indicateurs de développement humain, notamment la santé, le développement des compétences et la croissance économique. Dans les trois pays d'Afrique de l'Ouest touchés par le virus Ebola, les écoles resteront fermées pendant plus de cinq mois, privant ainsi de tout accès à l'éducation 5 millions d'enfants, selon les estimations.

51. L'épidémie d'Ebola, qui s'avérera catastrophique pour les pays d'Afrique de l'Ouest touchés, donne une idée de l'impact probable de la propagation de toute maladie transmissible à une plus large échelle. À titre de comparaison, la Banque mondiale estime à 3 milliards de dollars, soit 4,8 % du PIB mondial, le total des pertes économiques que pourrait causer une grave pandémie de grippe. Loin d'être causées par la maladie proprement dite, l'essentiel de ces pertes trouveraient leur explication dans les réactions des consommateurs, les pénuries de main-d'œuvre et les défaillances en cascade des secteurs économique et financier.

D. Les maladies transmissibles : maladies de la pauvreté

52. Nul n'est à l'abri des épidémies de maladies transmissibles. Les épidémies de coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) et de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) sont venues prouver que les pays à haut revenu ne sont pas épargnés par ces maladies. Toutefois, ce sont les populations les plus faibles et les plus vulnérables qui, presque toujours, souffrent le plus et le plus longtemps.

53. La pauvreté demeure le principal obstacle à toute entreprise mondiale tendant à prévenir et combattre les maladies contagieuses et les épidémies. S'il est vrai que les maladies transmissibles peuvent faire leur apparition partout dans le monde, il est plus difficile de déceler les agents pathogènes et de juguler les épidémies dans les régions faiblement développées où les services de base font défaut. Le non-respect des normes d'hygiène et de propreté, les carences des infrastructures sanitaires et le manque d'eau potable favorisent les maladies. La malnutrition affaiblit le système immunitaire tandis que l'absence de sensibilisation aux dangers de l'insalubrité fait le lit des maladies. En conséquence, ceux qui vivent dans des conditions analogues à celles décrites ci-dessus risquent plus de contracter des maladies que les populations de régions développées où les épidémies prospèrent moins. Selon les estimations, la pandémie de grippe A (H1N1) de 2009 aurait tué 12 469 personnes aux États-Unis, mais aurait emporté 10 fois plus de vies humaines en Afrique et en Asie du Sud-est.

54. Non seulement risquent-elles plus de contracter des maladies transmissibles que les habitants de pays à haut revenu, mais le milliard de personnes ou presque qui vivent avec moins de 2 dollars par jour sont aussi plus vulnérables aux effets de ces maladies. Les personnes les plus exposées sont celles qui sont les moins bien armées pour faire face à ce type de dangers. Dans la plupart des pays en développement, l'état des systèmes de santé laisse à désirer : les hôpitaux qui n'ont parfois ni électricité ni eau courante manquent souvent de médecins, d'infirmières et de sages-femmes. Le personnel est peu qualifié et mal équipé tandis que les médicaments sont souvent introuvables ou doivent être achetés par le patient. Du

fait de ces carences, la majorité des gens, notamment ceux qui n'en ont pas les moyens, ne peuvent s'offrir des soins de santé d'urgence et à long terme.

55. L'épidémie d'Ebola est venu montrer clairement à quel point l'impact de telle épidémie pouvait différer selon que l'on est en présence de pays dotés de solides systèmes de santé ou de pays dont le système est défaillant. Le virus Ebola a causé la mort de plus de 11 000 personnes dans les trois pays les plus touchés, mais les pays dotés de systèmes et de moyens de santé publique adéquats seront en mesure de juguler rapidement l'épidémie après quelques rares cas de contamination. Cela étant, le fait que le Mali, le Nigéria et le Sénégal aient réussi à enrayer la propagation du virus Ebola montre qu'en alliant une préparation adéquate à des interventions dynamiques, on peut stopper toute épidémie même en présence de systèmes de santé assez fragiles.

E. Un monde mal préparé

56. Les épidémies étant une menace pour le monde entier, la communauté internationale a fait de gros efforts pour mieux se protéger et s'aguerrir contre elles même s'il lui reste encore à se donner tous les moyens de faire face à tous dangers actuels et futurs.

57. L'action visant à renforcer la coopération dans le domaine de la lutte contre les maladies transmissibles remonte à 1851, date à laquelle les participants à la première Conférence sanitaire internationale, tenue à Paris, conviennent d'un ensemble de mesures, le but en étant d'empêcher la propagation du choléra au-delà des frontières. Les négociations aboutiront à l'adoption, en 1892, d'un Règlement sanitaire international (RSI) qui prescrit aux États signataires de donner notification de toutes épidémies de maladies transmissibles majeures (peste, choléra, fièvre jaune, etc.), pour permettre aux autres pays de prendre des mesures de protection. Le RSI stipule cependant que toutes mesures de protection, dont la mise en quarantaine, ne doivent pas créer d'entraves inutiles au commerce et aux voyages internationaux. Le RSI sera révisé plusieurs fois à l'effet de mettre à jour la liste des maladies à notification obligatoire et un nouveau Règlement sanitaire international (RSI) verra le jour en 1969.

58. Le Règlement sanitaire international reste la pierre angulaire du système dont dispose la communauté internationale pour faire face aux crises sanitaires provoquées par les épidémies de maladies transmissibles. Sans être une garantie contre les épidémies et pandémies, il prescrit une organisation et des instruments de nature à permettre aux États parties de prévenir toutes épidémies et d'y faire face.

59. Le RSI actuel est le fruit d'une importante entreprise de révision lancée à la suite de l'épidémie de fièvre Ebola qui s'est déclarée à Kikwit (République démocratique du Congo) en 1995. Arrêté en 2005, le texte révisé dudit Règlement consacre quatre changements majeurs. Premièrement, il vient élargir le champ du Règlement, en ajoutant à la liste de maladies à notification obligatoire toute une série de nouveaux « événements » de santé publique satisfaisant à au moins deux des quatre critères suivants : a) avoir un impact potentiellement grave sur la santé publique; b) revêtir un caractère inhabituel ou imprévu; c) présenter un risque élevé de propagation internationale; d) risquer d'entraver sérieusement le commerce et les déplacements internationaux. Deuxièmement, aux lieu et place de la protection, par le biais de mesures applicables à l'entrée et à la sortie du territoire des pays

épargnés par l'épidémie, il privilégie désormais la détection et la maîtrise de la maladie à sa source. Il envisage également un ensemble de mesures tendant à aider les pays touchés au lieu de s'intéresser aux seuls moyens propres à permettre d'enrayer la propagation transfrontière des virus. Troisièmement, en considérant que les pays doivent se doter de moyens meilleurs pour exercer une surveillance et un suivi efficaces, il dresse la liste des principales capacités dont tous les États parties doivent obligatoirement se doter d'ici à 2012. Enfin, il habilite le Directeur général de l'OMS, agissant sur l'avis d'un comité d'urgence, à avertir le monde de tout événement de santé publique d'importance internationale, en le déclarant « urgence de santé publique de portée internationale ».

60. Toutefois, le fait que l'on ait échoué à détecter rapidement certaines flambées d'épidémie, dont l'épidémie de fièvre Ebola, et de réagir à temps montre que les systèmes existants ne permettent pas encore de se protéger et de se préparer comme il convient face à ce type de catastrophes. Rares sont les pays qui se sont dotés des principales capacités prescrites par le Règlement sanitaire international en matière de surveillance et d'alerte. De même, lorsqu'une épidémie est déclarée, nombreux sont les États qui continuent d'imposer des restrictions aux déplacements, en violation du RSI. Ces défaillances témoignent des difficultés inhérentes aux accords internationaux qui imposent de lourdes obligations de résultat aux parties, sans leur offrir ni moyens d'incitation ni financement adéquats à ces fins.

61. Le succès des efforts entrepris à l'échelle mondiale pour prémunir l'humanité contre les menaces de pandémie est aussi tributaire de la mise au point de traitements médicaux et de vaccins contre plusieurs agents pathogènes. Une campagne de vaccination parrainée par l'OMS permettra, en l'espace de 14 ans, d'éradiquer la variole en 1980, et ainsi, d'éviter que des millions de personnes ne succombent à l'une des maladies les plus meurtrières de l'histoire de l'humanité. De même, le nombre de cas de poliomyélite sera réduit de 99 %. Toutefois, seule une infime portion de l'enveloppe allouée aux travaux de recherche-développement visant à mettre au point des vaccins est consacrée à la maladie à virus Ebola qui touche principalement les pays les moins avancés (PMA). C'est pourquoi, lorsque l'épidémie d'Ebola éclate en 2014, 40 ans exactement après la découverte du virus Ebola, il n'y a toujours ni vaccin ni traitement contre la maladie.

62. L'épidémie d'Ebola survenue en Afrique de l'Ouest en 2014 est venue mettre à nu les sérieuses carences dont souffrent les mécanismes mis en place pour faire face aux crises sanitaires. À la faveur de ses consultations, le Groupe a pu identifier des insuffisances à tous les niveaux – local, national, régional et international – dans plusieurs domaines touchant diverses questions intersectorielles, les plus graves étant les suivantes : absence, au niveau des services de santé publique, des principales capacités de surveillance et d'intervention prescrites par le Règlement sanitaire international; fragilité générale des systèmes de santé dans nombre de pays; et insuffisance de mécanismes de gouvernance et de capacités d'alerte, de détection et d'intervention, à l'échelle régionale et internationale.

63. Tirant les leçons des épidémies d'Ebola et d'autres maladies transmissibles, le Groupe décrit dans les chapitres ci-après les principales carences du système actuel de lutte contre ces pathologies. Il propose, en outre, des recommandations idoines dans chaque chapitre. Le chapitre II recense les difficultés constatées aux niveaux local et national. Le chapitre III rend compte des carences observées à l'échelle tant régionale que nationale. Le chapitre IV décrit les problèmes qui se posent au niveau

international. Le chapitre V traite de diverses questions intersectorielles. Cependant, s'il est nécessaire de remédier aux lacunes susmentionnées, il est tout aussi important que les gouvernements tracent la voie à suivre et arrêtent les choix politiques nécessaires en toute diligence. La crise de l'Ebola est venue mettre en évidence tragiquement les défaillances des dirigeants qui, à tous les niveaux, n'ont pas su agir de façon responsable et se décider à temps. Le chapitre VI présente le mécanisme de suivi politique de haut niveau que le Groupe propose de mettre en place pour mettre en œuvre les réformes nécessaires à la création d'un système sanitaire international mieux à même de faire face à toutes crises sanitaires futures.

II. Action à entreprendre au niveau national

64. Les collectivités sont les premières à être touchées par toutes flambées épidémiques, l'État étant pour sa part censé au premier chef donner l'alerte, réagir face à la crise et répondre de ses interventions. C'est à ces échelons que tout pays doit se doter de moyens de prévention et de préparation aux situations d'urgence qui lui permettent de détecter toutes flambées nouvelles et d'y faire face par des interventions vigoureuses concertées.

65. Mettre en place, à l'échelle nationale, de vastes systèmes d'alerte rapide et d'intervention, ayant vocation à faire face aux crises sanitaires, est une entreprise complexe qui appelle l'intervention d'une multiplicité d'acteurs à différents niveaux.

66. Pour organiser un système d'alerte rapide efficace, il faut affecter auprès de toutes les communautés des agents ayant reçu une formation de base en leur donnant pour mission de surveiller les données de santé publique et de notifier au Ministère de la santé, par le biais d'un système d'information sanitaire, tout événement de santé inhabituel. Il faut aussi se doter d'un effectif suffisant d'épidémiologistes censés analyser les informations relatives à tous événements de santé inhabituels et les recouper avec des données provenant d'autres sources, comme les vétérinaires et les autres spécialistes de la santé animale. Il faudrait également, si nécessaire, se constituer des équipes de diagnostic, ayant vocation à enquêter sur les cas inhabituels. Ces équipes doivent avoir accès à des laboratoires de manière à pouvoir analyser certains échantillons et communiquer rapidement les résultats de ces analyses. Il faut, si nécessaire, veiller à voir communiquer tous résultats au Ministère de la santé et à l'OMS et mettre en place un dispositif national de préparation aux interventions d'urgence, préétabli et dûment éprouvé. Il faut assigner un rôle précis à chacun des agents qui participent à quelque intervention d'urgence et leur définir préalablement un ordre hiérarchique précis. Il faut en outre organiser le prépositionnement de fournitures médicales dans tous plans d'intervention d'urgence.

67. Pour enrayer la propagation d'une maladie aussi transmissible que la maladie à virus Ebola, il est indispensable de repérer rapidement toutes les personnes infectées et de les évacuer vers des centres d'isolement et de traitement, où il est institué de strictes mesures de prévention et de traitement des infections. Il importe également d'identifier toutes les personnes ayant été en contact avec les sujets infectés et, s'il n'est pas possible de se procurer rapidement des vaccins, de surveiller ces sujets. Dans le cas de la maladie à virus Ebola, cette surveillance doit s'exercer quotidiennement pendant 21 jours. Il faut inhumer tout patient qui viendrait à

décéder, en s'entourant de toutes précautions contre le risque d'infection et informer les populations des dispositions à prendre pour ne pas s'exposer au virus. Pour mettre en œuvre toutes ces mesures, il faut mobiliser des moyens financiers, matériels et humains non négligeables et faire intervenir dans la concertation divers ministères, autorités locales, partenaires, organismes internationaux, organisations non gouvernementales, représentants du secteur privé et organisations de la société civile.

68. Se doter d'un système de notification rapide et d'alerte et d'un dispositif d'intervention cohérent et robuste qui permette de faire face aux épidémies de maladies transmissibles est un défi majeur pour tous les pays du monde. À preuve, les difficultés rencontrées par la Chine à l'occasion de la lutte contre l'épidémie du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) de 2003 et les problèmes auxquels la République de Corée a été confrontée en 2015, lors de l'épidémie de coronavirus MERS. Le défi est d'autant plus redoutable pour les pays moins avancés que sont la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone.

69. Le Groupe spécial estime que pour se doter d'un système de surveillance, de détection et d'intervention propre à lui permettre d'intervenir efficacement en présence de toutes crises sanitaires, chaque pays doit essentiellement : a) acquérir et mettre à contribution les principales capacités prescrites par le Règlement sanitaire international et renforcer ses systèmes de santé; b) constituer des équipes de personnel sanitaire efficaces; c) résoudre tous problèmes de gouvernance; d) mieux mobiliser les collectivités; e) former les militaires à la conduite de missions sanitaires et humanitaires; f) pourvoir à la continuité des services de santé essentiels; et g) traiter toute crise sanitaire dans ses dimensions qui intéressent les femmes.

A. Se doter des principales capacités prescrites par le Règlement sanitaire international et renforcer ses systèmes de santé

70. L'intervention tardive face à la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest a mis à nu les graves lacunes qui subsistent dans nombre de pays en développement en matière de préparation, de surveillance et d'intervention en ce domaine.

71. Aux termes du Règlement sanitaire international, cadre juridique actuel de coopération internationale en matière de lutte contre les maladies transmissibles, chacun des 196 États signataires doit se doter d'un ensemble de moyens de surveillance et d'action face aux épidémies de nouveaux agents pathogènes dangereux et notifier toutes épidémies à l'OMS, et ce dans les domaines suivants : législation nationale, politiques et financement, coordination et communication par les points focaux nationaux, surveillance, capacité de réaction, préparation, dispositif national, communication des risques, moyens humains et services de laboratoire.

72. La flambée d'Ebola est venue montrer que les pays d'Afrique de l'Ouest peinent encore sérieusement à se doter des capacités prescrites par le RSI, encore que la sous-région ne soit pas la seule à être mal outillée.

73. À ce jour, seul le tiers des 196 États parties ont pleinement satisfait aux prescriptions du RSI, encore que la date limite initialement fixée pour ce faire ait été reportée à deux reprises. Le RSI étant entré en vigueur en 2007, les États parties étaient censés en satisfaire les prescriptions en juin 2012 au plus tard. Au terme de ce délai, seuls 42 des 193 États alors signataires déclareront y avoir satisfait; le délai sera alors prorogé de deux ans, jusqu'en 2014, à la demande de 118 États. À l'heure actuelle, 65 États (soit 33 %) disent avoir satisfait aux normes minimales, 84 (43 %) ont demandé un délai supplémentaire de deux ans, 44 autres (22 %) n'ayant pas informé l'OMS de leur situation. En mai 2015, l'Assemblée mondiale de la Santé accordera un nouveau report de deux ans à tous les États qui en ont fait la demande, repoussant la date limite jusqu'en 2016.

74. Condition essentielle, chaque pays doit satisfaire à l'ensemble des prescriptions du RSI, et non uniquement dans sa capitale, pour se préparer comme il se doit en prévision de toutes crises sanitaires et se donner les moyens d'y faire face. Invitant instamment tous les États à entreprendre en priorité de se doter des principales capacités prescrites, le Groupe propose divers dispositifs pour aider les pays en développement à atteindre cet objectif, n'ignorant toutefois pas que même avec le bénéfice d'un concours international non négligeable, nombre des 128 États défailants auront du mal à satisfaire à toutes les prescriptions du RSI d'ici à la fin de 2016. Il lui semble plus réaliste de reporter le délai à la fin de 2020, pour autant que des mécanismes d'appoint soient mis en place.

Recommandation 1

D'ici à 2020, à la faveur de la nécessaire coopération internationale, tous les États parties au Règlement sanitaire international doivent avoir satisfait à toutes ses prescriptions

75. Pour atteindre cet objectif, les États devront, dans le cadre d'une étroite coopération internationale, partager les compétences techniques et ressources à leur disposition. Nombre de pays, notamment les pays les moins avancés, auront besoin d'un concours financier et technique. C'est pourquoi le Groupe recommande d'instituer un système d'examen périodique de l'état d'exécution des prescriptions du RSI, le but étant d'identifier toutes lacunes (voir recommandation 6) et de dégager les moyens additionnels nécessaires pour les combler (voir recommandation 23).

76. Les autorités nationales doivent, quant à elles, assumer leurs responsabilités et se donner pour stratégie à long terme de dégager progressivement les ressources nécessaires, l'objectif étant de se doter des principales capacités et, à terme, de financer intégralement un système national de santé publique fonctionnel, qui permette de surveiller efficacement la situation sanitaire, de reconnaître très vite toutes épidémies et d'intervenir rapidement en pareil cas. Financer soi-même son propre système de santé, c'est se l'approprier et se donner les moyens d'en assurer la viabilité. Atteindre les objectifs d'Abuja, c'est pour chaque gouvernement se ménager la possibilité de consacrer une partie des ressources budgétaires ainsi libérées à se doter des principales capacités prescrites par le RSI. Réunis à Abuja en avril 2001, les chefs d'État des pays de l'Union africaine se sont engagés à consacrer au minimum 15 % des budgets nationaux à la santé³. Plus de dix ans plus

³ Déclaration d'Abuja, adoptée le 27 avril 2001 au Sommet africain sur le VIH/sida, la tuberculose et les autres maladies infectieuses, tenu à Abuja.

tard, peu nombreux sont les pays africains qui ont atteint cet objectif, preuve que les gouvernements de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire (tranche inférieure) ne considèrent pas la santé comme un poste de dépenses prioritaire. Dans 12 pays à faible revenu, la part du budget consacrée à la santé est de 8 %, soit guère plus de la moitié du taux fixé à Abuja, ce qui équivaut en moyenne à 12 dollars par personne par an, dépense nettement insuffisante pour permettre d'assurer les services les plus élémentaires. En 2012, les dépenses de santé consenties par les autorités de la Guinée, du Libéria et de Sierra Leone sont respectivement de 9, 12 et 13 dollars par personne, chiffres sensiblement en deçà du minimum de 86 dollars par personne et par an (en dollars de 2012) recommandé par le Global Health Security Working Group on Health Financing de Chatham House (Institut royal des affaires internationales). Le Groupe considère cependant que, étant financièrement démunis, les pays les moins avancés ne devraient consacrer des ressources nationales additionnelles à l'acquisition de principales capacités que pour autant que leurs partenaires auront débloqué aussi de nouveau des fonds additionnels à cette fin. Il faudrait mettre en place des mécanismes de cofinancement à cet effet.

77. En outre, le Groupe constate que dans beaucoup de pays, la mise en place des principales capacités prescrites par le RSI est regardée comme étant l'affaire des seules autorités sanitaires, les chefs d'État ou de gouvernement ne s'en souciant guère parfois. Dans la mesure où il est éminemment important pour chaque pays de se doter de ces capacités pour se donner les moyens de faire face à toute grave menace contre la santé, c'est au chef de l'État ou du gouvernement qu'il appartiendrait de superviser cette entreprise.

78. S'il importe de satisfaire aux prescriptions du RSI, l'épidémie d'Ebola est venue permettre d'identifier quatre domaines d'intervention qui méritent une attention toute particulière : capacité de réaction, surveillance, services de laboratoire et moyens humains (main-d'œuvre).

1. Capacité de réaction et d'intervention

79. Bon nombre de pays sont très mal préparés à faire face à des épidémies. Bien souvent, ils n'ont ni plan national d'urgence, ni dispositifs de coordination des interventions en cas d'urgences sanitaires et n'organisent pas d'exercices de simulation périodiques en prévision de toutes épidémies. D'ordinaire, ils n'ont ni stocks de matériel médical et de soutien logistique adéquats, ni listes à jour de personnel médical et de personnel d'intervention bien formés pouvant être mobilisés en cas d'urgence si tant est qu'ils possèdent de telles listes.

80. Pour mieux se préparer, les autorités nationales doivent, sous la direction du chef de l'État ou du gouvernement :

- Faire une place à des mesures de préparation aux crises sanitaires dans les dispositifs et plans nationaux de réduction des risques de catastrophe et de réaction et d'intervention en cas de catastrophe;
- Inviter toutes les parties prenantes à se donner les moyens d'intervenir en cas de besoin;
- Arrêter des plans d'action en prévision de pandémies et soumettre tous les intervenants, y compris les forces de sécurité, à des exercices de simulation.

2. Surveillance

81. Certains pays n'ont guère de moyens de surveillance et de détection des maladies. On mettra plus de trois mois à détecter la récente épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, alors que lors d'épidémies précédentes, on avait pu identifier le virus en cause au bout de 44 jours en moyenne. Lors de la dernière épidémie, l'avis de certains spécialistes qui suspectent que l'on est en présence d'une maladie atypique est d'autant moins partagé que la maladie à virus Ebola, dont on ne soupçonne pas la présence dans cette sous-région⁴, présente nombre des mêmes symptômes que d'autres maladies courantes. Le temps mis à identifier le virus témoigne des difficultés que connaissent nombre de pays les moins avancés, qui manquent cruellement de spécialistes des maladies transmissibles.

82. En Afrique de l'Ouest, les systèmes de surveillance en temps réel et les méthodes de collecte de données épidémiologiques et de sensibilisation des populations sont plus ou moins fiables. Dans les pays de la sous-région, la mission de surveillance classique est généralement confiée à des établissements de soins qui y procèdent par référence au cadre de surveillance intégrée des maladies et de riposte de l'OMS, dont le principe consiste à surveiller un échantillon réduit de maladies et syndromes prioritaires, l'objectif étant d'en déterminer l'évolution dans le temps et dans l'espace. Même si ce cadre privilégie l'intégration des données, le continent est dans son ensemble parcouru de réseaux divers de surveillance plus verticale qui s'intéressent notamment à la poliomyélite, à la grippe, à la méningite, au rotavirus et aux maladies à prévention vaccinale comme la rougeole. Se transmettant verticalement, l'information émanant desdits réseaux échappe d'ordinaire aux cadres de surveillance intégrée à vocation nationale ou sous-régionale. En dépit de cette fragmentation de l'information due à la coexistence de mécanismes de surveillance intégrée et de surveillance verticale, plus de la moitié des pays africains publient des bulletins nationaux de suivi qui renseignent globalement sur tous cas détectés et tous décès en interrogeant les divers systèmes de surveillance, sur des indicateurs de résultat, comme les délais de communication de l'information ainsi que sur tous événements de santé publique et épidémies nouveaux, les résultats de laboratoire et l'état d'avancement de toutes interventions. Cependant, plus ou moins fiables, bonnes, complètes et à jour, les informations autorisent souvent le doute. À titre d'exemple, en Guinée, un enfant sur quatre n'aurait pas de bulletin de naissance – document essentiel pour contrôler l'état de la santé publique – les autorités n'ayant pas les moyens d'organiser l'état civil des naissances et décès.

83. En outre, le Groupe constate qu'il y a lieu de renforcer les liens entre les systèmes de surveillance de la santé humaine et animale, en application du principe d'« Un monde, une santé », puisque plus de la moitié des maladies transmissibles à l'homme seraient zoonotiques.

84. Cela étant, les autorités de chaque pays doivent consolider les réseaux de surveillance nationaux et collaborer avec des partenaires, le but étant de renforcer l'intégration des réseaux existants. Nombre de pays n'ayant guère de moyens, leurs

⁴ Toutefois, au moins une étude antérieure avait fait état de la présence d'anticorps du virus Ebola chez les populations des pays touchés, mais ce résultat était peu connu dans la région et voire des spécialistes. Bernice Dahn *et al.*, « Yes, we were warned about Ebola », *New York Times*, 7 avril 2015, disponible en ligne (en anglais): www.nytimes.com/2015/04/08/opinion/yes-we-were-warned-about-ebola.html?_r=0 (consulté le 22 janvier 2016).

autorités doivent également communiquer toutes données concernant tels ou tels événements sanitaires inhabituels au Directeur régional de l'OMS et au programme de l'OMS pour la gestion des flambées et des situations d'urgence (Centre de l'OMS pour la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours – voir recommandation 7), à charge pour ces derniers de recueillir l'avis de spécialistes, si nécessaire.

85. L'objectif étant de renforcer la surveillance et le suivi des maladies, les autorités de chaque pays doivent, sous la direction du chef de l'État ou du gouvernement :

- Mettre en place un dispositif de surveillance « Un monde, une santé » ayant pour mission de recueillir et d'analyser, en quasi-temps réel, des données de santé publique concernant toutes les couches de la société;
- Pourvoir à la notification immédiate de tous événements sanitaires inhabituels au Directeur régional de l'OMS et au programme de l'OMS pour la gestion des flambées et des situations d'urgence (Centre de l'OMS pour la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours – voir recommandation 7).

3. Services de laboratoire

86. Si la surveillance en amont permet de détecter tous événements sanitaires inhabituels, il est indispensable de procéder à des essais en laboratoire pour établir des diagnostics formels. Or, nombre de pays ont très peu de laboratoires. Lors de la récente flambée de fièvre Ebola, les premiers échantillons seront envoyés dans un premier temps à des laboratoires P4 (niveau 4 de sécurité biologique) à Lyon (France) et à Hambourg (Allemagne). On ne disposera de diagnostics de laboratoires guinéens qu'après que des équipes de l'Institut Pasteur de Dakar et de l'European Mobile Laboratory (EMLab) ont été déployées, fin mars 2014. La quasi-absence de services de laboratoire et la publication tardive des résultats d'essais sont venues compliquer l'intervention d'autant plus que l'on a eu du mal à déterminer les chaînes de transmission et à rechercher les sujets contacts. Le Groupe apprendra en outre que l'absence de systèmes et protocoles préétablis de transport des échantillons vers des laboratoires partant à l'étranger peut empêcher de procéder rapidement à tous essais.

87. L'objectif étant de se doter de services de laboratoire meilleurs, les autorités de chaque pays doivent :

- Créer au moins un laboratoire national de la santé publique équipé pour analyser des échantillons biologiques ou, à défaut, s'ouvrir les portes de laboratoires régionaux communs;
- Mettre au point un système national de transport rapide et sans risque d'échantillons vers les laboratoires compétents, y compris à l'étranger.

4. Moyens humains

88. Les trois pays les plus durement éprouvés par l'Ebola manquent cruellement de personnels de santé et d'autres intervenants qualifiés (voir aussi la recommandation 2). Face à la propagation de l'épidémie, ils entreprendront de mobiliser et de former rapidement du personnel d'appoint – à affecter à la recherche de sujets contacts, ou à des équipes d'inhumation sans risque, de sujets décédés par

exemple – et devront également pourvoir à la rémunération dudit personnel d'appoint.

89. Même s'il y est procédé en un temps record, la formation du personnel de renfort et la mise en place des dispositifs d'appui administratif nécessaires viennent retarder toute intervention. Les États doivent dans l'avenir identifier à l'avance tous personnels de renfort dans le cadre de leurs plans d'intervention nationaux et les former à la prévention et à la maîtrise des infections ainsi qu'aux procédures classiques de lutte contre les épidémies et mobiliser les effectifs des entités sanitaires privées à l'occasion de toute intervention en cas d'urgence de santé nationale.

90. L'objectif étant de renforcer les effectifs médicaux mobilisables en cas d'urgence, les autorités de chaque pays doivent, sous la direction du chef de l'État ou du gouvernement :

- Arrêter des protocoles de mobilisation de personnels de renfort, le but étant d'organiser la protection, la formation, l'équipement, la rémunération et la sécurité et l'hygiène professionnelle desdits personnels;
- Constituer un corps d'urgence en formant tout le personnel des établissements médicaux publics et privés aux protocoles d'urgence.

B. Se doter d'un personnel de santé performant

91. Le Groupe a pu constater que, faute notamment de personnel de santé qualifié, nombre de pays en développement ne sont pas en mesure de mettre en place de solides systèmes de surveillance et de lutte contre les épidémies au niveau local.

92. En 2013, le système de santé publique national guinéen comptait un médecin pour 10 000 habitants, ratio encore plus faible au Libéria et en Sierra Leone, où il est de 0,2 et 0,1 médecin pour 10 000 habitants respectivement. Il faut en outre signaler que nombre de ces médecins servent dans les capitales ou les villes, les petites localités et les zones rurales étant mal desservies. Les ratios médecin/habitant de ces trois pays sont nettement en deçà du minimum recommandé par l'OMS, à savoir 23 médecins, infirmiers ou sages-femmes pour 10 000 habitants⁵.

93. Pour renforcer le suivi et la surveillance des épidémies nouvelles, tout pays doit se doter de personnels de santé publique capables d'exercer ces fonctions, et pour assurer une large couverture géographique, tout pays doit organiser le suivi des maladies au niveau local, y compris en milieu rural. Le Groupe estime ainsi qu'en augmentant ses effectifs d'agents sanitaires locaux, chaque pays peut renforcer sensiblement la surveillance sanitaire. À ces agents d'ordinaire peu qualifiés, on peut donner une formation de base à la surveillance, l'idée étant de les préparer à reconnaître tous événements de santé inhabituels au niveau local et à en informer le centre de santé le plus proche, pour permettre au personnel médical qualifié d'étudier tous cas signalés. Cela étant, le Groupe souscrit pleinement à toutes initiatives tendant à voir multiplier les effectifs d'agents sanitaires locaux. Doter chaque collectivité d'un effectif minimum de personnel de santé, c'est se donner les

⁵ Selon le *Rapport sur la santé dans le monde 2006* de l'OMS, dans les pays qui comptent moins de 2,28 (±0,26) médecins ou infirmiers par habitant, moins de 80 % des naissances ont lieu en présence de personnel qualifié.

moyens de renforcer son système de santé dans son ensemble, d'améliorer la médecine préventive et d'atteindre l'objectif de couverture sanitaire universelle.

Recommandation 2

Les gouvernements doivent investir davantage dans la formation de professionnels de la santé et se doter de tels effectifs d'agents sanitaires locaux que dicterait la situation du pays

- Les autorités nationales et leurs partenaires doivent financer intégralement la formation d'agents sanitaires locaux.
- Les autorités nationales doivent instituer des mesures d'incitation, l'idée étant de pouvoir déployer stratégiquement les personnels de santé dans les zones déshéritées et les zones reculées.
- Les autorités nationales doivent conférer aux agents sanitaires locaux un statut professionnel propre et leur confier un rôle important dans la mission de prévention, de surveillance et d'intervention sanitaire.

94. En définitive, tout système de surveillance et d'intervention en matière de santé publique repose sur le système de santé dans son ensemble. Guère formés en épidémiologie des maladies transmissibles, les rares professionnels de la santé sur le terrain pendant la crise de l'Ebola en Afrique de l'Ouest étaient de surcroît mal équipés. Faute de matériel de base (godets en plastique, produits désinfectants, etc.), ils auront du mal à prévenir et enrayer la propagation du virus. En milieu rural, on pouvait difficilement se procurer des médicaments de base, qui étaient du reste généralement trop chers pour le patient, autant de difficultés que viendront aggraver les carences générales des infrastructures de santé. Par exemple, au Libéria, la plupart des rares ambulances que compte le pays se trouvent dans la capitale, Monrovia. Au début de l'épidémie, le fait que nombre de sujets présentant des symptômes de la fièvre Ebola aient été transportés vers les établissements de santé en taxi ou par des proches aura pour effet de multiplier les risques de transmission de la maladie. Étant donné l'absence de laboratoires et de lieux d'isolement, malades et sujets sains se côtoient dans les centres de transit, ce qui viendra favoriser encore la transmission de la maladie. La médiocrité de l'infrastructure publique, surtout en milieu rural, viendra également hypothéquer la campagne nationale de lutte contre l'épidémie. Le Groupe considère ainsi qu'il faudra renforcer les systèmes de santé des pays en développement pour se donner véritablement les moyens d'organiser la prévention des maladies et toutes interventions en cas de crise sanitaire.

C. Résoudre les problèmes de gouvernance

95. La crise de la fièvre Ebola est venue montrer que les gouvernements qui viennent à détecter toute épidémie sont souvent réticents à le déclarer publiquement. Redoutant le contrecoup politique et économique d'une telle déclaration, ils inclinent fortement à minimiser la menace. Certains représentants d'organisations non gouvernementales ont confié au Groupe avoir été, durant les premiers mois de l'épidémie d'Ebola, taxés par des responsables gouvernementaux d'alarmistes exagérant la menace dans le dessein de mobiliser des fonds. Dans un pays, la décision prise de signaler les seuls cas confirmés en laboratoire malgré la présence d'indices tendant à établir l'existence d'un nombre bien plus élevé d'infections

suspectées conduira, entre autres facteurs, à sous-estimer la propagation de la maladie, à l'opposé du choix fait par d'autres pays de donner notification aussi bien des cas confirmés que de tous cas suspectés. Tout ce qu'on aura fait pour différer toute notification et minimiser l'avancée de l'épidémie renforce la confusion et la peur qui président souvent à la prise de décisions politiques. Le Groupe apprendra en outre que les gouvernements de certains des pays affectés ont commencé par demander à l'OMS de leur prêter assistance sans déclarer publiquement d'urgence de santé publique de portée internationale. En revanche, le Nigéria, le Sénégal et le Mali, intervenant immédiatement, déclareront l'urgence, mettant en place des mesures d'endiguement efficaces dès le premier cas diagnostiqué. Même en présence d'un système de santé mal outillé, on peut, en prenant par anticipation de fortes mesures d'ordre politique pour se préparer en prévision de toute épidémie et y réagir, juguler la maladie et sauver des vies.

96. Les carences de la gouvernance et de la coordination viendront également mettre à mal l'intervention contre l'épidémie d'Ebola dans certaines de ses dimensions clés. S'étant entretenu avec les intervenants nationaux et internationaux, le Groupe a pu établir qu'aux premières heures de la crise, nul ne pouvait dire qui était chargé de coordonner les interventions au sein de telle administration nationale ni quelles organisations devaient participer à telles ou telles réunions. Les rivalités entre institutions et l'opacité des rapports hiérarchiques entre le Ministère de la santé, le Coordonnateur national de l'action contre l'Ebola et les entités créées par les partenaires internationaux viendront çà et là compliquer la prise de décisions. Dans certains cas, on créera de nouvelles entités au lieu d'utiliser les entités nationales d'intervention en cas de catastrophes existantes. Dans les trois pays touchés, la mission de coordination générale de l'intervention aura changé de mains plus d'une fois au moins. En outre, on mettra plusieurs mois à reproduire les dispositifs mis en place dans la capitale dans le reste du pays.

97. Tous les acteurs concernés ont plus d'une fois confié au Groupe que l'intervention gagnera sensiblement en cohérence et en efficacité à partir du moment où les chefs d'État des pays concernés ont fait preuve d'une forte volonté politique en marquant personnellement la cadence.

98. Chaque pays doit, ainsi que le prescrit le Règlement sanitaire international, veiller à notifier à l'OMS toute flambée dès qu'il la détecte et ce, sans se laisser influencer par quelque considération d'ordre politique. Il doit en outre se doter rapidement de solides dispositifs de gestion de crises pour faire face à la crise. Le souci étant de favoriser la transparence et de dissuader quiconque de dissimuler toutes informations concernant telle ou telle épidémie, le Groupe recommande de faire une place à la préparation en prévision de crises sanitaires et à la surveillance normale dans les mécanismes nationaux de réduction des risques de catastrophe, de préparation et d'intervention en cas de catastrophe et de solliciter la contribution de représentants des différents ministères et des organisations non gouvernementales.

D. Mieux mobiliser les populations locales

99. Pour faire face à toute crise sanitaire, il est essentiel de mobiliser les populations. Le Groupe a constaté que face à la flambée de fièvre Ebola on n'aura pas, au départ, pris toute la mesure des réalités culturelles propres à chacun des pays affectés et que les premières actions de sensibilisation des communautés auront été

largement inopérantes. Même si l'OMS et d'autres intervenants dépêcheront sur place, dès les premières heures de la flambée, des animateurs sociaux et des sociologues, on aura du mal au départ à comprendre les réactions des habitants et à nouer le dialogue avec les populations et dirigeants locaux, parce que l'on a commencé par sous-estimer.

100. En outre, pour sensibiliser les populations, on prendra souvent le parti de leur tenir un discours à sens unique, au lieu de les écouter et de dialoguer avec elles pour répondre à leurs légitimes interrogations. Les intervenants ont souvent interagi avec un nombre d'acteurs locaux limité (en particulier avec des fonctionnaires publics). Loin d'aller à la rencontre de toutes les composantes de la société (chefs coutumiers ou religieux, femmes, jeunes et autres membres de la communauté, etc.) on aura souvent préféré limiter le cercle de ses interlocuteurs locaux à quelques rares personnes, toutes difficultés que viendra exacerber la défiance entre les populations, le Gouvernement central et les étrangers, au grand dam des campagnes tendant à modifier les comportements menées par les pouvoirs publics et les acteurs internationaux. On verra ainsi surgir des phénomènes dits de résistance locale, certaines populations s'opposant passivement, activement, voire parfois violemment, à toute idée de coopérer avec les personnels de santé

101. Les messages adressés sur les ondes aux populations par les pouvoirs publics dans un premier temps seront également sans effet ou produiront le contraire de l'effet escompté dans bien des cas. Ainsi, on tentera, pour commencer, de persuader chacun de changer de comportement en mettant l'accent sur le taux de létalité élevé du virus Ebola et sur l'absence de remède. Or, loin d'encourager les sujets infectés à se manifester, ce faisant, on poussera plus d'un sujet suspect à chercher à se soustraire à toutes opérations de dépistage et nombre de familles à cacher leurs malades. Les pouvoirs publics auront du mal à contredire les nombreuses rumeurs et informations erronées dont sont l'objet les mécanismes de prévention et d'intervention.

102. Entre juillet et octobre 2014, alors que les nouveaux cas se multiplient, on s'intéresse principalement aux aspects médicaux et épidémiologiques de la maladie au lieu de chercher à mieux susciter la solidarité des populations. Selon certaines associations locales, chacun a eu du mal, aux premières heures de l'intervention, à se procurer quelque financement pour tous projets ne prévoyant pas la construction de centres de traitement. De plus, faute de moyens et de recherche en sciences sociales, on ne parviendra pas à dégager des méthodes d'intervention opérantes et, comme on a quasiment négligé de suivre et d'évaluer le dialogue avec les populations locale, on aura du mal à rectifier le tir, le moment venu.

103. Comme lors des flambées de H1N1 et de H5N1, c'est la mobilisation des populations qui finira par faire la différence dans les pays les plus touchés. Le Groupe s'est entendu dire plus d'une fois que l'on ne commencera à aller de l'avant que du jour où l'on décidera précisément de prendre langue avec les chefs coutumiers et les groupes de la société civile locale dans le cadre de la campagne de sensibilisation des populations. Ayant pris la mesure que de la résistance des populations, les organisations changeront leur fusil d'épaule pour appréhender la crise dans son contexte culturel, tendre la main aux populations, emporter leur adhésion, leur permettre de s'approprier la lutte contre l'épidémie et les écouter en leurs priorités et préoccupations. En associant davantage les spécialistes des sciences sociales – anthropologues, experts régionaux et statisticiens en particulier –

à l'entreprise en faisant jouer divers réseaux formels et informels, on parviendra à mieux cerner et la dynamique sociétale et les pratiques culturelles locales, qui auront puissamment contribué à alimenter l'épidémie, dont les rites d'inhumation, la grande mobilité des populations à l'échelon local et un passé ponctué de conflits qui expliquent la profonde méfiance que l'on conçoit pour l'étranger, la communauté internationale y compris, et dans certains cas les représentants de l'État.

104. Les pouvoirs publics parviendront à améliorer la qualité de leur discours à l'intention des populations. On encouragera ainsi désormais tout sujet malade à se faire traiter rapidement pour se donner plus de chances de survivre au lieu d'évoquer par-dessus tout l'extrême létalité de la fièvre Ebola. Il sera néanmoins d'autant plus difficile vers la fin de procéder dans la discipline pour arrêter le contenu, la démarche et la méthode du discours général à l'intention des populations que nombreuses sont les organisations sur le terrain, d'où la cacophonie de discours plus ou moins écoutés.

105. Le Groupe estime par conséquent que les intervenants nationaux et internationaux doivent se donner des mécanismes propres à leur permettre, dans l'avenir, d'associer systématiquement les populations à toutes mesures de préparation et d'intervention.

Recommandation 3

Les pouvoirs publics et les intervenants doivent mobiliser les populations en toute efficacité et rationalité et s'assurer leur confiance en les encourageant à s'approprier toute entreprise

- Au niveau national, les autorités et leurs partenaires doivent aider à mettre en place et exploiter des moyens de recherche en sciences sociales, ainsi qu'un réseau international de spécialistes de la matière mobilisables en cas de crise.
- Les autorités nationales doivent, de concert avec leurs partenaires, faire une place aux principes de la mobilisation efficace des populations dans tous programmes de formation conçus à l'intention d'intervenants nationaux et internationaux.
- Les autorités nationales et leurs partenaires doivent exploiter le potentiel de coopération Sud-Sud dans ce domaine.
- Les autorités nationales doivent, de concert avec leurs partenaires tenir compte des réalités culturelles du pays en arrêtant toute stratégie de communication.

E. Former l'armée à la conduite de missions sanitaires et humanitaires

106. Comme on le verra lors de la flambée de maladie à virus Ebola, l'armée et les autres forces de sécurité pourraient en dernier ressort apporter un précieux concours à toute intervention en présence de crises sanitaires. Outre l'important contingent de forces armées américaines et les effectifs britanniques et français de moindre taille dépêchés sur place, les armées nationales libériennes et sierra-léonaises joueront pour leur part un rôle crucial à l'occasion de la réaction face à l'épidémie. Les Ministères libérien et sierra-léonais de la santé étant en proie à diverses difficultés, les pouvoirs publics demandent à l'armée dans l'un et l'autre pays d'épauler le personnel sanitaire et d'intervention humanitaire. En Sierra Leone, les forces

armées aideront également à piloter l'intervention face à la crise sanitaire, le Ministre de la défense ayant été désigné Coordonnateur national de l'action contre l'Ebola en août 2014. De l'intervention de l'armée au Libéria et en Sierra Leone on a pu dégager des enseignements précis s'agissant d'intervenir en cas de crises sanitaires dans l'avenir. Pour exploiter tout le potentiel des forces de sécurité à l'occasion de missions sanitaires et humanitaires, il faut pourvoir à la formation, à la sensibilisation aux normes de défense des droits de l'homme et à l'organisation périodique d'exercices de simulation à l'intention des éléments de l'armée. En outre, force est d'amener militaires et civils à se côtoyer dans l'action pour mieux se comprendre les uns les autres et mieux se préparer en prévision de toutes crises.

107. On confiera à l'armée et aux autres forces de sécurité, entre autres missions essentielles, celle de faire respecter toutes mesures de mise en quarantaine. Instrument clef de toute intervention de santé publique, surtout en l'absence de vaccin ou traitement médical, il faut séparer de la population tout sujet présumé contaminé ou présentant quelque risque d'infection et de contagiosité. Or, pour restreindre ainsi la liberté de toute personne, il faut procéder en toute transparence et équité avec le concours de mécanismes médicaux et sociaux compétents. Le Groupe constatera cependant qu'en faisant appel à des éléments de l'armée mal formés aux principes de respect des droits de l'homme lors de l'épidémie de fièvre Ebola de 2014 – notamment pour faire respecter les mesures de quarantaine –, on n'a pas toujours réussi à gagner la confiance des populations et que l'on en fait contrarié l'intervention contre l'épidémie à certains moments, singulièrement après que des échauffourées opposant l'armée libérienne aux habitants du quartier de West Point de Monrovia se solderont par la mort d'un civil. De plus, à cause du passé de conflit, la peur tenace que les forces de sécurité inspirent aux populations vient parfois entamer l'efficacité de leurs interventions.

F. Pourvoir à la continuité des services de santé essentiels

108. De l'avis de certains intervenants, en consacrant toutes les énergies à la seule intervention contre l'épidémie d'Ebola on mettra en veilleuse nombre de services sociaux essentiels, y compris les campagnes de vaccination. Pendant la flambée d'Ebola au Libéria, par exemple, on suspend les vaccinations de routine contre la rougeole, mettant en danger la vie de milliers d'enfants en cas d'épidémie. C'est ainsi également que s'en trouvera remise en cause la prestation d'autres services de santé, en particulier le traitement du paludisme et des maladies diarrhéiques. Selon une étude réalisée en Guinée, du fait de l'épidémie de fièvre Ebola, 70 000 malades de paludisme n'auraient pas été traités dans le pays en 2014. Les services prénatals et postnatals sont également suspendus pour l'essentiel, si bien que nombre de femmes enceintes seront – dit-on – refoulées aux portes d'établissements sanitaires. D'après certaines, les victimes causées par les effets sanitaires connexes à l'Ebola seront probablement plus nombreuses que celles de l'épidémie proprement dite. Cela étant, il est impérieux de pourvoir à la continuité du service de la prestation de soins de santé de base pendant toute épidémie.

G. Appréhender toutes crises sanitaires sous l'angle de la problématique hommes-femmes

109. On sait d'expérience, y compris la flambée d'Ebola de 2014, que les crises sanitaires éprouvent si différemment l'homme et la femme qu'elles peuvent agir sensiblement sur la manière dont l'un et l'autre s'y préparent et réagissent en leur présence. Pour faire face comme il se doit à toute épidémie, force est d'appréhender et de ne pas en méconnaître l'impact potentiel et sur l'homme et sur la femme.

110. La crise durant, les femmes seront les plus exposées au risque de contamination par le virus car elles concourent aux soins et aux rites d'inhumation, les hommes ne courant de plus gros risques que s'ils concourent officiellement à l'intervention. En outre, le risque de décès en cas d'infection par le virus Ebola est bien plus élevé chez les femmes enceintes, qui, même en cas de survie, perdent pratiquement toujours leur enfant en gestation. De précieuses informations concernant le sexe, l'âge et d'autres caractéristiques essentielles de la population, recueillies sur le terrain par les premiers intervenants, ne sont bien souvent transmises à l'échelon national ou international que beaucoup plus tard, voire jamais, si bien que les intervenants ne pourront pas identifier tels ou tels scénarios d'infection ou arrêter quelque stratégie de lutte contre l'épidémie. Ces carences viennent souligner à nouveau combien il importe de mettre en place des plateformes technologiques de gestion des données de nature à permettre de suivre les statistiques et d'échanger toutes informations en temps réel.

111. Les femmes subissent également sans doute plus l'impact socioéconomique général de l'épidémie de fièvre Ebola. En effet, celles des pays les plus touchés sont employées plus souvent dans le secteur informel, qui subira de plein fouet les effets de la fermeture de marchés et d'autres lieux publics. Les écoles ayant fermé leurs portes durant la crise de 2014, les femmes devront assumer le surcroît de responsabilité consistant à s'occuper des enfants. Elles s'exposent également davantage au danger de l'exploitation sexuelle, le contrecoup économique de l'épidémie étant venu lamener leurs sources de revenus. Enfin, ainsi qu'il est dit plus haut, en mobilisant l'ensemble des ressources sanitaires déjà maigres aux fins de la lutte contre le virus Ebola, on sacrifiera d'autres services essentiels, comme les soins prénatals et postnatals, l'accouchement et la vaccination des enfants.

112. On aura d'autant plus de mal à suppléer à ces défaillances pendant la crise de 2014 que l'on aura pas donné aux femmes la place qui leur revient à tous les niveaux des mécanismes d'intervention nationaux et internationaux, si bien qu'elles n'auront guère leur mot à dire s'agissant des choix et décisions à arrêter. À l'échelon local, elles seront rares à être engagées comme chercheuses de sujets contacts ou comme spécialistes du dialogue citoyen, et encore plus rares à être associées aux échelons supérieurs de la direction de l'intervention. Les équipes de dialogue citoyen dialogueront moins avec les femmes qu'avec les hommes, ayant généralement pour premiers interlocuteurs des personnes dépositaires d'autorité officielle, comme les chefs coutumiers et les représentants de l'administration locale, qui se trouvent être le plus souvent des hommes. Faire une place aux femmes dans les aux équipes d'intervention locales, notamment comme chercheuses de sujets contacts ou agents de dialogue citoyen, c'est se donner les moyens de mieux les informer et les mobiliser.

Recommandation 4**Il faut appréhender toutes entreprises de préparation et d'intervention en présence d'épidémies sous l'angle de la problématique hommes-femmes**

- On s'intéressera spécialement aux attentes des femmes qui se chargent d'ordinaire de prodiguer des soins primaires à toute personne.
- On tiendra spécialement compte de la situation des femmes en entreprenant de pallier l'impact de toutes pandémies sur l'économie et les moyens de subsistance des populations.
- On associera les femmes à tous les stades de la planification et de l'exécution de toute intervention le but étant d'en garantir l'adéquation et l'efficacité.

III. Niveaux régional et sous-régional

113. Plusieurs organisations régionales et sous-régionales apporteront leur concours à la lutte contre l'épidémie d'Ebola en 2014. On retiendra ainsi que le Conseil de paix et de sécurité de l'Union africaine autorisera le 19 août 2014 le déploiement d'une mission humanitaire civile et militaire composée de médecins, d'infirmières et autres agents médicaux et paramédicaux. De décembre 2014 à mai 2015, 720 volontaires qualifiés venus de 12 États membres de l'Union déployés sur le terrain pourront compter sur le concours de la mission d'appui de l'Union à la lutte contre l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest. Les médecins et intervenants vétérans de précédentes flambées d'Ebola mettront leur précieuse expérience au service de l'entreprise. L'Union africaine tiendra également diverses réunions politiques pour redire le besoin d'aide, plaider en faveur de la levée de toutes interdictions de voyager et restrictions aux déplacements et demander à la Commission de l'Union de créer un centre africain de prévention et de maîtrise des maladies. Elle tiendra en outre en présence du secteur privé une réunion de l'African business round table, lors de laquelle elle mobilisera 32 millions de dollars auprès d'entreprises privées et de la Banque africaine de développement, et collaborera avec les opérateurs de téléphonie mobile à la récolte des dons de particuliers faits par SMS. Par ailleurs, la Banque africaine de développement aura débloqué plus de 223 millions de dollars au titre des opérations d'urgence dans les trois pays touchés par l'Ebola en décembre 2014.

114. La Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) aura déployé 115 professionnels de la santé et autres intervenants de plus pour aider les pays touchés. Dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de fièvre Ebola, la CEDEAO consacrera en outre un sommet extraordinaire à la crise et mettra sur pied un fonds de solidarité qui permettra de récolter plus de 7 millions de dollars sous forme de contributions. De plus, l'Organisation ouest-africaine de la santé et la Commission de la CEDEAO formeront et sensibiliseront des professionnels de la santé à la prévention et à la lutte contre toutes infections.

115. L'Union du fleuve Mano (UFM) se réunira périodiquement en sommets des chefs d'État de ses quatre pays membres (Côte d'Ivoire, Guinée, Libéria et Sierra Leone) qui seront l'occasion de réfléchir aux moyens de renforcer le concours de l'organisation à la lutte contre le virus Ebola. L'Union établira également le cadre du plan de relance régional en faveur des trois pays touchés, qui sera présenté à la

Conférence internationale sur le relèvement après l'Ebola, tenue à New York en juillet 2015.

116. S'il vient prouver qu'elles ont sensiblement accru leur solidarité et leurs moyens d'intervention dans le domaine de la prestation de soins de santé, le concours apporté par les organisations régionales et sous-régionales qui se fait longtemps attendre n'est pas toujours bien organisé. L'épidémie d'Ebola dit ainsi assez combien il importe de renforcer la coopération régionale en matière de santé publique. Si la mission de surveillance des maladies et de détection des épidémies incombe à chaque pays, la coopération régionale et sous-régionale présente des avantages considérables à plusieurs égards.

117. Envisager les choses selon une perspective régionale c'est pouvoir appréhender pleinement telles et telles dynamiques comme les mouvements de population, les foyers de certaines maladies et tous besoins d'intervention et faire ainsi des choix éclairés de répartition des moyens d'intervention entre différents pays. Ainsi, en donnant à la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola une vocation régionale, on a pu ventiler les fonds et les moyens d'intervention entre plusieurs pays.

118. La coopération régionale peut aider à améliorer durablement la surveillance des frontières, le suivi des cas et la recherche de sujets contacts en permettant aux responsables de la santé publique de plusieurs pays d'échanger régulièrement toutes données d'information utiles. Le Groupe apprendra ainsi qu'au début de la flambée de la maladie à virus Ebola, les pays n'échangent pas assez d'informations entre eux. La coopération régionale peut aider aussi à réduire le coût ou la nécessité de toute surveillance des frontières en permettant d'arrêter des normes et protocoles communs en la matière.

119. Les pays de telle région ou sous-région peuvent également mettre tous moyens stratégiques de préparation et d'intervention en cas d'urgence, tels que les laboratoires, travaux de recherche-développement ou centres d'évacuation sanitaire, à la disposition des intervenants en cas de crise. Le coût de telles ressources pouvant dépasser les moyens de tel ou tel pays, chacun gagne à en voir supporter la charge à l'échelle régionale ou sous-régionale, tous les pays concernés pouvant ainsi en disposer plus facilement.

120. Les organisations régionales peuvent en outre aider grandement à mettre à disposition des spécialistes et à adapter tous outils d'intervention à la situation sur le terrain.

121. Ailleurs, des organisations régionales mettent ces solutions en pratique. En Asie, l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est (ASEAN) joue un rôle de premier plan à l'occasion de la campagne régionale contre le VIH/sida, le SRAS et le H5N1, notamment en négociant la réduction du prix des médicaments contre le VIH auprès des sociétés pharmaceutiques. De son côté, l'Europe privilégie la mise en commun des ressources, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) ouvert par l'Union européenne (UE) ayant pour vocation d'analyser les données de surveillance, de fournir des conseils, d'organiser des actions de formation et l'aide à la préparation et de déployer des missions d'experts en cas d'épidémie. À la suite de la flambée d'Ebola, l'UE et ses États membres entreprennent de se doter de capacités d'intervention communes se constituant de médecins et de logisticiens rompus aux situations de crise. En Amérique latine,

L'Union des nations de l'Amérique du Sud (UNASUR) et les membres du Marché commun du Sud (MERCOSUR) feront l'un et l'autre la preuve de l'intérêt de l'assistance technique et opérationnelle que les organisations régionales peuvent fournir à leurs membres en présence de toutes menaces contre la santé publique.

122. Compte tenu de ce qui précède, le Groupe considère que les organisations régionales doivent se donner ou renforcer des capacités permanentes de nature à leur permettre de pourvoir à la prévention ou à toute intervention en cas de crise sanitaire, en privilégiant les domaines où elles peuvent apporter un concours non négligeable à l'occasion de toute intervention dans tel ou tel pays.

Recommandation 5

Les organisations régionales et sous-régionales doivent, avec le concours de l'OMS, se donner ou renforcer des capacités permanentes de surveillance, de prévention et d'intervention en cas de crise sanitaire, et notamment :

- Renforcer tous plans d'urgence et de préparation en prévision de crises sanitaires et mettre en place des moyens logistiques et des accords de concession de licence pouvant être promptement mis en branle en cas de crise;
- Administrer et exploiter toutes capacités régionales communes de prévention des catastrophes et d'intervention en cas d'urgence, y compris les laboratoires de niveau de sécurité biologique élevé;
- Étoffer les moyens de recherche et de collaboration à l'échelle régionale;
- Constituer un corps de médecins et de personnel d'intervention rapidement mobilisables aux fins de toute mission régionale;
- Faciliter le partage de tous enseignements utiles entre partenaires régionaux;
- Tenir à jour, avec l'aide de l'OMS, une liste des pathogènes susceptibles de déclencher quelque crise sanitaire dans la région;
- Mettre en place un mécanisme d'information et d'appui, le but étant de mieux faire respecter les prescriptions du RSI dans la région;
- Faciliter, à l'échelle régionale et sous-régionale, tous exercices de simulation d'intervention en cas de crise sanitaire, spécialement dans les zones frontalières.

IV. Niveau international

123. L'épidémie de maladie à virus Ebola de 2014 est venue mettre à nu de sérieuses failles dans le système international censé permettre d'identifier toutes crises sanitaires provoquées par des maladies transmissibles et d'intervenir en pareil cas. À ce jour, peu nombreux sont les pays qui se sont dotés des principales capacités prescrites par le RSI pour être en mesure d'assurer le suivi des maladies et donner promptement l'alerte en présence de toutes maladies nouvelles. Le mécanisme d'examen du RSI et les moyens mis au service de l'acquisition des principales capacités ne sont pas à la mesure des besoins le monde s'en trouvant ainsi plus vulnérable face aux épidémies. Pourtant, même après que l'on a isolé le virus et reconnu officiellement la flambée d'Ebola, le monde tardera trop à réagir et

le fera à grand-peine ayant dû faire face à d'énormes problèmes de moyens financiers, humains et de coordination.

124. Cela étant, le Groupe considère que le monde doit entreprendre d'urgence de se donner les moyens de détecter rapidement toutes crises sanitaires et d'intervenir en pareil cas, notamment instituer un nouveau mécanisme d'examen du respect des prescriptions du RSI s'agissant de la constitution de principales capacités, renforcer les capacités opérationnelles de l'OMS et pourvoir à une plus grande la cohérence des interventions des organismes des Nations Unies en présence de crises sanitaires.

A. Renforcer le mécanisme d'examen périodique de l'Organisation mondiale de la Santé du respect des prescriptions du Règlement sanitaire international

125. Le Règlement sanitaire international énumère les principales capacités dont tout pays doit se doter pour prévenir les flambées de maladies transmissibles, s'y préparer, les surveiller et les détecter sûrement. S'il est plusieurs explications à ceci que peu nombreux sont les États parties qui satisfont auxdites prescriptions – manque de moyens financiers et techniques ou choix à faire entre diverses priorités sanitaires en présence – le mécanisme de suivi du respect des prescriptions institué par le RSI est inopérant, ses lacunes étant de trois ordres. Tout d'abord, reposant sur la seule auto-évaluation de l'État partie concerné, le rapport rendant compte de l'état de respect des prescriptions du RSI n'est à ce stade soumis à aucun examen véritable. Ensuite, le RSI n'envisage aucune aide financière ou autre aux fins de la mise en place des capacités prescrites. Enfin, il ne prévoit aucune sanction en cas de défaillance.

126. L'instrument juridique qu'est le RSI souffre également de n'être guère connu de nombreux responsables de la santé et du développement. Le Groupe apprendra à l'occasion de ses travaux que plus d'un chef d'État ou de gouvernement ignorent jusqu'à l'existence du Règlement et des obligations qui en résultent et de même que ni les gouvernements, ni leurs partenaires, ni même l'OMS font une place aux prescriptions du RSI dans leurs programmes sanitaires.

127. Dans ce contexte, on retiendra que le respect des normes de qualité de l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) dans le domaine des services vétérinaires fait l'objet d'un contrôle par voie d'évaluations externes indépendantes. Autrement dit, ce contrôle est nettement plus rigoureux que celui dont est justiciable la santé humaine, ce qui est inacceptable.

128. De l'avis du Groupe, vu leur intérêt, le respect des prescriptions du RSI ne saurait s'apprécier sur la seule base d'un mécanisme d'auto-évaluation. Force est d'instituer à cet effet une procédure d'examen plus objective. Aussi le Groupe recommande-t-il d'instituer un mécanisme d'examen périodique du respect desdites prescriptions au sein de l'Assemblée mondiale de la santé, ou d'en confier la mission à une commission spécialement constituée en son sein. Un rapport établi par le secrétariat de l'OMS viendrait compléter toute auto-évaluation annuelle émanée de tel pays, ce dossier d'évaluation devant ensuite faire l'objet de débat au sein de l'Assemblée ou de la commission spéciale, à l'occasion duquel il serait loisible à tout État partie de faire toutes observations, le tout devant déboucher sur un plan d'action chiffré tendant à voir remédier à toutes défaillances.

129. Loin d'être une instance de sanctions, ce mécanisme doit tendre à faire mieux connaître et satisfaire les prescriptions du RSI. Les pays les plus pauvres du monde étant les plus vulnérables aux épidémies, il faudrait en priorité y mettre en place de solides capacités de surveillance. Cependant, le Groupe trouve déraisonnable d'exiger de pays déshérités qu'ils se dotent de systèmes de surveillance et de dépistage précoce coûteux sans leur fournir d'assistance financière ni technique, l'échec des tentatives faites par le passé pour les amener à le faire étant là pour le prouver.

130. Afin de persuader les États parties d'y concourir, il faudrait assortir l'examen périodique d'une garantie d'assistance technique pour permettre à l'État défaillant de remédier à toutes lacunes constatées dans le plan d'action chiffré (voir recommandation 23).

131. En entreprenant de concert avec leurs partenaires de renforcer le régime des principales capacités institué par le RSI à la faveur d'une procédure d'examen, les gouvernements se donneraient sans doute les moyens de satisfaire pleinement aux prescriptions dudit Règlement d'ici à 2020.

132. Qui dit respect des prescriptions du RSI dit sensible amélioration des systèmes de prestations sanitaires. Le Groupe recommande que dès lors que tel pays satisfait aux prescriptions du RSI l'examen doit tendre plus généralement, avec le bénéfice de toutes orientations de l'OMS, à rendre plus fonctionnels ses systèmes dans leur ensemble.

Recommandation 6

L'OMS doit renforcer la procédure d'examen périodique du respect des prescriptions du RSI

- Les États parties doivent, en consultation avec des acteurs non étatiques, fournir par écrit au secrétariat de l'OMS leur évaluation annuelle de l'état d'exécution des prescriptions du RSI.
- Chaque État partie doit être soumis à examen périodique, par roulement tous les quatre ans.
- Aux fins de tout examen, l'OMS doit faire procéder à une évaluation sur le terrain de concert avec toutes autres évaluations en cours.
- Le dossier comportant l'auto-évaluation de l'État partie et celle émanant de l'OMS doit être présenté pour examen à l'Assemblée mondiale de la santé ou à une commission créée en son sein.
- Lors de l'examen, un représentant de haut rang de l'État partie concerné doit être invité à donner son avis sur les deux rapports, les autres membres de l'Assemblée pouvant également faire toutes observations.
- Dans les trois mois suivant la réunion, le secrétariat de l'OMS doit arrêter un plan d'action chiffré à l'intention de l'État partie concerné, après discussions et en faisant application de l'outil d'évaluation des coûts de l'organisation.
- Au vu de l'examen, l'OMS doit établir un rapport public renseignant sur l'état d'exécution des prescriptions du RSI à l'échelle mondiale et arrêter les grandes lignes d'une stratégie d'exécution assortie d'un état des besoins d'assistance internationale.

- Dès lors que tel État partie a pleinement satisfait aux prescriptions du RSI, l'examen périodique doit s'intéresser à son système de soins de santé au sens large, avec le bénéfice de toutes orientations tracées par l'OMS, cette évaluation devant être l'occasion de réexaminer le respect des prescriptions du RSI.

B. Donner à l'Organisation mondiale de la Santé les moyens opérationnels de sa vocation

133. Des investigations du Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires, du Groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola, ainsi que d'autres entités, il ressort que l'on a sérieusement tardé à réagir face à l'épidémie d'Ebola et à la déclarer urgence de santé publique de portée internationale. Au départ, l'OMS ne prend pas toute la mesure de l'ampleur de l'épidémie ni des risques de propagation du virus. Malgré de multiples mises en garde, notamment de la part de Médecins sans frontières, elle continue de minimiser le danger et tarde à qualifier la crise d'urgence de santé publique. Le Groupe estime donc qu'il faut d'urgence donner à l'OMS de bien meilleurs moyens de nature à lui permettre d'entrer en jeu plus rapidement.

134. Des auditions menées par le Groupe, il ressort que plusieurs facteurs ont concouru à expliquer que l'OMS ne soit pas intervenue comme il se devait aux premières heures de l'épidémie d'Ebola et qu'elle ait tardé à la déclarer urgence de santé publique de portée internationale.

135. Premièrement, faute de données fiables, l'OMS et d'autres acteurs sous-estimeront l'ampleur de l'épidémie. Durant les premières phases de la flambée, l'OMS méconnaît ceci que nombreux sont les cas de fièvre hémorragique Ebola non signalés et que les mesures prises sont loin de répondre aux attentes. Ainsi, à la mi-avril 2014, les autorités ne surveillaient que 67 des 390 Guinéens qui ont été en contact avec tel sujet contaminé par le virus Ebola. De plus, à l'époque, on définit le « contact » trop restrictivement, retenant bien souvent les seuls parents proches, alors même que diverses autres personnes mériteraient cette qualification. Le fait que les populations se soient montrées peu enclines à coopérer à toute forme de mobilisation ou à l'intervention contre la maladie et le fait qu'un des pays touchés ait décidé de signaler les seuls cas confirmés en laboratoire viendront encore occulter la gravité de la situation d'urgence. Les intervenants présumeront, à tort, que la flambée « s'épuiserait » au bout de quelques semaines, comme dans le cas des précédentes épidémies, toutes endiguées avant d'avoir contaminé plus de 400 personnes. D'où une certaine désinvolture de la part de l'OMS et d'autres intervenants.

136. Deuxièmement, à cause de récentes coupes budgétaires, l'OMS est moins outillée pour intervenir en cas d'urgence. En effet, les opérations sont financées exclusivement à l'aide de contributions volontaires, qui ont cependant reculé de 500 millions de dollars sous l'effet de la crise financière mondiale. Les fluctuations de taux de change viendront encore accentuer ce recul. Essentiellement libellées au cours du dollar, les ressources de l'organisation auront perdu un tiers de leur valeur depuis 2006. Ce manque à gagner viendra spécialement entamer l'aptitude de l'OMS à pourvoir à toute préparation, surveillance et intervention en cas d'épidémie, ce qui la conduira à réduire ses dépenses de plus de 50 % (469 millions de dollars en 2012/2013 contre 228 millions en 2014/2015) et à procéder à des

compressions d'effectifs au siège et au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, qui a dans sa mission les pays touchés par le virus Ebola. Le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique confiera au Groupe que le budget alloué au Bureau régional avait dû être ramené de 26 millions de dollars en 2010/2011 à 11 millions en 2014/2015, celui-ci ayant dû par suite ramener de 12 à 3 le nombre de ses spécialistes de l'intervention en cas d'urgence.

137. Troisièmement, l'OMS se veut de longue date une organisation technique ayant pour vocation d'établir des normes internationales et d'œuvrer à leur bonne application, et non d'intervenir en cas d'urgence. Même durant l'épidémie d'Ebola, elle s'attêlera principalement à analyser les données épidémiologiques et à conseiller les ministères de la santé.

138. Quatrièmement, le mode de gouvernance complexe de l'OMS ne permet guère de dire quelle unité doit chapeauter les interventions en cas d'urgence. Pour les épidémies de niveau 2 ou plus du cadre d'action d'urgence, c'est au bureau régional concerné qu'est confiée cette mission, le siège étant censé lui apporter un concours en lui envoyant des experts et en prenant diverses mesures. Aux premières heures de la lutte contre Ebola, il n'était pas toujours aisé de savoir qui était chargé de nommer les chefs d'équipe et d'arrêter la configuration et le scénario des déploiements. De manière générale, le Groupe a constaté que le mode de gouvernance de l'OMS, qui ne permet pas au Directeur général de nommer directement les directeurs régionaux, est de nature à nuire à son aptitude à arrêter toute stratégie et à exercer un droit de regard sur ce que font les fonctionnaires du secrétariat de l'OMS. Le Groupe apprendra qu'il n'est pas organisé de statut général des directeurs régionaux. L'OMS doit se donner une organisation hiérarchique plus simple, semblable à celle d'autres institutions internationales, qui vienne organiser la tutelle directe du chef de secrétariat sur tous les rouages de l'organisation. Cette simplification ne peut se concevoir que si le Directeur général exerce un contrôle direct sur le budget et le personnel du secrétariat.

139. Cinquièmement, l'OMS a été attentif à ceci que les Gouvernements des pays touchés craignaient que déclarer qu'il y a épidémie n'ait des répercussions néfastes sur leurs économies respectives. Or, si le RSI prescrit l'organisation de consultations entre l'OMS et les pays touchés avant toute déclaration d'urgence de santé publique de portée internationale, rien n'y indique que lesdits pays doivent consentir à cette déclaration. La réticence des gouvernements des pays touchés par Ebola à reconnaître que l'épidémie constituait une urgence de santé publique vient expliquer essentiellement que l'OMS ait tardé à constituer un comité d'urgence et à déclarer l'urgence de santé publique. Il ressort – dit-on – de communications adressées au Directeur général par de hauts fonctionnaires de l'OMS que le fait d'invoquer le RSI pour déclarer toute urgence de santé publique de portée internationale pourrait être regardé comme une manifestation d'hostilité et nuire à la collaboration entre l'OMS et les pays touchés.

140. D'autres considérations d'ordre politique viendraient également expliquer les attermoissements de l'OMS. En 2009, l'organisation sera vivement critiquée pour avoir décrété, sur la foi d'informations préliminaires lui prêtant un caractère pathogène, que la pandémie de grippe qui sévissait cette année-là constituait une urgence de santé publique de portée internationale, car il s'avérera que le virus n'était pas hautement pathogène pour la plupart des groupes de population. En outre, début 2014, l'OMS était déjà en campagne contre plusieurs épidémies et

situations d'urgence mettant sérieusement à contribution ses ressources financières et humaines, dont une flambée de MERS-CoV en Arabie saoudite, une nouvelle vague de grippe aviaire A en Chine, une épidémie de poliomyélite en République arabe syrienne en guerre, et des crises sanitaires nées des conflits en République centrafricaine et au Soudan du Sud. Étant donné les conséquences de son intervention tardive face à l'épidémie d'Ebola, force est à l'OMS de concilier l'impératif de dissiper les inquiétudes de ses États membres et le respect des obligations inhérentes à sa qualité d'autorité mondiale en matière de santé publique. S'il avait pu exercer pleinement son autorité, le Directeur général aurait pu déclarer l'urgence de santé publique de portée internationale plus tôt.

141. Sous l'effet conjugué des facteurs susmentionnés, les premières mesures prises par l'OMS se révéleront insuffisantes et elle tardera à déclarer l'urgence de santé publique de portée internationale jusqu'au 8 août 2014, laissant le temps au virus de contaminer plus de 1 600 personnes.

142. De plus, même après que l'on a déclaré l'urgence de santé publique et que la communauté internationale a mesuré l'ampleur de la crise, l'intervention de cette dernière pâtira de carences opérationnelles et de coordination.

143. Premièrement, malgré les multiples annonces de contributions consécutives à la déclaration de l'urgence de santé publique de portée internationale et la vaste médiatisation dont elle sera l'objet de par le monde, l'aide internationale se fera attendre. Et si les promesses de dons sont généreuses, il faut souvent attendre plusieurs semaines pour voir débloquer les fonds. Le flou entourant les besoins, les responsabilités et les rapports hiérarchiques dans chacun des pays touchés viendra ajouter à ce retard.

144. Deuxièmement, il n'y a pas assez d'intervenants médicaux qualifiés. Plusieurs d'entre eux diront que le principal obstacle aux interventions aura été le manque non pas tant de moyens financiers que de personnel. Il n'y avait pas assez de médecins vétérans de la lutte contre le virus à qui confier la gestion des centres de traitement Ebola dans les trois pays touchés. Les équipes médicales étrangères, y compris africaines, offrent les services de médecins qualifiés, mais ces derniers doivent pour la plupart être formés à la gestion de centres de traitement. Selon certains organismes des Nations Unies et ONG, même le personnel non médical est réticent à être affecté dans les pays touchés par Ebola, certains allant jusqu'à décliner toutes offres d'affectation. De nombreux intervenants verront dans l'absence de garantie d'évacuation sanitaire pour le personnel un très net facteur de dissuasion. De même, les capacités des institutions partenaires du Réseau mondial d'alerte et d'intervention en cas d'épidémie, groupement d'institutions de santé publique qui dispose d'épidémiologistes expérimentés et d'autres travailleurs mobilisables pour de courtes périodes en cas de flambée, ne permettent pas de répondre pleinement à la demande de personnel de terrain. Même le secrétariat de l'OMS peinera à déployer assez d'hommes en Afrique de l'Ouest. Lorsque l'épidémie d'Ebola se déclare, l'OMS lutte déjà sur plusieurs fronts, notamment contre trois urgences d'ordre humanitaire de niveau 3 et d'autres flambées. Elle mettra plusieurs mois à renforcer sensiblement ses effectifs, et nombre de ses intervenants internationaux ne seront déployés que pendant de courtes périodes, d'où le taux élevé de rotation du personnel.

145. Troisièmement, l'épidémie d'Ebola est venue mettre en évidence ceci que l'OMS n'avait pas les moyens opérationnels de sa vocation. Même après qu'elle a

pris la mesure de la multiplication des besoins en ressources, les textes internes de l'organisation gouvernant les ressources humaines, les procédures d'achats et de financement viendront mettre à mal le déploiement de personnel et d'équipements. Au surplus, les interventions de l'OMS en cas d'urgence qui sont financées exclusivement au moyen de contributions volontaires exigent de lancer rapidement des appels de fonds. La petite équipe d'appui opérationnel du Réseau mondial d'alerte et d'intervention en cas d'épidémie de l'OMS sera également submergée par les demandes de déploiements rapides.

146. Quatrièmement, il n'est pas toujours facile de se procurer certaines fournitures médicales essentielles, dont des équipements de protection individuelle (combinaisons, gants, mais aussi voitures, motocyclettes (pour routes impraticables), tentes, lits, etc.). De plus, les fermetures unilatérales de frontières et restrictions frappant le commerce et les déplacements viennent entraver l'acheminement d'équipements vers les pays touchés. En outre, plusieurs compagnies aériennes ayant suspendu leurs vols commerciaux vers les pays touchés, il faut recourir à une logistique humanitaire spéciale. Il sera plus difficile encore d'assurer le déploiement de ressources à l'intérieur des pays touchés où, faute de routes praticables, les intervenants doivent bien souvent utiliser des hélicoptères. Le transport d'échantillons de laboratoire sera également d'autant plus délicat qu'ils sont hautement contagieux.

147. Cinquièmement, les intervenants n'ont pas toujours les compétences requises ni ne connaissent assez le virus pour enrayer une épidémie de cette ampleur. Peu nombreux sont ceux qui ont l'expérience de la lutte contre une flambée d'Ebola, et les normes et directives en matière de répartition des ressources entre centres de santé et intervenants font défaut. Même les pays dotés de systèmes de santé très développés n'ont pas arrêté de protocoles de prévention et de maîtrise des infections efficaces contre Ebola. À cela, il faut ajouter un autre problème. Les autorités compétentes ne savent pas comment organiser au mieux la lutte contre une épidémie qui, ayant déjà atteint trois pays, continue de gagner du terrain. Comme on met plusieurs semaines à ouvrir des centres de traitement et des laboratoires, force est de planifier toutes opérations sur la base de projections de diffusion du virus et de les ajuster régulièrement au gré de l'évolution de la situation. Fin septembre 2014, une étude menée par les centres américains de prévention et de contrôle des maladies prédit plus de 1,4 million de cas d'Ebola dans les trois pays touchés d'ici à janvier 2015. Toutefois, à la faveur de l'évolution des mentalités chez les populations et de mesures sanitaires efficaces, on parviendra à juguler la flambée avant qu'elle atteigne les proportions initialement prévues.

148. Cela étant, le Groupe recommande de donner à l'OMS les moyens d'intervenir véritablement en cas d'urgence. Il faut donner à son secrétariat les moyens et l'autorité nécessaires pour lui permettre de s'acquitter de la mission de chef de file qu'il tient de ses États membres. Comme il ressort de son acte constitutif, l'Organisation mondiale de la Santé a pour mission d'agir en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international; d'établir et de maintenir une collaboration effective avec les Nations Unies, les institutions spécialisées, les administrations gouvernementales de la santé, les groupes professionnels, ainsi que telles autres organisations qui paraîtraient indiquées; d'aider les gouvernements, sur leur demande, à renforcer leurs services de santé; de fournir l'assistance technique appropriée et, dans les cas d'urgence, l'aide nécessaire, à la requête des gouvernements ou sur leur acceptation.

149. En cas de flambée de maladie transmissible, le monde attend de l’OMS qu’elle coordonne l’action de la communauté internationale. Or, à ce jour, elle ne s’est pas dotée des moyens opérationnels exigés pour sa mission. Comme il est dit plus haut, cette lacune s’explique en partie par les traditions de l’OMS, dont celle d’une organisation à vocation normative. En outre, l’organisation n’a pas reçu de ses États membres le soutien dont elle a besoin.

150. Le Groupe prend note des réformes entreprises par le Directeur général de l’OMS depuis la session de janvier 2015 du Conseil d’administration, dont la création du Programme d’action en cas de flambées et de situations d’urgence dirigé par un directeur exécutif ayant rang de directeur général adjoint. Tout en se félicitant de ces initiatives, le Groupe souligne qu’il importe de réunir les moyens opérationnels de l’OMS sous un même toit hiérarchique et la même tutelle. À cette fin, la proposition du Groupe chargé de l’évaluation intérimaire de la riposte à Ebola tendant à voir créer un « centre » répond mieux aux attentes que le programme proposé par l’OMS. Aussi le Groupe recommande-t-il de créer un centre de préparation et d’intervention en cas d’urgence.

151. Le centre de l’OMS pour la préparation aux situations d’urgence et l’organisation des secours doit comprendre un mécanisme de surveillance à l’échelle mondiale ainsi qu’une base de données publique qui collecterait des informations sur tous les événements de santé inhabituels à la fois à la faveur d’une procédure formelle de notification et d’autres sources, ces informations devant être accessibles à tous.

152. Le centre doit être doté de moyens opérationnels non négligeables, dont des ressources humaines rapidement mobilisables en cas de crise sanitaire, notamment du personnel médical et d’autres intervenants. Il faudrait également élargir et étoffer les mécanismes existants comme le Réseau mondial d’alerte et d’intervention en cas d’épidémie et les équipes médicales étrangères. Dans ce contexte, le Groupe salue l’initiative prise par le Directeur général de créer une unité de ressources humaines mondiales pour l’action sanitaire d’urgence et demande de la mettre rapidement en place. Il faudra donner au personnel recruté à cette fin une formation de base aux interventions en cas d’urgence et à la prévention et à la maîtrise des infections. Ainsi, en cas d’épidémie de maladie transmissible, les agents seront rapidement mobilisables au terme d’une courte formation d’appoint sur la maladie en question. Pour faciliter les déploiements, le centre doit pourvoir à l’évacuation médicale du personnel de terrain. Aux mêmes fins, il doit également simplifier ses procédures administratives.

153. Parallèlement, le centre doit acquérir, selon les besoins, tous équipements essentiels d’intervention en cas d’urgence et les entreposer en des lieux stratégiques, et nouer des partenariats avec des prestataires de services logistiques, le but étant de concourir au déploiement rapide d’intervenants et d’équipements essentiels.

154. Le centre doit également arrêter des plans et protocoles opérationnels d’intervention en cas de crise sanitaire et piloter toutes interventions sanitaires par l’intermédiaire du module sectoriel Santé. Si une crise sanitaire dégénère en urgence humanitaire, le centre doit jouer un rôle central dans la coordination de toute intervention interinstitutions (voir recommandation 8).

155. Le centre doit avoir pour mission première de détecter rapidement toutes épidémies de maladies transmissibles et de coordonner, en partenariat avec les

gouvernements des pays concernés, toutes interventions rapides de nature à permettre d'endiguer la flambée avant qu'elle n'évolue en urgence de santé publique de portée internationale. Les États membres et partenaires de l'OMS doivent s'associer à cette entreprise en soutenant l'intervention d'urgence avant même que l'épidémie ne constitue une urgence de santé publique. Par ailleurs, le centre doit être doté d'effectifs et de matériel adaptés, et être financé par des quotes-parts. Pour pouvoir exploiter rapidement toutes ressources nécessaires à l'appui de toute intervention, le centre doit pouvoir gérer le fonds de réserve de l'OMS pour les situations d'urgence, et en bénéficier, même si les ressources du fonds doivent également être mises à la disposition d'autres intervenants sanitaires. Le centre doit également avoir accès, si besoin est, au mécanisme de financement d'urgence pour la lutte contre les pandémies de la Banque mondiale.

156. En cas de flambée, le centre doit également avoir pour mission de déterminer si les contre-mesures médicales mises en œuvre (diagnostics, médicaments, ou vaccins, etc.) nécessitent un effort de recherche-développement accéléré, et coordonner, en étroite collaboration avec le département de l'OMS compétent, toutes mesures d'appui à ces recherches.

157. Le centre doit être piloté par un conseil consultatif composé de représentants d'autres organismes d'intervention en cas d'urgence des Nations Unies, de gouvernements, d'ONG à vocation sanitaire et d'autres partenaires institutionnels, le but étant de susciter la contribution du plus grand nombre aux évaluations de situation établies par le centre, et de prévenir toutes erreurs d'appréciation et l'ingérence politique. Les membres du conseil consultatif doivent avoir accès aux données de surveillance de l'OMS et formuler un avis sur les évaluations et interventions du centre.

158. Même si le Groupe avait pour mission de s'intéresser aux situations d'urgence liées aux crises sanitaires, divers interlocuteurs lui ont dit souhaiter voir renforcer le pouvoir de décision du module sectoriel Santé lors des interventions d'urgence d'ordre humanitaire de l'OMS, l'objectif étant de le rendre plus ouvert et autonome dans ses opérations de coordination. La création du centre doit donc venir conférer plus d'ouverture et d'indépendance à un module sectoriel Santé renforcé.

Recommandation 7

L'OMS doit immédiatement renforcer sa direction et se doter de moyens opérationnels efficaces unifiés sous un même toit

- Notant que l'OMS a créé le Programme pour la gestion des épidémies et des situations d'urgence, mais sachant l'intérêt d'une tutelle unifiée, le Groupe propose de transformer ledit programme en un centre de préparation et d'intervention en cas d'urgence doté d'un pouvoir de tutelle.
- Ce centre doit être l'organe central de tutelle en cas d'urgence sanitaire. Il doit disposer d'un financement et d'effectifs suffisants, et relever d'une hiérarchie bien définie au sein de l'organisation.
- Il faut instituer un conseil consultatif qui viendrait orienter le centre dans ses activités. Composé de représentants des organismes des Nations Unies, de gouvernements, d'ONG et de partenaires institutionnels, ce conseil viendrait susciter une démarche multisectorielle.

- En cas de crise sanitaire, le centre doit piloter l'intervention du module sectoriel Santé et coopérer étroitement avec les gouvernements et les autres acteurs.
- Le centre doit comprendre une unité de gestion du déploiement des effectifs incluant le Réseau mondial d'alerte et d'intervention en cas d'épidémie et les équipes médicales étrangères, ayant pour vocation de coordonner les ressources humaines mondiales pour l'action sanitaire d'urgence, et donc de déployer des experts et des équipes médicales étrangères, selon les besoins.
- Le centre doit arrêter un protocole transparent de déclenchement immédiat de toute intervention en cas d'épidémie et susciter une action politique en présence de toutes entraves à l'action internationale.
- Le centre doit également être doté d'une base de données d'accès ouvert qui collecte, gère et analyse des données publiques sur les flambées dans le monde, ces données devant être promptement mises à la disposition du public.
- Le centre doit gérer le fonds de réserve de l'OMS et avoir accès au mécanisme de financement d'urgence pour la lutte contre les pandémies.
- En cas de crise sanitaire, le centre doit collaborer étroitement avec le Groupe Systèmes de santé et innovation en matière de recherche-développement.
- En collaboration avec le CPI, le centre doit arrêter toutes consignes nécessaires à l'intention des acteurs humanitaires en cas de crises sanitaires.

C. Renforcer la coordination des interventions au sein du système des Nations Unies pour une action mondiale en présence de toutes crises sanitaires

159. Outre les défaillances de l'OMS, l'épidémie d'Ebola est venue mettre au jour le défaut de cohérence et de coordination des actions au sein du système des Nations Unies.

160. Premièrement, le système des Nations Unies ne s'est pas doté de mécanisme interinstitutions propre à lui permettre de faire face à des crises sanitaires aux conséquences multidimensionnelles. Administré par le Bureau de la coordination des affaires humanitaires, le système de responsabilité sectorielle du CPI est généralement mis en branle en présence de crises humanitaires d'envergure. On envisagera de le faire jouer en 2014 à l'occasion avant d'en écarter la solution et ce, pour plusieurs raisons, tenant notamment en ceci que l'on voit au départ dans l'épidémie d'Ebola une crise sanitaire et non humanitaire, surtout que l'OMS prendra dans un premier temps le parti de ne pas évoquer la question devant les membres du Comité permanent (chefs de secrétariat des organismes). En outre, le nombre de sujets infectés durant les premiers jours de la crise est relativement peu élevé par rapport à celui de cas enregistrés à l'occasion d'autres crises humanitaires.

161. Le Directeur général de l'OMS exposera pour la première fois la situation devant le CPI lors d'une réunion tenue en août 2014. Les membres du Comité sont alors d'avis que, en tant qu'organisme chef de file dans le domaine de la santé, l'OMS doit prendre la tête des opérations et on décide de ne pas passer à la vitesse supérieure. Toutefois, l'OMS, ayant trop tardé à agir et notamment à déployer ses

effectifs, on sera amené à douter de son aptitude à prendre la direction des opérations pour faire face à la crise. Ensuite, cette dernière prenant de l'ampleur, il apparaîtra que loin d'être circonscrite au domaine de la santé, elle soulève également d'autres problèmes dont ceux de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène pour tous (WASH), de l'éducation et de la sécurité alimentaire, et que l'OMS n'a ainsi pas les moyens de coordonner, à elle seule, l'ensemble des interventions nécessaires. Les membres du Comité permanent et d'autres intervenants concluront également que, étant donné la vitesse à laquelle l'épidémie évolue, il faudrait mettre en place un solide mécanisme d'intervention dirigé par un élément capable d'exercer une tutelle et une autorité directes sur les opérations, cette mission étant fort différente de celle assignée au système de responsabilité sectorielle du CPI.

162. La réaction se faisant attendre et l'épidémie progressant bien plus rapidement que toutes tentatives pour la maîtriser, on se rend compte qu'une plus grande mobilisation s'impose d'urgence. Le 17 septembre 2014, s'étant entretenu avec le Directeur général de l'OMS, le Secrétaire général fait part de son intention de mettre immédiatement sur pied une Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (MINUAUCE), la première mission d'urgence sanitaire de l'histoire de l'Organisation des Nations Unies. L'Assemblée générale accueille cette proposition avec satisfaction dans sa résolution 69/1, du 19 septembre 2014.

163. Le Groupe apprendra lors de ses consultations que la création de la MINUAUCE, sous la direction du Secrétaire général lui-même, est venue contribuer puissamment à attirer l'attention du monde entier sur la crise de l'Ebola et à encourager les gouvernements, les organismes des Nations Unies et d'autres acteurs à commencer à voir dans la crise une situation d'urgence. Si la plupart des interventions opérationnelles de l'ONU continuent d'être mises en œuvre par des organismes chefs de file, notamment la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Programme alimentaire mondial (PAM) et l'OMS, la MINUAUCE aidera néanmoins à mettre en place une plateforme opérationnelle commune pour la lutte contre l'Ebola. Dans les pays touchés par l'épidémie, on reconnaîtra aux responsables de la gestion de la crise de l'Ebola au niveau national de la MINUAUCE le mérite d'avoir su réunir les acteurs et les partenaires au niveau national, activer tous leviers politiques et dégager une approche inclusive aux mains des pays concernés. La MINUAUCE aura également apporté à cette entreprise une oh combien nécessaire perspective régionale maintes fois réclamée, qui viendra permettre de redéployer, d'un pays à l'autre, les moyens d'intervention à sa disposition. Par ailleurs, on considère que l'appui logistique fourni par le PAM sous la coordination de la MINUAUCE aura été décisif dans la lutte contre la crise.

164. Toutefois, le Groupe entendra également diverses critiques adressées à la MINUAUCE. Plusieurs intervenants diront que cette dernière aura mis beaucoup de temps à devenir pleinement opérationnelle et à assumer sa vocation de coordinatrice. Elle aurait notamment eu du mal à déployer promptement des personnels spécialisés, en nombres suffisants. On a également reproché à la Mission, en tant que nouvelle entité venue se greffer sur une intervention déjà en cours, de n'avoir pas suffisamment fait fond sur les mécanismes, dispositifs et compétences onusiens ou nationaux déjà sur place. On lui reconnaîtra cependant le mérite surtout d'avoir su fort efficacement cultiver la solidarité et favoriser l'esprit

d'équipe en matière de coordination, à l'exemple d'un coordonnateur de l'action humanitaire doté des moyens de sa mission. De plus, quelques intervenants ont fait remarquer que pour avoir établi son quartier général au Ghana et n'avoir pas marqué sa présence sur le terrain dans les pays touchés, la Mission a remis en cause sa propre aptitude à coordonner une intervention efficace. D'autres interlocuteurs diront, quant à eux, n'avoir eu aucun contact avec la MINUAUCE. Toutefois, on comprend que la Mission ait choisi de s'établir hors des pays touchés si l'on en juge par des prévisions de départ de la progression de la maladie et les restrictions imposées aux déplacements dans la région.

165. De l'avis du Groupe, en mettant sur pied la MINUAUCE, le Secrétaire général aura puissamment contribué à renforcer l'intervention mondiale face au virus Ebola au plus fort de la crise. Toutefois, la création de cette mission est également venue mettre en évidence les difficultés inhérentes à la mise en place d'un nouveau mécanisme de coordination en plein milieu d'une crise et la nécessité de faire fond sur tous mécanismes de coordination préexistants ou préalablement convenus, tels que le système de responsabilité sectorielle du Comité permanent interorganisations, pour y faire face, sauf à adapter ces mécanismes à la nature de la crise, s'il y a lieu.

166. Ayant mis sur pied la MINUAUCE, le Secrétaire général désignera par ailleurs un Envoyé spécial du Secrétaire général pour l'Ebola ayant pour mission d'arrêter la stratégie et les grandes orientations de la lutte contre le virus et de susciter une plus grande solidarité de la part des donateurs internationaux. Le Groupe apprendra à l'occasion de ses travaux que l'Envoyé spécial avait grandement contribué à définir les besoins financiers, collecter des fonds aux fins de la lutte contre Ebola et faciliter une coordination périodique entre les intervenants internationaux dans le monde entier. La nomination de l'Envoyé spécial aura en outre aidé à capter l'attention des dirigeants politiques.

167. L'objectif étant d'organiser une intervention solide et bien coordonnée à l'échelle du système lors de crises sanitaires futures, le Groupe recommande de définir clairement tous rapports hiérarchiques et protocoles censés régir la collaboration entre les organismes des Nations Unies. Il estime en particulier que les mesures énumérées ci-après vont dans le sens d'une plus grande cohérence.

168. Il faudrait, dans la mesure du possible, faire appel au système de responsabilité sectorielle du CPI pour assurer la coordination entre les institutions dans les situations d'urgence, y compris en présence de crises nées d'épidémies de maladies transmissibles. S'il surgit – c'est souvent le cas – quelque épidémie de maladie transmissible à la faveur de tel conflit ou telle catastrophe naturelle, il faudrait donner mission au système de responsabilité sectorielle de gérer les interventions sanitaires, sous la direction de l'OMS, quitte à ce qu'il rende compte à un coordonnateur de l'assistance humanitaire nommé par le Secrétaire général.

169. Il se peut cependant que telle crise sanitaire soit à l'origine d'une urgence d'ordre humanitaire, dans le cas d'une pandémie grippale, par exemple. Comme l'intervention sanitaire doit en pareil cas conditionner la riposte générale face à la crise, le Comité souhaitera peut-être confier la direction générale de l'intervention interinstitutions à l'OMS, agissant par l'intermédiaire du système de responsabilité sectorielle. En pareil cas, le Secrétaire général devrait nommer le Directeur exécutif du centre OMS pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence Coordonnateur d'urgence, ce qui permettrait au centre de superviser les

interventions sanitaires directes en tant que chef de file sectoriel pour la santé, et comme coordonnateur général de l'intervention humanitaire dans son ensemble.

170. Le Groupe recommande également que le Comité permanent réévalue le système de responsabilité sectorielle, le but étant d'en renforcer l'efficacité et de lui donner les moyens de sa vocation de mécanisme de coordination d'urgence, en particulier en présence de crises sanitaires.

171. L'objectif étant de susciter une mobilisation politique mondiale et une solidarité au-delà du secteur de la santé, le Groupe recommande en outre qu'en présence de crises telles que celle du virus Ebola, le Directeur général de l'OMS rende officiellement et périodiquement compte au Secrétaire général de l'ONU de la gestion de la crise, l'idée étant de permettre à ce dernier de mettre ses bons offices au service de l'action mondiale.

Recommandation 8

Il faudrait, en présence de telle épidémie de niveau 2 ou 3 non encore déclarée urgence humanitaire, organiser un ordre hiérarchique bien défini dans l'ensemble du système des Nations Unies

- Le Directeur général de l'OMS doit faire rapport au Secrétaire général de l'Organisation des Nations sur toutes actions entreprises.
- Le Directeur régional de l'OMS doit faire directement rapport au Directeur exécutif du centre OMS dans l'intérêt de la cohérence des actions de l'ensemble du système.
- Le Secrétaire général doit désigner le Directeur exécutif du centre Coordonnateur d'urgence chargé de piloter l'intervention interinstitutionnelle, s'il y a lieu.
- L'OMS étant l'organisme opérationnel chef de file en matière de santé en cas de crise, le Secrétaire général doit donner au système de responsabilité sectorielle du Comité permanent tous moyens nécessaires pour épauler le Coordonnateur d'urgence dans la gestion de toute intervention interinstitutions, si nécessaire.
- Il faut revoir la mission du Comité permanent, y compris le système de responsabilité sectorielle, le but étant de le rendre plus solide, plus fiable et mieux organisé et de lui donner les moyens de faire face à toutes crises sanitaires.

172. L'épidémie d'Ebola est également venue mettre en évidence ceci que les catégories d'urgence définies dans les secteurs sanitaire et humanitaire sont incohérentes et susceptibles de malentendus. Ainsi, l'OMS divise les pandémies en six catégories, selon leur ampleur et leurs modes de transmission. De même, le dispositif d'intervention d'urgence de l'OMS consacre trois niveaux d'urgence sanitaire, chacun emportant des responsabilités bien spécifiées. Toujours en ce qui concerne l'OMS, le Règlement sanitaire international l'autorise à déclarer l'état d'urgence de santé publique de portée internationale. En ce qui concerne le secteur humanitaire, la grille de classification des situations d'urgence du Comité permanent comporte également trois catégories, chacune appelant un niveau d'intervention différent. La méconnaissance du mode de fonctionnement des quatre systèmes, ajoutée au flou terminologique, expliquera bien de malentendus entre les

secteurs sanitaire et humanitaire aux premières heures de l'intervention face à la crise de l'Ebola. Aussi le Groupe est-il d'avis qu'il faut s'efforcer d'harmoniser les différents systèmes de classification des situations d'urgence. Les situations d'urgence sanitaire du niveau 2 ou 3 du dispositif d'intervention d'urgence de l'OMS, en particulier, doivent en toute circonstance déclencher automatiquement une évaluation interinstitutions des conséquences humanitaires potentielles.

Recommandation 9

Le Secrétaire général doit entreprendre d'intégrer les systèmes permettant de déclencher l'évaluation de toutes crises sanitaire et humanitaire

- Avec effet immédiat, toute crise sanitaire des niveaux 2 ou 3 du dispositif d'intervention d'urgence de l'OMS doit automatiquement déclencher une évaluation interinstitutions multisectorielle.

V. Lacunes interdisciplinaires

173. Outre les carences de la préparation et de l'organisation d'interventions en présence de situations de crise qu'il a constatées aux niveaux national, régional et international, le Groupe a également relevé un certain nombre de lacunes interdisciplinaires majeures auxquelles il faut remédier, l'objectif étant de renforcer la mobilisation internationale en présence de toutes crises sanitaires.

A. Développement et santé

174. Le présent rapport revient sans cesse sur ce constat que les pays les plus touchés par des maladies transmissibles doivent faire face à toute une série de difficultés qui vont bien au-delà du seul domaine de la santé. En 2014, les trois pays les plus touchés par l'épidémie d'Ebola venaient de sortir d'un conflit. Le Libéria et la Sierra Leone sont sortis fragilisés de plus de 10 ans de guerre civile, la Guinée ayant de son côté connu de graves tensions politiques et des troubles civils en 2008. En outre, ces trois pays sont au nombre des 48 pays les moins avancés, aux côtés de 31 autres pays d'Afrique, 9 pays d'Asie, 4 pays d'Océanie et 1 pays des Amériques. La RDC et l'Ouganda, qui ont toutes deux connu des flambées d'Ebola dans le passé, font également partie de ce groupe. En 2014, le produit intérieur brut par habitant de la Guinée, du Libéria et de la Sierra Leone est respectivement de 540 dollars, 458 dollars et 766 dollars, ces trois pays se retrouvant ainsi sur la liste des 20 pays les plus pauvres pour lesquels on disposait de données. De plus, ces moyennes cachent de grandes disparités de revenus. En Guinée, 35 % de la population vit sous le seuil de pauvreté absolue⁶ (2012). Au Libéria et en Sierra Leone, ce chiffre s'élève à 69 % (2007) et 52 % (2011), respectivement.

175. Outre le faible niveau de leurs indicateurs économiques, ces pays souffrent également d'un manque d'infrastructures et de services sociaux. Plus de 30 % de la population rurale n'a pas accès à l'eau potable, et 4 personnes sur 5 n'ont pas accès à des installations sanitaires de base. Un tiers des enfants de moins de 5 ans

⁶ La pauvreté absolue est définie comme le fait de devoir vivre avec moins de 1,90 dollars par jour aux prix de 2011 (parité de pouvoir d'achat).

souffrent d'un retard de croissance à cause de la sous-alimentation. Plus de 30 % des enfants n'achèvent pas leurs études primaires et moins de la moitié des adultes sont alphabétisés. Comme il est dit plus haut, très peu nombreux sont ceux qui ont accès à des soins de santé de qualité dans ces trois pays. Étant donné cette situation déplorable, l'espérance de vie moyenne pour la génération actuelle est de 60 ans au Libéria et de 50 ans en Sierra Leone.

176. S'il peut surgir de dangereux agents pathogènes nouveaux dans n'importe quel pays du monde, les mauvaises conditions de vie font que les pays en développement sont souvent particulièrement exposés au risque de voir apparaître des épidémies de maladies transmissibles. L'urbanisation et la production agricole empiètent souvent largement sur l'habitat naturel des animaux, exposant ainsi les populations à des risques de zoonoses.

177. Une fois qu'une maladie apparaît, le manque d'installations sanitaires de base, la précarité des systèmes de santé et la vulnérabilité des populations concourent à accélérer dangereusement sa propagation. Les mesures préventives de base, tels que la vaccination des enfants, des consultations médicales régulières et la diffusion de consignes d'hygiène, sont hors de portée pour une grande partie de la population, en particulier dans les zones rurales. De même, le manque de personnel médical qualifié, de matériel de base et de produits pharmaceutiques rendent mortelles de nombreuses maladies dont on pourrait autrement guérir. Comme la flambée du virus Ebola de 2014 est venue le démontrer, ces conditions ont également pour effet de multiplier le risque de contamination dans les établissements de soins et d'entraver toute intervention efficace face à l'épidémie.

178. Si elle les expose encore plus aux dangers des maladies transmissibles, la pauvreté et son cortège de difficultés empêchent également les pays les moins avancés de se doter de systèmes de santé efficaces et adaptés. Le Groupe a été informé que dans les trois pays les plus touchés par l'épidémie d'Ebola, bien moins de 15 % des dépenses publiques étaient allouées à la santé, en dépit de l'engagement résultant de la Déclaration d'Abuja. De même, les dépenses publiques annuelles de santé par habitant représentent moins d'un cinquième du montant minimum recommandé pour les soins de santé primaires. Nombre de pays se sont, plus d'une fois, engagés à atteindre toute une série d'objectifs ambitieux en matière d'affectation de fonds au secteur santé; à ce jour, seul un petit nombre de pays y accordent plus que le minimum recommandé par habitant. Le Groupe exhorte tous les pays à revoir leurs priorités budgétaires, l'objectif étant d'accroître la part du budget national allouée à la santé pour atteindre le minimum recommandé, ce qui les aidera également à se doter des principales capacités prescrites par le Règlement sanitaire international. Cependant, nombre de pays en développement devront compter sur une aide substantielle de la part de leurs partenaires pour renforcer leur système de santé.

1. Réalisation des objectifs de développement durable

179. Au Sommet des Nations Unies consacré à l'adoption du programme de développement pour l'après-2015, la communauté internationale s'est engagée à réaliser 17 objectifs de développement durable et 169 cibles, dont plusieurs intéressent le domaine de la santé (voir résolution 70/1 de l'Assemblée générale). Plus précisément, les chefs d'État et de gouvernement se sont engagés à :

- « D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles » (objectif 3.3);
- « Renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux » (objectif 3.d);
- « Appuyer la recherche et la mise au point de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement, donner accès, à un coût abordable, à des médicaments et vaccins essentiels, conformément à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, qui réaffirme le droit qu'ont les pays en développement de tirer pleinement parti des dispositions de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce relatives à la marge de manœuvre nécessaire pour protéger la santé publique et, en particulier, assurer l'accès universel aux médicaments » (objectif 3.b).

S'agissant du renforcement des systèmes de santé, les chefs d'État et de gouvernement se sont donnés pour objectifs de développement durable les suivants :

- « Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable » (objectif 3.8);
- « Accroître considérablement le budget de la santé et le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et les petits États insulaires en développement » (objectif 3.c).

180. Cela étant, le Groupe demande instamment à tous les États Membres de réaliser les objectifs de développement durable, en particulier dans le domaine de la santé. Relevant que le risque de crises sanitaires résultant de maladies transmissibles est consacré dans l'objectif 3.3, il demande instamment aux États Membres de faire une place à l'examen du respect des prescriptions du Règlement sanitaire international à l'occasion du suivi et de l'évaluation de l'exécution desdits objectifs, en tant qu'éléments clefs de la prévention de toutes épidémies de maladies transmissibles.

Recommandation 10

La communauté internationale doit tenir ses engagements dans l'intérêt de la réalisation des objectifs de développement durable, en privilégiant ceux qui intéressent le domaine de la santé

- La Commission de statistique devrait, à l'occasion de ses travaux sur les indicateurs relatifs aux objectifs de développement durable, envisager d'ériger le respect des prescriptions du Règlement sanitaire international et le renforcement des systèmes de santé dans leur ensemble en indicateurs de réalisation des objectifs de développement durable en matière de santé.

2. Renforcement des systèmes de santé

181. Voici maintenant quatre ans que l'aide internationale au développement destinée à la santé s'établit aux alentours de 35 milliards de dollars par an. Toutefois, l'essentiel de ces ressources est consacré à des programmes verticaux qui privilégient des indicateurs de santé bien déterminés. Ces programmes évoluent souvent parallèlement au système de santé publique et, dans certains cas, mettent en place de nouvelles infrastructures de soins à grands frais. S'il est vrai que ces programmes peuvent aider grandement à atteindre tels ou tels objectifs spécifiques (réduction de la mortalité maternelle et post-infantile ou accès des séropositifs à des traitements antirétroviraux, etc.), le champ en est circonscrit à tel ou tel domaine précis et n'a généralement guère d'effets bénéfiques sur le système de soins de santé global. De plus, en offrant de meilleurs salaires et un meilleur cadre de travail, les programmes sanitaires verticaux mettent souvent à mal les systèmes de santé publics, en attirant le personnel qualifié.

182. Dans ce contexte, consacrer une plus grande part des financements nationaux et internationaux au renforcement des systèmes de santé pourrait procurer des avantages annexes d'intérêt plus général, notamment en matière de collecte de statistiques sanitaires (y compris l'enregistrement des naissances et des décès), de renforcement des campagnes de vaccination et l'organisation d'un suivi plus complet des patients. Cela étant, le Groupe considère que les partenaires doivent consacrer une plus grande fraction de leur aide publique au développement (APD) au renforcement des systèmes de santé.

183. Pour renforcer efficacement les systèmes de santé, il faudrait qu'une plus grande part de l'aide destinée à la santé par les partenaires soit acheminée par l'intermédiaire des autorités nationales, celles-ci étant l'entité la mieux placée pour coordonner la mise en place de systèmes de soins de santé publics. Les chiffres exacts du soutien budgétaire sont difficiles à obtenir, mais il ressort des données disponibles qu'à ce jour, environ deux tiers de l'aide au développement destinée aux programmes de santé aura été allouée à des programmes verticaux, ce qui ne laisse guère de moyens aux pouvoirs publics pour les priorités nationales. Il ressort de ces données que 6 % seulement des fonds sont alloués au renforcement des systèmes de santé et à la promotion d'approches intersectorielles complètes. S'ils reçoivent une aide budgétaire plus substantielle, les gouvernements seront en mesure d'utiliser les fonds là où ils en ont le plus besoin et de mieux asseoir les fondements de leur système de soins de santé. Cependant, un grand nombre de partenaires ont dit au Groupe être peu enclins à accroître leur soutien budgétaire en raison de défaillances constatées dans la gouvernance et les systèmes de gestion financière des pays économiquement moins développés et plus vulnérables. De leur côtés, les pays bénéficiaires ont reproché aux critères d'évaluation de la gouvernance et de la gestion financière de manquer de clarté et de constance.

184. Le Groupe considère également que les organisations non gouvernementales locales et internationales qui œuvrent dans les pays en développement doivent harmoniser leurs activités avec l'ensemble des plans d'action nationaux et les mener en toute transparence. Il a pris connaissance des préoccupations exprimées par certains gouvernements qui s'inquiètent de ne pas toujours être au fait des activités que les ONG mènent dans leur pays. L'objectif étant de rationaliser l'allocation des ressources, les partenaires doivent également exiger des ONG qu'elles obéissent aux plus strictes normes de bonne gouvernance et de gestion financière.

Recommandation 11

Les partenaires doivent maintenir le volume de leur aide publique au développement dans le domaine de la santé et en allouer un pourcentage plus élevé au renforcement des systèmes de santé, selon un plan arrêté d'un commun accord avec le gouvernement concerné

- L'aide publique au développement doit être stratégiquement destinée à un plan de renforcement quinquennal progressif des systèmes de santé enfermés dans les limites de l'enveloppe allouée.
- Les critères d'évaluation de la transparence et de la bonne gouvernance en matière de gestion financière doivent être clairement définis et cohérents.
- Les ONG doivent obéir aux mêmes normes de transparence et de bonne gouvernance que les gouvernements.

3. Programmation du développement au service des systèmes de santé

185. Les systèmes de santé, même solides, peuvent être mis à mal par des problèmes de développement généraux. Plusieurs interlocuteurs ont vu dans les problèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement, d'énergie, de communications, de transports et réseaux routiers autant d'obstacles majeurs à l'amélioration des services de santé.

186. Dans ce contexte, le Groupe recommande de renforcer la complémentarité des initiatives en faveur du développement, le but étant d'aider les pays en développement à renforcer leurs systèmes de santé, surtout en milieu rural, où l'accès aux soins de santé fait le plus défaut. Par exemple, tous programmes tendant à l'ouverture ou la gestion de centres de santé ruraux doivent aller de pair avec des projets d'électrification, d'approvisionnement en eau et d'assainissement, ou encore d'extension des infrastructures pour donner au plus grand nombre accès à tous services de soins de santé.

Recommandation 12

L'OMS doit œuvrer en étroite collaboration avec les acteurs du développement à mettre les programmes de développement au service des systèmes de santé et, partant, de la mission de prestation de soins de santé de qualité à tous sur un pied d'égalité

B. Recherche-développement

187. La découverte et la production de nouveaux vaccins, traitements et tests diagnostiques sont essentielles lorsqu'il s'agit de prévenir et de gérer les épidémies de maladies transmissibles. Au cours du siècle dernier, les découvertes médicales ont contribué à la réduction sensible des taux de morbidité et de mortalité liés à de nombreuses maladies telles que la rage, la poliomyélite, la rougeole et la rubéole et à l'éradication d'autres maladies telles que la variole. Plus récemment, des initiatives menées notamment par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ont permis d'accroître considérablement l'accès aux vaccins essentiels dans les pays en développement.

188. Cependant, la recherche-développement consacrée aux nombreuses maladies transmissibles qui touchent principalement les pays en développement et pourraient déclencher une crise sanitaire reste insuffisante. L'OMS tient à jour une liste de 18 maladies tropicales négligées qui sont endémiques dans 149 pays et touchent plus de 1,4 milliard de personnes. L'épidémie d'Ebola qui a frappé l'Afrique de l'Ouest en 2014 a une nouvelle fois illustré le déficit de financement en faveur de la recherche-développement. Depuis la découverte d'Ebola il y a 40 ans, plus de 20 épidémies ont été déclarées. Pourtant, en 2014, il n'existait toujours pas de vaccin pour lutter contre le virus.

189. L'insuffisance de la recherche-développement axée sur les maladies qui touchent principalement les populations pauvres est liée aux mécanismes du marché. La conception de nouveaux produits pharmaceutiques nécessite des investissements importants et implique de nombreux essais infructueux. Les sociétés pharmaceutiques, guidées en grande partie par la nécessité de recouvrer les coûts de la recherche et la possibilité de réaliser des gains commerciaux, privilégient la recherche sur les maladies qui touchent principalement les sociétés dont les systèmes de santé et les citoyens sont prêts à payer pour de nouveaux produits et en mesure de le faire. Par conséquent, sur les 214 milliards de dollars investis dans la recherche-développement dans le domaine de la santé en 2010, moins de 2 % ont été alloués aux maladies négligées, et ce chiffre a encore diminué depuis.

190. Lorsque l'épidémie d'Ebola qui a touché l'Afrique de l'Ouest a gagné l'attention de la communauté internationale, des fonds importants ont été mis à la disposition des instituts de recherche afin d'accélérer l'élaboration d'un vaccin⁷. Si celui-ci avait été disponible avant que n'éclate l'épidémie, bien d'autres vies auraient pu être sauvées.

191. Il faut adopter d'urgence des mesures visant à élargir la recherche, le développement et la production de médicaments essentiels pour lutter contre les maladies négligées, en accordant une attention particulière aux maladies transmissibles fortement susceptibles d'entraîner des crises sanitaires. Lorsque cela est possible, des contre-mesures médicales (notamment des traitements, des vaccins et des tests diagnostiques) devraient être élaborées jusqu'à un stade permettant une mise à l'essai et une production rapides en cas d'épidémie. Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de prendre en considération les aspects ci-après.

1. Encourager les activités de recherche-développement consacrées aux maladies négligées

192. Il faut dans un premier temps encourager les activités de recherche-développement consacrées aux maladies transmissibles négligées et aux autres agents pathogènes dangereux. Le marché n'offrant pas de promesses suffisantes, les pouvoirs publics doivent intervenir pour faire en sorte que davantage de ressources soient allouées à la recherche sur ces agents pathogènes. Toute une série d'instruments de politique économique peuvent y contribuer, de manière plus ou moins efficace et efficiente, y compris des subventions publiques et privées directes, des allègements fiscaux pour les organisations qui se consacrent à la recherche-

⁷ Grâce à ces efforts, plusieurs vaccins expérimentaux, dont un qui aurait donné des résultats positifs en Guinée le 31 juillet 2015, ont fait l'objet d'essais cliniques.

développement, des prix récompensant les progrès de la recherche, des mécanismes de garantie de marché ou encore des subventions en faveur de la recherche fondamentale.

193. Un certain nombre de mécanismes réglementaires incitatifs pourraient également être envisagés. Par exemple, en décembre 2014, le Congrès américain a adopté une loi sur les traitements d'Ebola (*Ebola Treatments Bill*) qui a ajouté le virus au programme de subvention au titre de la procédure d'examen prioritaire de la Food and Drug Administration (FDA), qui permet aux chercheurs ayant élaboré un vaccin contre une maladie tropicale négligée de bénéficier d'une évaluation prioritaire pour tout autre produit à l'étude.

194. Un certain nombre de facteurs, notamment le type d'agent pathogène concerné, détermineront la pertinence optimale de telle ou telle combinaison de mesures incitatives réglementaires ou financières, mais toutes ces mesures nécessiteront un financement public. Le Groupe d'experts est donc très favorable à la création d'un fonds réservé aux activités de recherche-développement supervisé par l'OMS (voir ci-après la recommandation 22, dans la section relative aux mesures financières et économiques).

2. Accorder la priorité à la recherche consacrée aux agents pathogènes transmissibles

195. Si un certain nombre d'agents pathogènes faisant encore l'objet de recherches insuffisantes représentent une menace pour l'humanité, il est difficile de savoir lesquels d'entre eux déclencheront la prochaine épidémie et devraient dès lors faire l'objet de recherches prioritaires. À ce jour, bien que différents pays et organismes aient établi leurs propres listes de priorités, il n'existe pas encore de liste unifiée de priorités liées aux risques. Or, les listes nationales recensent les priorités du pays concerné et risquent de faire passer au second rang les maladies qui sont les plus susceptibles de représenter une grave menace internationale. La recherche consacrée aux vaccins implique d'importantes concessions. Un représentant de l'industrie pharmaceutique a indiqué au Groupe d'experts que, pour produire un vaccin expérimental contre l'Ebola en quantités nécessaires afin de procéder aux essais cliniques, la société avait dû suspendre sa production de vaccins contre le rotavirus, un agent pathogène qui tue en moyenne 450 000 enfants chaque année. L'absence d'une liste de priorités conduit les acteurs du secteur privé à allouer les ressources sur la base de critères individuels; or, de tels choix devraient être faits conformément à une liste de priorités établie par un organe politique légitime plutôt que par le secteur privé.

196. Le Groupe d'experts estime qu'il est nécessaire d'organiser selon les priorités les maladies transmissibles qui bénéficient d'un financement public pour la recherche-développement. En outre, il considère que l'OMS est l'institution appropriée pour classer par ordre de priorité les agents pathogènes qui ne font pas l'objet de recherches suffisantes et représentent une menace pour l'humanité. L'OMS devrait également aider à déterminer quels systèmes informatiques conviennent le mieux à l'élaboration de contremesures médicales, l'objectif étant de mettre au point des tests diagnostiques et de mener à bien la phase I des essais cliniques de vaccins ou de traitements contre les 20 premiers agents pathogènes transmissibles inscrits sur la liste de priorités dont pourrait résulter une crise sanitaire.

Recommandation 13

L'OMS doit coordonner l'établissement des priorités parmi les activités mondiales de recherche-développement consacrées aux maladies négligées qui sont les plus susceptibles de conduire à une crise sanitaire

- Le secrétariat de l'OMS, aidé en cela par des groupes consultatifs sur la vaccination et la recherche, devra créer et gérer une liste classant par ordre de priorité les maladies transmissibles qui sont les plus susceptibles de conduire à une crise sanitaire et qui nécessitent donc qu'une attention particulière soit accordée à l'élaboration de vaccins, de traitements et de tests diagnostiques rapides. L'ordre de priorité devra être établi sur la base de critères clairement définis.
- L'OMS aidera à déterminer quels moyens technologiques permettraient d'accélérer la production de vaccins et de traitements destinés à lutter contre les épidémies causées par de nouveaux agents pathogènes ou par des nouvelles souches.

3. Garantir l'accès aux médicaments à un coût abordable

197. Même lorsque les vaccins et les traitements sont disponibles, ils restent souvent inabordables ou inaccessibles pour les personnes qui en ont le plus besoin. Le Groupe d'experts reconnaît l'importance de garantir un accès satisfaisant aux vaccins pour les populations touchées par une épidémie de maladie transmissible. Un certain nombre de programmes, tels que GAVI, ont pour objectif de mettre à la portée des pays en développement les vaccins et médicaments qui existent déjà. De même, les États peuvent tirer pleinement parti de la marge de manœuvre qu'offre l'Accord de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) afin de protéger la santé publique et d'assurer l'accès universel aux médicaments, comme le prévoit l'objectif 3.b) des objectifs de développement durable⁸. Le Groupe demande que des mesures supplémentaires soient prises afin d'assurer l'accès aux médicaments à un coût abordable.

198. L'accès aux médicaments suppose bien plus que la possibilité d'acheter des médicaments à un coût abordable sur le marché international et suppose aussi l'existence d'un système efficace de distribution et de gestion des médicaments au niveau local, en particulier dans les zones rurales. Dans le passé, les initiatives engagées pour aider les pays en développement à accéder à des médicaments et à des vaccins d'un coût abordable ont parfois été sapées par l'absence d'un système de santé efficace, du fait que l'on ne pouvait pas faire parvenir les médicaments aux patients ou garantir à ces derniers un suivi régulier. C'est pourquoi des institutions telles que GAVI et le Fonds mondial allouent une part de leurs ressources au renforcement des systèmes de santé et des filières d'approvisionnement.

⁸ Objectif 3.b) : « Appuyer la recherche et le développement de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les habitants des pays en développement, donner accès, à un coût abordable, aux médicaments et vaccins essentiels, conformément à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) et la santé publique, qui réaffirme le droit qu'ont les pays en développement de tirer pleinement parti des dispositions de cet accord qui ménagent une flexibilité lorsqu'il s'agit de protéger la santé publique et, en particulier, d'assurer l'accès universel aux médicaments ».

Recommandation 14**Il faut prendre des mesures urgentes pour garantir l'accès universel et à un coût abordable aux médicaments, vaccins et autres produits essentiels**

- Compte tenu du décalage entre la nécessité de recouvrer le coût des investissements et de financer la recherche d'une part, et la nécessité de disposer de médicaments à des prix abordables d'autre part, il convient de débloquer des fonds publics supplémentaires pour faciliter l'accès universel et à un coût abordable aux médicaments, vaccins et autres produits essentiels.
- Il faut redoubler d'efforts pour assurer l'accès aux médicaments à un coût abordable, en faisant appel au GAVI, au Fonds mondial et à d'autres initiatives, telles que la Facilité internationale d'achat de médicaments (FIAM).
- Il faut promouvoir l'utilisation de produits génériques pour rendre le prix des médicaments plus abordable.
- Les pays et partenaires doivent garantir l'accès aux médicaments et vaccins essentiels à un prix abordable, conformément à la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique, et devrait à cet égard tirer pleinement parti de la souplesse des possibilités ménagées par cet accord.

4. Garantir l'échange rapide des biomatériaux

199. En cas d'épidémie, il est nécessaire de faire parvenir rapidement des échantillons aux laboratoires de recherche-développement du monde entier afin de pouvoir prendre des contre-mesures médicales visant le nouvel agent pathogène. Bien qu'ils n'y soient pas tenus juridiquement, la plupart des pays touchés par une épidémie ont volontiers accepté de partager des biomatériaux et des échantillons avec l'OMS et les laboratoires de recherche internationaux afin d'accélérer l'élaboration de contre-mesures. Cependant, depuis quelques années, la question de la répartition équitable des avantages tirés de ces échantillons, notamment en termes de vaccins ou de traitements, fait l'objet de préoccupations croissantes. En 2006, à l'occasion d'une affaire très médiatisée, le Ministre des affaires étrangères de l'Indonésie a annoncé que son pays, alors touché par une épidémie, ne partagerait pas la souche du virus H5N1 (grippe aviaire) avec les chercheurs des laboratoires étrangers. Il a justifié sa décision en soulignant que ces chercheurs menaient des recherches sur l'épidémie sans la participation de son pays, ajoutant qu'une entreprise multinationale travaillait à l'élaboration d'un vaccin contre le virus sans que l'on sache vraiment si les personnes les plus touchées par le virus en Indonésie pourraient en bénéficier. Le Gouvernement indonésien a justifié sa décision en se référant en partie à la Convention sur la diversité biologique où sont affirmés les droits souverains que les pays exercent sur leurs ressources biologiques et où sont définis les principes relatifs à l'accès et au partage des avantages. Cette affaire a déclenché un débat sur la question de l'indemnisation et du partage des avantages équitables indissociables de l'échange de biomatériaux et a enrichi les négociations de deux instruments juridiques consacrés à la question.

200. Le premier de ces instruments est le Protocole de Nagoya sur l'accès aux ressources génétiques et le partage juste et équitable des avantages découlant de leur utilisation relatif à la Convention sur la diversité biologique, adopté en 2010. Le Protocole, entré en vigueur en 2014, offre un cadre légal pour le partage juste et

équitable des avantages découlant de l'utilisation de ressources génétiques. Bien qu'il traite de la question de l'échange de biomatériaux en situation d'urgence, certains observateurs estiment que les procédures qu'il définit sont trop rigides pour permettre une intervention rapide, tandis que d'autres experts ne sont pas certains qu'il s'applique aux nouveaux agents pathogènes.

201. Le second instrument est le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique (Cadre PIP) de l'OMS, négocié par les États membres de l'Organisation à la lumière de la décision prise par l'Indonésie en 2006. Cet instrument décrit une procédure simplifiée pour l'échange des virus grippaux susceptibles de causer une pandémie et porte création de mécanismes propres à garantir l'accès juste et équitable aux avantages découlant du partage de tels échantillons, s'agissant en particulier des vaccins permettant de lutter contre les pandémies. Cependant, le Cadre PIP s'applique uniquement à l'ensemble restreint des virus grippaux susceptibles de déclencher une pandémie et ne traite donc pas du partage d'autres agents pathogènes, tels que le virus Ebola et le Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV). En outre, il n'est pas juridiquement contraignant au titre du droit international, et ses dispositions sur le partage volontaire des avantages sont rarement appliquées.

202. Malgré l'existence de ces deux instruments relatifs au partage des biomatériaux, les conditions dans lesquelles les nouveaux échantillons d'agents pathogènes peuvent ou doivent être partagés font toujours l'objet d'une incertitude juridique considérable. Le Groupe d'experts estime qu'il faudrait énoncer des directives claires et contraignantes relatives à l'échange de biomatériaux en situation de crise sanitaire, notamment des dispositions relatives au partage juste et équitable des avantages. Il recommande à l'OMS de réunir ses États membres afin de négocier un élargissement de la couverture du Cadre PIP au-delà des virus grippaux, tout en tenant compte des principes définis dans le Protocole de Nagoya.

Recommandation 15

L'OMS doit réunir ses États membres afin d'inclure dans Cadre PIP d'autres agents pathogènes émergents, de rendre cet instrument contraignant juridiquement et de trouver l'équilibre voulu entre les obligations et les avantages, conformément aux principes énoncés dans le Protocole de Nagoya de 2010 relatif à la Convention sur la diversité biologique

5. Promouvoir la recherche médicale non pharmaceutique

203. Outre la nécessité d'intensifier les activités de recherche-développement consacrées aux vaccins, traitements et tests diagnostiques, il faut promouvoir l'innovation en matière de recherche axée sur les outils, l'équipement et les stratégies non pharmaceutiques essentiels à la gestion des crises sanitaires. Le système santé sur mobile (m-health), qui permet aux agents sanitaires locaux d'enregistrer, de suivre et de partager des données est une innovation importante en matière de surveillance sur le terrain qui devrait être développée. L'OMS devrait coordonner et encourager la recherche sur des mesures novatrices liées à la préparation, à la surveillance et aux interventions sanitaires. Renforcer les capacités nationales en matière de recherche scientifique et technique accroîtra également la souplesse des dispositifs nationaux d'intervention en cas de crise sanitaire.

6. Renforcer les capacités de recherche-développement des pays en développement

204. Il existe un déséquilibre majeur entre les capacités de recherche, de développement et de production pharmaceutiques des pays développés et émergents, et celles des pays les moins avancés. La mise en place de moyens de recherche, de développement et de production même élémentaires dans les pays les moins avancés permettrait de renforcer les capacités épidémiologiques des médecins locaux et de leur offrir des possibilités de formation. Cela permettrait également de tirer parti des connaissances locales sur les maladies qui prévalent dans une région, de construire des laboratoires de recherche et de trouver des contre-mesures médicales plus importantes au niveau national en cas d'épidémie.

Recommandation 16

L'OMS doit diriger les efforts déployés pour aider les pays en développement à mettre en place des moyens de recherche et de production de vaccins, traitements et tests diagnostiques, notamment grâce à la coopération Sud-Sud

- L'OMS et ses partenaires doivent apporter un soutien technique et financier accru aux initiatives telles que le Réseau des fabricants de vaccins des pays en développement.
- Il faut s'employer à tirer le meilleur parti possible de l'expertise Sud-Sud.
- Il faut concevoir et appuyer des programmes de recherche stratégique dans les domaines des sciences biologiques et sociales, des services vétérinaires et de l'ingénierie, et dans les domaines connexes.

7. Élaborer des protocoles pour la recherche médicale en situation d'épidémie

205. Il est nécessaire d'élaborer des protocoles mieux conçus relatifs au déroulement des essais cliniques en situation d'épidémie. L'épidémie d'Ebola qui a frappé l'Afrique de l'Ouest a montré qu'en période de crise sanitaire grave, l'application des protocoles types en matière d'essais de nouveaux médicaments, notamment les essais contrôlés avec répartition aléatoire des sujets, soulevait un certain nombre de préoccupations d'ordre éthique. D'aucuns se sont par exemple demandé si l'on pouvait, dans le contexte d'une épidémie accompagnée d'un fort taux de mortalité, justifier le fait que certains patients d'un « groupe témoin » se voient interdire l'accès à des médicaments expérimentaux, comme il est d'usage lors d'essais contrôlés avec répartition aléatoire des sujets. D'autres craignaient que les patients participant aux essais ne soient pas tous informés des risques qu'ils encouraient. L'élaboration de normes pertinentes émanant de l'OMS permettrait d'apaiser nombre de ces préoccupations.

8. Élaborer un traité sur les mesures à adopter en cas d'urgence de santé publique de portée internationale

206. De l'avis du Groupe, il conviendrait de négocier un traité international qui décrirait des mesures extraordinaires assorties d'échéances afin de répondre aux exigences réglementaires et de garantir une action internationale rapide en cas d'urgence de santé publique de portée mondiale. Ces « mesures d'urgence » pourraient inclure des dispositions spéciales relatives à l'échange de biomatériaux,

des protocoles sur le déroulement des essais des vaccins expérimentaux en situation d'épidémie, l'accès aux contre-mesures médicales et aux vaccins, la délivrance automatique de visas et de certificats médicaux pour les membres des équipes d'intervention qui ont déjà subi un examen, l'accès à l'évacuation médicale vers les centres de traitement préalable sélectionnés, le droit de survol et l'exemption des droits de douane pour le matériel d'intervention.

C. Mesures financières et économiques

207. La mise en place d'un système plus efficace de prévention et d'action face aux crises sanitaires nécessitera des investissements substantiels et durables. Sans d'importants moyens financiers, il est impossible de se préparer adéquatement au dépistage précoce des flambées épidémiques de maladies transmissibles, de mettre en place un système global d'intervention rapide et d'orienter la recherche et le développement de façon à appuyer ces efforts. Les investissements nécessaires sont toutefois modestes comparés aux coûts considérables qu'entraînent les épidémies, en termes de pertes en vies humaines aussi bien que de croissance économique.

208. Lors de ses consultations, le Groupe de haut niveau a constaté qu'il convenait d'examiner six questions ayant trait au financement.

1. Mobiliser des ressources financières en faveur des principales capacités requises par le Règlement sanitaire international

209. Le financement constitue un obstacle de taille à la mise en place des principales capacités requises par le Règlement sanitaire international (RSI). Tout en exhortant tous les pays à consacrer une part plus importante de leur budget national au secteur de la santé, y compris au renforcement des principales capacités requises, le Groupe de haut niveau constate que de nombreux pays, en particulier les moins avancés, auront également besoin d'une aide internationale importante à cette fin.

210. Plusieurs initiatives ont déjà été engagées pour aider les pays à mettre en œuvre le RSI et ces engagements devraient être honorés. Par exemple, en 2014, les États-Unis ont lancé le Programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale, en collaboration avec plusieurs pays partenaires, l'OMS, l'Organisation mondiale de la santé animale et l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). Le Programme d'action vise à aider 30 pays à se doter des principales capacités requises par le RSI au cours des cinq prochaines années. Les États-Unis ont à eux seuls annoncé qu'ils verseraient à cette fin une contribution de 1 milliard de dollars. Si le Programme d'action dépasse le cadre des principales capacités requises par le RSI, il n'en constitue pas moins une précieuse source de financement et d'expertise permettant d'appuyer la mise en œuvre du RSI dans les pays en développement. En octobre 2015, les ministres de la santé du Groupe des sept sont convenus d'offrir une aide à au moins 60 pays, notamment les pays de l'Afrique de l'Ouest, aux fins de l'application du RSI au cours des cinq années à venir, notamment dans le cadre du Programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale et de ses objectifs communs et d'autres initiatives multilatérales. De telles initiatives devraient être élargies et considérées comme l'une des sources d'appui financier pour le projet d'examen périodique de la mise en place des principales capacités requises par le RSI.

211. Afin de compléter les efforts bilatéraux et plurilatéraux axés sur le renforcement des principales capacités requises par le RSI, le Groupe de haut niveau recommande que l'OMS dirige la recherche de sources supplémentaires de financement et d'appui technique. L'objectif devrait être de faire en sorte que tous les pays participant à l'examen périodique de la mise en place des principales capacités requises par le RSI bénéficient, s'il y a lieu, d'un soutien financier garanti, de façon à combler les lacunes mises en évidence lors de l'examen.

Recommandation 17

Le Directeur général de l'OMS doit diriger les efforts engagés d'urgence, en partenariat avec la Banque mondiale, les banques régionales de développement, d'autres organisations internationales, les partenaires, des fondations et le secteur privé, en vue de mobiliser l'appui financier et technique nécessaire au renforcement des principales capacités requises par le Règlement sanitaire international

2. Assurer le financement durable d'un centre de l'OMS pour la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours

212. Même si tous les pays se dotaient des principales capacités requises par le RSI, une solide capacité opérationnelle centralisée resterait indispensable à une intervention rapide dans le cas d'épidémies graves ne pouvant être contrôlées par un seul pays. En tant qu'organisme chef de file des Nations Unies dans le domaine de la santé, l'OMS devrait mettre en place cette capacité sous la forme d'un centre pour la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours, comme indiqué dans la recommandation 7. Puisque ce centre qu'il est proposé de créer serait chargé de mener des activités essentielles de surveillance et d'intervention, il devrait être financé au moyen des contributions statutaires de l'OMS.

213. Dans ce contexte, le Groupe de haut niveau a noté que, si les contributions affectées à des fins spéciales avaient augmenté de manière significative, le budget statutaire de l'OMS se maintenait au même niveau depuis plusieurs années. Le montant annuel moyen du budget statutaire de l'OMS, l'organisation chef de file dans le domaine de la santé mondiale, s'élève à 465 millions de dollars. Les interventions d'urgence de l'organisation sont exclusivement financées au moyen de contributions volontaires. De ce fait, le financement de ces activités essentielles est imprévisible et souvent insuffisant. Dans certains cas, les sommes affectées au financement des capacités de préparation, de surveillance et d'intervention de l'OMS sont inférieures de moitié au moins au montant requis.

214. Compte tenu de ce qui précède, le Groupe de haut niveau encourage vivement les États membres à accroître d'au moins 10 % le montant du budget statutaire de l'OMS. Ces fonds supplémentaires devraient servir à financer une partie des nouvelles fonctions confiées à l'OMS, notamment l'examen périodique renforcé des principales capacités requises par le RSI et les frais de fonctionnement d'un centre pour la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours.

Recommandation 18**Les États membres de l'OMS doivent accroître d'au moins 10 % leur contribution statutaire au budget de l'OMS**

215. Compte tenu de l'importance des fonds nécessaires au renforcement des capacités d'intervention en cas d'urgence de l'OMS, qui constituent un bien public mondial, le Groupe de haut niveau recommande en outre que 10 % de l'ensemble des contributions volontaires versées à l'OMS (en sus des dépenses d'appui aux programmes) soient obligatoirement alloués au financement des capacités d'intervention en cas d'urgence de l'OMS.

Recommandation 19**Dix pour cent de l'ensemble des contributions volontaires versées à l'OMS (en sus des dépenses d'appui aux programmes) doivent obligatoirement être alloués au financement du centre pour la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours****3. Financer un système robuste d'intervention en cas d'urgence**

216. La plupart des interventions d'urgence destinées à enrayer des épidémies sont pour l'heure tributaires de contributions volontaires. On ne dispose pas de ressources importantes qui puissent être mobilisées dans de très courts délais. Lorsqu'une urgence de santé publique de portée internationale est déclarée, les fonds disponibles augmentent en général à mesure que davantage de partenaires s'engagent à fournir un appui. Toutefois, le versement des contributions annoncées peut prendre un certain temps, ce qui risque de retarder le début des interventions. Il est nécessaire d'assurer le relais jusqu'à ce que les fonds annoncés soient reçus. Ainsi, si les contributions volontaires sont d'une importance cruciale, elles ne peuvent se substituer à un financement prévisible et rapide.

217. Partant de ce constat, l'OMS a récemment constitué un fonds de réserve pour les situations d'urgence, doté de 100 millions de dollars, dont le Groupe de haut niveau approuve la création. Puisque c'est en menant une action rapide et de grande envergure que l'on a le plus de chances d'endiguer une épidémie, le Groupe de haut niveau estime que doter le Fonds d'un budget de 300 millions de dollars permettrait d'en renforcer considérablement l'efficacité. Le fonds de réserve devrait être entièrement financé au moyen de contributions statutaires (selon le barème actuel des quotes-parts) et alimenté par la suite selon la même méthode.

218. En outre, une grande partie des contributions volontaires étant affectée sur le plan bilatéral à des organisations ou des groupes précis, l'OMS n'est pas en mesure de coordonner efficacement les programmes d'intervention. Par conséquent, le nouveau fonds de réserve devrait être mis à la disposition non seulement de l'OMS mais aussi d'autres intervenants du secteur de la santé.

Recommandation 20**Les États membres doivent alimenter le fonds de réserve de l'OMS pour les situations d'urgence à hauteur d'au moins 300 millions de dollars d'ici à la fin 2016**

- Le fonds de réserve sera mis à la disposition des membres du module sectoriel Santé, sous la coordination de l'OMS.

- Afin d'assurer un financement prévisible, le fonds de réserve devra être entièrement financé par les États membres selon le barème actuel des contributions. Il devra être doté du montant intégral de son budget d'ici à la fin de l'année 2016 et immédiatement reconstitué quand il y a lieu.

219. De même, le mécanisme de financement d'urgence pour la lutte contre les pandémies proposé par la Banque mondiale pourrait jouer un rôle essentiel dans le financement des interventions rapides. Il pourrait s'appuyer sur un ensemble d'instruments financiers assortis de conditions libérales et de mécanismes d'assurance novateurs pour mettre des fonds à la disposition des pays concernés dès qu'une épidémie est déclarée en fonction de certains critères définis au préalable. Cela permettrait de fournir aux pays l'aide financière dont ils ont grand besoin dès le tout début d'une situation de crise.

Recommandation 21

La Banque mondiale doit rapidement mettre en service le mécanisme de financement d'urgence pour la lutte contre les pandémies

- Les contributions annuelles des pays les moins avancés à ce mécanisme seront prises en charge au moyen des ressources additionnelles des partenaires.
- Les autorités nationales du pays concerné devront établir des priorités pour le versement des sommes provenant du mécanisme de financement, conformément aux plans d'intervention nationaux, les organisations compétentes apportant un appui technique.

4. Financer la recherche et le développement axés sur les maladies négligées susceptibles de causer une crise sanitaire

220. Compte tenu du coût élevé de la mise au point de vaccins, des fonds importants seront nécessaires pour renforcer la recherche et le développement axés sur les maladies négligées. En 2013, 3,2 milliards de dollars seulement ont été consacrés à la lutte contre plus d'une vingtaine de maladies tropicales négligées, tandis qu'au moins 500 millions de dollars ont été dépensés pour mettre au point un vaccin contre le virus Ebola lors de l'épidémie. Il est nécessaire de disposer de moyens suffisants pour financer la mise au point de vaccins ou de mesures de lutte contre les agents pathogènes les plus susceptibles de causer une crise sanitaire (voir recommandation 13). L'objectif est de disposer de vaccins et de médicaments ayant passé avec succès la première phase d'essais cliniques, afin de pouvoir mener des essais rapides et d'accroître la production en cas d'épidémie.

221. Le Groupe de haut niveau recommande d'établir un fonds doté de 1 milliard de dollars et réservé au financement de la recherche et du développement axés sur les vaccins, les traitements et les diagnostics relatifs aux maladies transmissibles négligées qui sont jugées prioritaires par l'OMS. Ce fonds devrait également servir, selon que de besoin, à financer et encourager la recherche et le développement en temps de crise. Il devrait être reconstitué chaque année et considéré comme faisant partie intégrante de la préparation de la communauté internationale aux crises sanitaires.

222. Pour encourager la recherche et le développement le plus efficacement possible, il convient de recourir à des mesures d'incitation adaptées à chaque agent

pathogène identifié, qui s'appuient sur les multiples mécanismes économiques et réglementaires existants.

Recommandation 22

L'OMS doit superviser la constitution et la gestion d'un fonds international disposant d'au moins un milliard de dollars par an pour appuyer la recherche et le développement de vaccins, de traitements et de diagnostics rapides relatifs aux maladies transmissibles négligées

- Ce fonds sera destiné à assurer une meilleure protection contre de futures crises sanitaires et devrait compléter les mécanismes qui financent actuellement les programmes de recherche et développement consacrés à la mise au point des vaccins, des traitements et des diagnostics pour les maladies transmissibles endémiques, telles que le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida.
- Le fonds servira à stimuler les activités de recherche et développement portant sur les vaccins, traitements et diagnostics contre les agents pathogènes qui figurent sur la liste prioritaire établie par les comités consultatifs de l'Assemblée mondiale de la santé.
- Des méthodes ciblées, adaptées à chaque organisme pathogène, devront être employées pour favoriser la recherche et le développement, de manière à obtenir des résultats rapides au moindre coût.

5. Atténuer les conséquences économiques des crises sanitaires

223. Les épidémies du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), de grippe A (H1N1) et de maladie à virus Ebola ont montré que les maladies transmissibles ont souvent des conséquences économiques considérables bien au-delà des pays initialement touchés. Dans le cas de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest, environ 70 pays ont imposé plus de 500 restrictions à la circulation des personnes ou des marchandises provenant des pays touchés, dépassant ainsi les mesures temporaires recommandées par le Comité d'urgence de l'OMS. Ces restrictions, dont beaucoup sont toujours en vigueur, ont eu de lourdes conséquences économiques sur les pays concernés et sur le monde entier.

224. Il est nécessaire de prendre des mesures visant à prévenir de telles conséquences économiques, et ce, pour trois raisons. Premièrement, les répercussions d'une contraction de l'activité économique provoquée par une maladie sont souvent plus profondes et dévastatrices que l'épidémie elle-même et doivent donc être considérées en tant que telles. Deuxièmement, la crainte que l'annonce officielle d'une épidémie ait des conséquences néfastes sur l'économie peut être un facteur dissuasif important quand il s'agit de signaler les premiers cas de maladie à l'OMS. Troisièmement, les restrictions imposées aux déplacements et au commerce peuvent freiner l'action de la communauté internationale, en empêchant l'arrivée des intervenants ou l'importation de matériel vital. La mise en place de meilleurs mécanismes visant à prévenir les conséquences économiques des crises sanitaires ou à y remédier fait donc partie intégrante de tout système mondial d'action face à de telles situations.

225. Étant donné que le RSI vise explicitement à concilier les considérations de santé publique et la libre circulation des voyageurs et des marchandises, le Groupe

de haut niveau estime que le Comité d'examen du Règlement est le mieux à même d'examiner les moyens de prévenir les conséquences économiques préjudiciables des crises sanitaires ou d'y remédier, en particulier une fois qu'une urgence de santé publique de portée internationale a été déclarée. Le Groupe de haut niveau note toutefois qu'il convient d'envisager à cette fin plusieurs stratégies.

226. En premier lieu, des mécanismes financiers pourraient être mis au point pour aider à dédommager les pays touchés par une urgence de santé publique de portée internationale pour les pertes économiques liées aux restrictions aux échanges commerciaux et aux déplacements imposées par d'autres pays ou résultant de décisions individuelles. Le recours à des mécanismes fondés sur le principe de l'assurance, analogue au mécanisme de financement d'urgence pour la lutte contre les pandémies, pourrait être envisagé dans ce contexte, de même que d'autres mécanismes d'indemnisation, tels que des dons ou des prêts.

227. Deuxièmement, le renforcement des mécanismes d'application du RSI pourrait être envisagé. À ce jour, les recommandations temporaires du Directeur général de l'OMS relatives à la déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale ne sont pas juridiquement contraignantes pour les États membres. Le RSI reconnaît explicitement le droit des États parties d'adopter des mesures sanitaires qui offrent un degré de protection plus élevé que celles qui sont recommandées par l'OMS. Il stipule cependant que ces mesures ne doivent pas restreindre inutilement le commerce et les déplacements et doivent se fonder sur des principes scientifiques, les données scientifiques dont on dispose ou les directives de l'OMS. Ces mesures doivent être portées à la connaissance de l'OMS et celle-ci peut demander aux États membres d'en réexaminer l'application. Toutefois, aucune mesure supplémentaire n'est actuellement prévue par le RSI dans le cas où un pays a adopté une mesure qui n'est pas justifiée par des principes ou des données scientifiques. On pourrait par conséquent envisager de renforcer les fonctions d'examen de l'OMS et d'octroyer une indemnisation dans le cas où il serait établi que les restrictions imposées aux déplacements et aux échanges commerciaux outrepassent sans justification adéquate les recommandations temporaires de l'OMS.

228. Troisièmement, les mécanismes mis en place devraient permettre de composer avec des restrictions excessives visant les déplacements et avec l'interdiction de délivrer des visas imposées du fait d'une urgence de santé publique de portée internationale. Étant donné qu'il importe de disposer de personnel médical et humanitaire en nombre suffisant pour faire face aux crises sanitaires, une attention particulière devrait être accordée aux restrictions qui empêchent ce personnel de se déplacer.

229. Enfin, il convient de tenir compte des conséquences de la peur que ressent l'ensemble de la population. Une proportion importante des conséquences économiques négatives d'une situation d'urgence de santé publique de portée internationale découle des comportements de rejet des consommateurs, par exemple des touristes. La peur de la population ne relevant pas d'une réglementation, il est nécessaire de mener des actions de sensibilisation pour veiller à ce que les particuliers prennent en toute connaissance de cause des décisions concernant les risques liés aux voyages dans les pays touchés ou l'achat de marchandises provenant de ces pays.

Recommandation 23

Le Comité d'examen du Règlement sanitaire international doit envisager de mettre en place des mécanismes permettant de remédier rapidement aux mesures unilatérales prises par des États et d'autres acteurs qui sont contraires aux recommandations temporaires publiées par l'OMS dans le cadre de l'annonce d'une situation d'urgence de santé publique de portée internationale

230. Le Groupe de haut niveau note qu'il est possible de renforcer la cohérence du RSI et des accords de l'OMC en ce qui concerne les restrictions commerciales imposées dans le cadre du Règlement.

231. Les restrictions commerciales imposées en conséquence d'une flambée épidémique peuvent relever à la fois du RSI et du cadre juridique de l'OMC. En cas de différend concernant une mesure de restriction commerciale prise à la suite d'une notification prévue par le Règlement, les parties concernées peuvent contester cette mesure au titre de l'un ou de l'autre des dispositifs juridiques, aucun des deux ne prévalant systématiquement.

232. Cependant, les procédures prévues pour le règlement des différends sont très différentes. Le RSI exhorte les États parties entre lesquels un différend surgit « à s'efforcer [...] de le régler par la négociation ou par tout autre moyen pacifique de leur choix ». Si le différend n'est pas réglé par ces moyens, les États parties peuvent le soumettre au Directeur général de l'OMS. L'OMC dispose en revanche d'un mécanisme de règlement des différends bien établi, qui peut juridiquement contraindre les gouvernements à renoncer à des mesures contraires au droit de l'OMC, ou autoriser la partie lésée à mettre fin à des concessions commerciales en retour.

233. Si une mesure commerciale prise à la suite d'une notification relevant du RSI est contestée devant l'OMC, il convient de s'assurer que les normes internationales et les directives pertinentes publiées par l'OMS (y compris les recommandations temporaires établies par le Directeur général de l'OMS lors de la déclaration de l'urgence de santé publique) sont dûment prises en compte. Il faudrait également envisager d'étayer la valeur juridique des directives connexes de l'OMS au sein du cadre juridique de l'OMC, comme cela a été fait récemment pour les normes, les directives ou les recommandations de trois autres organisations dans le cadre de l'Accord de l'OMC sur l'application des mesures sanitaires et phytosanitaires.

234. Le Groupe de haut niveau suggère donc que les secrétariats de l'OMC et de l'OMS constituent une commission mixte d'experts chargée d'étudier les deux cadres juridiques et de formuler des recommandations visant à renforcer la cohérence de la suite donnée aux mesures commerciales restrictives imposées pour des raisons de santé publique.

Recommandation 24

L'OMC et l'OMS doivent constituer une commission mixte d'experts informelle chargée d'étudier les mesures à prendre pour renforcer la cohérence des cadres juridiques du Règlement sanitaire international et de l'OMC en ce qu'ils concernent les restrictions commerciales imposées pour des raisons de santé publique

6. Renforcement de l'efficacité et de la transparence de l'aide

235. Plusieurs interlocuteurs nationaux se sont déclarés préoccupés par le morcellement des programmes internationaux mis en œuvre dans leur pays sans coordination adéquate avec les autorités compétentes, qui se traduit souvent par la fragmentation des efforts déployés sur le plan international, des programmes redondants et aide moins efficace. Dans ce contexte, le Groupe de haut niveau rappelle qu'il importe de se conformer aux engagements internationaux dans ce domaine.

Recommandation 25

Les pays et les partenaires doivent se conformer à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, au Programme d'action d'Accra et au Partenariat de Busan, en particulier en ce qui concerne la coordination de l'aide, l'harmonisation des efforts et la responsabilité mutuelle

- Tous les acteurs internationaux informeront systématiquement les gouvernements de l'aide qu'ils accordent aux pays et coordonneront leurs programmes avec les ministères d'exécution concernés.
- Dans les situations d'intervention en cas d'urgence, le Coordonnateur d'urgence sera chargé d'aider le Gouvernement à s'assurer de la bonne coordination de l'aide internationale.

VI. Suivi et mise en œuvre

236. L'épidémie d'Ebola qu'a connue l'Afrique de l'Ouest en 2014 n'est que la dernière en date d'une série d'épidémies de maladies transmissibles qui auraient pu être plus rapidement maîtrisées. S'il avait existé un système sanitaire mondial efficace, l'épidémie aurait eu nettement moins d'ampleur et des milliers de cas et de décès auraient été évités. Le présent rapport expose dans les grandes lignes les principales réformes qui doivent être entreprises pour instaurer un tel système et mieux protéger la population mondiale contre les risques de pandémie.

237. Le Groupe de haut niveau craint toutefois au plus haut point que la mobilisation politique dont dépendent les changements essentiels se dissipe, comme cela s'est produit à maintes reprises, et que les investissements qui font cruellement défaut ne soient pas octroyés. L'histoire récente n'incite pas à l'optimisme.

238. Au cours des 20 dernières années, plusieurs tentatives similaires ont été engagées pour mieux protéger la population mondiale contre les maladies transmissibles. Toutes étaient motivées par de récentes catastrophes, et toutes se sont soldées par un échec.

239. En 1995, par une ironie du sort, c'est la lenteur de la mobilisation face à une épidémie de maladie à virus Ebola à Kikwit (République démocratique du Congo) et à deux épidémies d'autres maladies, qui a incité la communauté internationale à réviser le RSI en vue de renforcer l'action mondiale en cas de crise sanitaire. Cette détermination s'est cependant évaporée et les négociations se sont enlisées.

240. C'est l'épidémie du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) de 2003 qui a donné l'impulsion nécessaire pour achever les négociations sur le RSI, lequel est entré en vigueur en 2007.

241. En 2009, une pandémie de grippe à virus A (H1N1) qui a coûté la vie à quelque 300 000 personnes a conduit au réexamen du RSI. Il a ensuite été recommandé de procéder à des réformes dont beaucoup sont semblables à celles que recommande le Groupe de haut niveau, y compris la création d'un fonds de réserve pour l'action à mener en cas de pandémie, la mise en place de ressources humaines mondiales pour l'action sanitaire d'urgence et le renforcement des capacités d'intervention de l'OMS en cas de flambée épidémique. La plupart de ces recommandations sont restées sans suite.

242. Au lieu de cela, en 2009/10, les États membres ont réduit de 500 millions de dollars le budget biennal de l'OMS et les services de l'organisation chargés des interventions d'urgence ont vu leurs effectifs considérablement réduits. En mai 2015, alors que l'épidémie d'Ebola ne faisait qu'entamer son recul, une proposition visant à augmenter de 5 % seulement le budget statutaire de l'OMS a été accueillie avec réticence par l'Assemblée mondiale de la santé. Au moment de l'établissement du présent rapport, le montant total des contributions au fonds de réserve pour les situations d'urgence récemment établi par l'OMS s'établissait à 14,3 millions de dollars, soit un montant nettement inférieur aux 100 millions de dollars prévus.

243. Les risques de pandémie ont déjà été remplacés à la une des journaux par de nouveaux problèmes comme les migrations et les conflits, ce qui pourrait bien affaiblir encore la mobilisation et les possibilités de financement de l'action à mener face aux crises sanitaires.

244. Le Groupe de haut niveau a appris que l'absence de volonté politique aux niveaux national, régional et international en termes de préparation et d'intervention face aux crises sanitaires constitue l'un des principaux freins à une action efficace. Les plans d'action prioritaires de lutte contre les pandémies doivent être dirigés par les chefs d'État ou de gouvernement.

245. Dans ce contexte, le Groupe de haut niveau est convaincu qu'un mécanisme est nécessaire pour maintenir la dynamique actuelle et veiller à la mise en œuvre de réformes fondamentales. Il exhorte donc l'Assemblée générale à créer un « conseil de haut niveau pour les crises mondiales de santé publique ».

246. Ce conseil serait chargé de suivre la mise en œuvre des recommandations du Groupe de haut niveau et des réformes connexes visant à renforcer le système mondial de santé publique. Il soumettra régulièrement des rapports d'étape à l'Assemblée générale.

247. Pour que la question des crises sanitaires continue de figurer en bonne place parmi les priorités de la communauté internationale, le conseil devrait également superviser la mise en place d'un comité préparatoire chargé de l'organisation d'un sommet sur les crises sanitaires mondiales qui se tiendrait en 2018.

Recommandation 26

L'Assemblée générale des Nations Unies doit créer immédiatement un conseil de haut niveau pour les crises mondiales de santé publique afin que la communauté internationale soit préparée aux crises sanitaires et capable de les gérer

- Le conseil de haut niveau suivra les questions politiques et non liées à la santé en rapport avec les impératifs de prévention et de préparation à une éventuelle épidémie de portée mondiale qui pourrait avoir des répercussions sans précédent sur l'économie, la circulation des personnes et la stabilité, ainsi que le relèvement. Il devra réaffirmer les directives en vigueur en période de crise sanitaire et interviendra également dans les domaines autres que la santé qui sont également touchés.
- Le conseil de haut niveau suivra la mise en œuvre aux niveaux national, régional et international des recommandations adoptées par le Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires et fait régulièrement rapport à l'Assemblée générale.
- Le conseil de haut niveau veillera à ce que les recommandations adoptées par le Groupe de haut niveau soient mises en œuvre en temps voulu.
- Le conseil de haut niveau sera composé de représentants politiques de 45 à 50 États Membres, élus par l'Assemblée générale.
- Le conseil de haut niveau participera aux préparatifs de fond d'un sommet sur les crises sanitaires mondiales.

Recommandation 27

Un sommet sur les crises sanitaires mondiales sera organisé en 2018 pour mettre l'accent sur la préparation et l'action à mener face aux crises sanitaires

248. Le Groupe de haut niveau espère que le conseil de haut niveau donnera à la question des crises de santé publique mondiales la place importante qui lui revient parmi les priorités de la communauté internationale.

Annexe I

Glossaire

1. **Contributions fixées** – Cotisations mises en recouvrement auprès des États membres de l’OMS, le montant en étant fixé selon la production économique et la population de l’État membre considéré^a.

2. **Niveaux de confinement biologique** – Quatre niveaux de confinement biologique régissant la manipulation et le confinement en laboratoire des microbes et des agents pathogènes. Les niveaux sont déterminés par le degré d’infectivité, la gravité de la maladie, sa transmissibilité et la nature des activités effectuées, entre autres éléments.

Niveau 1 de confinement biologique – Les agents pathogènes ne sont pas connus comme causant systématiquement une maladie chez les adultes sains et présentent un danger potentiel minime pour le personnel de laboratoire et l’environnement (par exemple, *E. coli*).

Niveau 2 de confinement biologique – Les agents pathogènes présentent des dangers modérés pour le personnel de laboratoire et l’environnement (par exemple, le staphylocoque doré)^b.

Niveau 3 de confinement biologique – Les agents pathogènes peuvent causer des maladies graves ou potentiellement mortelles transmises par voie respiratoire (par exemple, *Mycobacterium tuberculosis*)^c.

Niveau 4 de confinement biologique – Niveau de confinement biologique le plus élevé. Il existe un petit nombre de laboratoires de confinement biologique de niveau 4 dans le monde. Ces agents pathogènes posent un risque élevé d’infections transmises par voie aérienne, qui sont souvent mortelles et contre lesquelles il n’existe ni traitement ni vaccin. (Deux exemples de microbes traités au niveau 4 de confinement biologique sont le virus Ebola et la fièvre de Marburg.)^d

3. **Maladie transmissible** – Maladie qui se transmet de personne à personne ou de l’animal à l’homme^e.

4. **Travailleur (agent) de santé communautaire** – Les travailleurs (agents) de santé communautaire sont des agents peu qualifiés mais essentiels du secteur de la santé publique^f préposés notamment aux tâches suivantes : fourniture de soins à domicile, assainissement du milieu, premiers secours et traitement d’affections simples et courantes, éducation sanitaire, nutrition et surveillance nutritionnelle, santé maternelle et infantile et planification de la famille, tuberculose et soins relatifs au VIH/sida, lutte contre le paludisme, traitement des affections aiguës des voies respiratoires, lutte contre les maladies transmissibles, activités de

^a www.who.int/about/funding/assessed/en/.

^b www.cdc.gov/training/QuickLearns/biosafety/.

^c www.cdc.gov/training/QuickLearns/biosafety/.

^d www.cdc.gov/training/QuickLearns/biosafety/.

^e www.globalhealth.gov/global-health-topics/communicable-diseases/.

^f www.who.int/hrh/statistics/TechnicalNotes.pdf.

développement communautaire, orientation vers des soins spécialisés et tenue de dossiers^g.

5. **Coronavirus** – Type de virus commun qui cause généralement des affections des voies respiratoires supérieures légères à modérées. Les exceptions sont le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), identifié en 2003, et le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), identifié en 2012, qui ont tous deux entraîné des épidémies d'ampleur et de gravité variables ces 15 dernières années^h.

6. **Processus de mise au point des médicaments** – Procédure d'essai clinique des médicaments en plusieurs phases :

Phase I. Pendant les études de phase I, les chercheurs testent un nouveau médicament pour en évaluer l'innocuité.

Phase II. Au cours des études de phase II, les chercheurs administrent le médicament à un groupe de patients atteints de la maladie ou de l'affection contre laquelle le médicament est mis au point afin d'en tester l'efficacité, ainsi que l'innocuité.

Phase III. Les chercheurs conçoivent les études de phase III pour démontrer l'efficacité et l'innocuité du médicament parmi un groupe de sujets plus important (entre plusieurs centaines et plusieurs milliers de personnes) et pour comparer le traitement à d'autres traitements existantsⁱ.

7. **Cadre d'action d'urgence** – Le cadre d'action d'urgence a pour vocation de définir la mission et les attributions de l'OMS et d'arrêter la démarche commune à suivre en présence de toute situation d'urgence. D'après ce cadre l'OMS est censée agir très vite et de manière prévisible au mieux des intérêts des populations concernées et répondre de ses actions devant ces dernières^j.

8. **Endémique** – Qualifie la présence constante ou la prévalence habituelle de toute maladie ou de tout agent pathogène transmissible au sein de telle population d'une zone géographique donnée^k.

9. **Épidémie** – Survenue, dans telle communauté ou région, de cas d'une maladie, d'éléments spécifiques concernant la santé ou d'autres événements sanitaires manifestement plus nombreux que normalement attendus. Le nombre de cas montrant qu'il y a épidémie varie selon l'agent en cause, l'ampleur de l'épidémie et le type de population exposé, l'exposition antérieure – ou non – à la maladie, et le moment et le lieu où ces cas surviennent^l.

10. **Équipe médicale étrangère** – Unité fournie par telle institution ou tel pays déployée par l'OMS pour apporter des soins d'urgence à tous sujets atteints de maladies épidémiques, ou souffrant de traumatismes ou autres affections qui peuvent être fatales^m.

^g www.who.int/hrh/documents/community_health_workers_brief.pdf.

^h www.cdc.gov/coronavirus/.

ⁱ www.who.int/ictrp/glossary/en/#TrialPhase.

^j www.who.int/hac/about/erf/en/.

^k www.cdc.gov/ophss/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section11.html.

^l www.who.int/hac/about/definitions/en/.

^m www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt/en/.

11. **Grippe H1N1** – Virus de la grippe d’origine porcine à l’origine de la pandémie de 2009; il revient désormais dans le monde de manière saisonnièreⁿ.

12. **Grippe H5N1** – Virus de la grippe aviaire présentant un taux de mortalité de près de 60 % qui n’a, à ce jour, montré que peu de cas de transmission d’homme à homme^o.

13. **Soins de santé** – Fourniture de services en vue d’entretenir et d’améliorer la santé physique et mentale^p.

14. **Module sectoriel Santé** – Par module sectoriel on entend tout groupe d’institutions œuvrant ensemble à la réalisation d’objectifs communs dans un secteur donné de l’action d’urgence^q. L’OMS est l’organisme chef de file du Groupe sectoriel Santé mondial, qui regroupe à l’heure actuelle une trentaine d’organismes, d’organisations et d’institutions partenaires à vocation humanitaire^r.

15. **Crise sanitaire** – Aux fins du présent rapport, le Groupe a choisi de s’intéresser spécialement aux crises sanitaires nées de poussées épidémiques de maladies transmissibles nouvelles ou aigües ou réémergentes, risquant de se propager dans le monde entier. D’une manière générale, par crise sanitaire on entend tout événement dont le système de santé ne peut contenir la propagation et qu’il ne peut empêcher de provoquer une morbidité et une mortalité excessives, événement qui peut découler d’une poussée épidémique, de toute catastrophe naturelle ou de tout autre phénomène.

16. **Personnel de santé** – Vaste catégorie de personnes diversement qualifiées proposées à la prestation de soins de santé et de services de santé publique^s.

17. **Système de santé** – Système ayant pour vocation de coordonner toutes les activités nécessaires à la promotion de la santé de la personne et des populations, à leur guérison et à leur maintien en bonne santé^t.

18. **Niveaux d’urgence d’ordre humanitaire du Comité permanent interorganisations** – Le Comité permanent interorganisations (CPI) est le mécanisme principal de coordination interorganisations en matière d’assistance humanitaire face aux situations d’urgence complexes et majeures, dont l’action est coordonnée par le Coordonnateur des secours d’urgence^u. Le CPI classe les urgences humanitaires en trois niveaux. Le niveau 1 concerne les situations d’urgence pouvant être gérées par les bureaux de pays; le niveau 2 vise les situations d’urgence nécessitant une mobilisation des ressources supérieures à celles des bureaux de pays, par exemple les ressources régionales, le niveau 3 exigeant de mettre en branle l’ensemble du système humanitaire.

Par situation de niveau 3 (ou « L3 ») on entend toute crise humanitaire majeure soudaine née de quelque catastrophe naturelle ou conflit, qui exige de mobiliser l’ensemble du système pour répondre plus efficacement aux besoins

ⁿ www.cdc.gov/h1n1flu/updates/042609.htm.

^o www.cdc.gov/h1n1flu/updates/042609.htm.

^p www.oxforddictionaries.com/us/definition/american_english/healthcare.

^q www.who.int/hac/techguidance/tools/manuals/who_field_handbook/annex_7/en/.

^r www.who.int/hac/about/faqs/en/index3.html.

^s www.who.int/whr/2006/06_chap1_en.pdf.

^t www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html.

^u interagencystandingcommittee.org/iasc/membership-and-structure.

humanitaires des populations sinistrées. On n'a recours à cette mesure exceptionnelle qu'en présence de circonstances exceptionnelles où la gravité de la situation justifie de procéder à une mobilisation extraordinaire, et ce sans méconnaître la complémentarité des systèmes humanitaires. C'est au Coordonnateur des secours d'urgence, agissant en consultation avec les responsables du CPI, qu'il appartient de qualifier telle situation situation d'urgence de niveau 3 et ce par référence à cinq critères : portée, complexité, urgence, potentiel et risque de réputation^v.

19. **Prévention et contrôle de l'infection** – Principes de base servant à prévenir la propagation de toute infection, en particulier dans les établissements de soins et les lieux publics^w.

20. **Règlement sanitaire international (2005) (RSI)** – Instrument juridique international venu succéder à l'International Sanitary Regulations, liant 196 États du monde, y compris tous les États membres de l'OMS, le RSI a pour objet de prévenir la propagation de toute maladie dans le monde, de protéger la population et de combattre la maladie, sans entraver inutilement les voyages et échanges internationaux. Le Règlement prescrit à tout État membre, entre autres responsabilités et obligations, de notifier à l'OMS certaines épidémies et certains événements de santé publique. Adoptée en 2005, la dernière révision du Règlement est entrée en vigueur le 15 juin 2007^x.

21. **Principales capacités essentielles prescrites par le RSI** – Le Règlement sanitaire international de 2005 définit les principales capacités dont doit se doter chacun des 196 États parties audit instrument, le but étant que tous les pays soient en mesure de détecter toute urgence de santé publique de portée internationale et d'y réagir comme il se doit^y.

22. **Comité d'examen du RSI** – Le RSI envisage la constitution d'un Comité d'examen à la suite de toute situation de crise sanitaire qualifiée d'urgence de santé publique de portée internationale. Ce comité est censé apprécier l'efficacité du RSI sous l'angle de la prévention, de la préparation et de l'intervention face à la crise. Un Comité d'examen du RSI a été chargé en août 2015 d'évaluer le fonctionnement du RSI à l'occasion de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest.

23. **Pays les moins avancés** – Par pays les moins avancés on entend les pays à faible revenu dont le développement durable se heurte à de sérieux obstacles d'ordre structurel. A l'heure actuelle 48 pays sont rangés dans la catégorie dite des pays les moins avancés par les Nations Unies. Fondé sur le revenu national brut (RNB) par habitant, le critère de revenu renseigne sur le niveau de revenu du pays. On détermine le seuil d'entrée de tout pays dans cette catégorie en calculant la moyenne de son RNB par habitant sur trois ans, selon la méthode suivie par la Banque mondiale pour déterminer les pays à faible revenu. On a retenu le seuil de 1 035 dollars aux fins de l'examen de 2015^z.

24. **Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV)** – Virus zoonotique (transmis de l'animal à l'homme) isolé pour la première fois en

^v <https://interagencystandingcommittee.org/node/2564>.

^w www.who.int/topics/infection_control/en/.

^x www.who.int/ihr/about/faq/en/.

^y www.phe.gov/Preparedness/international/ihr/Documents/Cor%20Capacity%205_12.pdf.

^z www.un.org/en/development/desa/policy/cdp/ldc/ldc_criteria.shtml.

Arabie saoudite en 2012. Le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient est une maladie respiratoire virale causée par un nouveau coronavirus (MERS-CoV)^{aa}.

25. **Santé sur mobile (m-health)** – Élément de cybersanté organisant la fourniture de services et d'informations de santé au moyen de technologies mobiles, (téléphones portables, tablettes numériques, assistants numériques personnels, etc.)^{bb}.

26. **Protocole de Nagoya relatif à la Convention sur la diversité biologique** – Le Protocole de Nagoya sur l'accès aux ressources génétiques et le partage juste et équitable des avantages découlant de leur utilisation est un accord venant compléter la Convention sur la diversité biologique. Entré en vigueur en 2014, il institue un cadre juridique transparent aux fins du partage juste et équitable des avantages découlant de l'utilisation des ressources génétiques. Il vient pourvoir à la sécurité juridique et à la transparence en faveur des utilisateurs et fournisseurs de ressources génétiques en organisant des conditions d'accès aux ressources génétiques plus prévisibles et le partage des avantages lorsque telles ressources génétiques quittent le pays d'origine^{cc}.

27. **Point focal national RSI** – Censé jouer un rôle crucial dans les communications à l'intention de l'OMS et de tous organes nationaux œuvrant à la mise en œuvre des prescriptions du RSI, le point focal national a pour mission la coordination nationale, la communication d'informations et la notification d'événements sanitaires à l'OMS^{dd}.

28. **Maladies négligées** – Véritable fléau des plus pauvres régions du monde, les maladies négligées sont souvent oubliées des sociétés pharmaceutiques, décideurs, programmes de santé publique et médias. Nombre d'entre elles sont des maladies transmissibles essentiellement présentes en milieu tropical, même si elles peuvent surgir en divers autres milieux dans le monde^{ee}.

29. **Maladies tropicales négligées** – Groupe hétéroclite de 18 maladies transmissibles sévissant en milieu tropical et subtropical dans 149 pays, qui, touchant plus d'un milliard de personnes, coûtent des milliards de dollars par an à l'économie de pays en développement. Elles affectent essentiellement les populations pauvres, privées de système d'assainissement adéquat et en contact étroit avec les vecteurs de transmission, les animaux domestiques et le bétail^{ff}.

30. **Maladies non transmissibles** – Également appelées maladies chroniques, elles ne sont pas contagieuses, c'est-à-dire qu'elles ne peuvent pas se transmettre d'homme à homme. Elles durent longtemps et évoluent lentement d'ordinaire. Il s'agit notamment des maladies cardiovasculaires (infarctus, accidents cardiovasculaires, etc.), du cancer, des maladies respiratoires chroniques (bronchopneumopathie obstructive, asthme, etc.) et du diabète^{gg}.

31. **Aide publique au développement (APD)** – Par APD on entend les apports de ressources à des pays et territoires ou à des institutions multilatérales : a) émanant

^{aa} www.who.int/mediacentre/factsheets/mers-cov/en/.

^{bb} www.who.int/tb/areas-of-work/digital-health/definitions/en/.

^{cc} www.cbd.int/abs/about/.

^{dd} www.who.int/ihr/nfp/en/.

^{ee} https://rarediseases.info.nih.gov/files/neglected_diseases_faqs.pdf.

^{ff} www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/.

^{gg} www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/.

d'organismes publics, y compris les États et les collectivités locales; et b) sachant que chaque transaction i) a pour but principal de favoriser le développement économique et l'amélioration du niveau de vie des pays en développement, et ii) est assortie de conditions favorables et comporte un élément de libéralité au moins égal à 25 % (sur la base d'un taux d'actualisation de 10 %) ^{hh}.

32. **Une santé** – Approche unique de la santé visant à améliorer la santé et le bien-être en prévenant les risques et en atténuant les effets des crises qui naissent du contact entre l'homme et l'animal en divers milieux ⁱⁱ.

33. **Poussée épidémique** – Expression répondant à la même définition que l'épidémie mais est souvent réservée à une zone géographique plus limitée ^{jj}.

34. **Pandémie** – S'entend de toute épidémie ayant gagné plusieurs pays ou continents, et touchant généralement un grand nombre de personnes ^{kk}.

35. **Cadre de préparation en cas de grippe pandémique (Cadre PIP)** – Le Cadre PIP est pour les États Membres, le secteur privé de la santé, les autres parties prenantes et l'OMS le lieu d'arrêter une approche mondiale de la préparation et de l'intervention en présence de grippe pandémique. Il a pour principaux objectifs l'amélioration et le renforcement de l'échange de virus grippaux susceptibles de déclencher des pandémies humaines et l'amélioration de l'accès des pays en développement aux vaccins et autres matériels nécessaires en cas de pandémie ^{ll}.

36. **Agent pathogène** – Organisme causant une maladie chez l'homme (bactéries, virus, parasites, champignons, etc.) ^{mm}.

37. **Accessoires de protection personnelle** – Matériel conçu pour protéger toute personne contre toutes blessures ou maladies professionnelles graves résultant d'un contact avec quelque danger chimique, radiologique, physique, électrique, mécanique ou autre sur le lieu de travail. On y inclut outre les écrans faciaux, lunettes de protection, casques et chaussures de sécurité, divers objets et vêtements (lunettes, salopettes, gants, gilets, protecteurs d'ouïe, matériel de protection des voies respiratoires, etc.). Pour en rendre l'usage efficace, il convient d'apprendre à tout usager de ces accessoires à les porter, à les enlever et les traiter après usage, ⁿⁿ.

38. **Santé publique** – Science et art de promouvoir la santé, de prévenir les maladies et de prolonger la vie organisés par la société ^{oo}.

39. **Situation d'urgence sanitaire publique** – Cas ou menace imminente de maladie ou de problème de santé causé par des événements tels qu'une épidémie ou une pandémie gros de risque de décès ou de longue ou permanente invalidité ^{pp}.

^{hh} www.oecd.org/dac/stats/officialdevelopmentassistance/definitionandcoverage.htm.

ⁱⁱ www.onehealthglobal.net/what-is-one-health/.

^{jj} www.cdc.gov/ophss/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section11.html.

^{kk} www.cdc.gov/ophss/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section11.html.

^{ll} www.who.int/influenza/pip/en/.

^{mm} www.cdc.gov/vaccines/about/terms/glossary.htm.

ⁿⁿ www.osha.gov/OshDoc/data_General_Facts/ppe-factsheet.pdf.

^{oo} www.who.int/rpc/meetings/wr2004/en/index8.html.

^{pp} www.who.int/hac/about/definitions/en/.

40. **Urgence de santé publique de portée internationale** – S'entend de tout événement extraordinaire, tel qu'il résulte du Règlement sanitaire international (2005) :

a) Qui constitue un risque pour la santé publique dans d'autres États en raison du risque de propagation internationale de maladies;

b) Qui peut requérir une action internationale coordonnée^{qq}.

Le Directeur général déclare l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale après consultation avec l'État partie concerné et le Comité d'urgence chargé de formuler des recommandations temporaires correspondantes. Pour déterminer si tel événement constitue une urgence de santé publique de portée internationale, le Directeur général tient compte :

a) Des informations fournies par l'État partie;

b) De l'instrument de décision figurant à l'annexe 2 du Règlement sanitaire international (2005);

c) De l'avis du Comité d'urgence;

d) Des principes scientifiques, ainsi que des éléments de preuve scientifiques disponibles et autres informations pertinentes;

e) D'une évaluation du risque pour la santé humaine, du risque de propagation internationale de maladies et du risque d'entraves au trafic international^{rr}.

41. **Accord sanitaire et phytosanitaire** – L'Accord sur l'application de mesures sanitaires et phytosanitaires tend à concilier le droit des membres de l'OMC de protéger la santé et l'impératif de permettre la libre circulation de marchandises entre les frontières. Cet accord consacre le droit des membres de l'OMC d'adopter des mesures légitimes pour protéger la sécurité alimentaire et la santé de la faune et de la flore tout en veillant à ce que ces mesures ne soient pas appliquées sans qu'il y ait lieu, à des fins protectionnistes^{ss}.

42. **Couverture sanitaire universelle** – Ambition de permettre à toute personne de se procurer tous soins et services de santé dont elle a besoin sans s'exposer à la ruine et ce en organisant un solide système bien administré, le financement des services de santé, l'accès à tous médicaments et technologies essentiels et la formation des travailleurs de santé^{tt}.

43. **Maladie à transmission vectorielle** – Maladie transmise à l'homme par des vecteurs (autres que l'homme ou l'animal) tels que moustiques et tiques^{uu}.

44. **Assemblée mondiale de la santé** – Organe directeur de l'OMS, l'Assemblée mondiale de la santé détermine les politiques de l'organisation, en nomme le Directeur général, supervise les politiques financières et adopte, après examen, le programme et budget proposé^{vv}.

^{qq} www.who.int/ihr/procedures/pheic/en/.

^{rr} www.who.int/ihr/publications/9789241596664/en/.

^{ss} www.wto.org/english/thewto_e/20y_e/sps_brochure20y_e.pdf.

^{tt} http://www.who.int/universal_health_coverage/en/.

^{uu} http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/emerging_and_vector-borne_diseases/vector-borne_diseases/pages/index.aspx.

^{vv} <http://www.who.int/mediacentre/events/governance/wha/en/>.

45. **Représentant de pays de l’OMS** – Le représentant de pays de l’OMS qui dirige et administre la mise en œuvre des initiatives de programme du pays, travaille en étroite collaboration avec les ministères d’État/de la santé du pays hôte et des organisations non gouvernementales^{ww}.

46. **Niveaux d’urgence de l’OMS** – L’OMS classe les situations d’urgence en quatre niveaux, selon des critères bien précis :

a) Sans caractère d’urgence : Événement en cours d’évaluation, de suivi ou de surveillance par l’OMS mais qui ne nécessite aucune action de l’OMS à ce moment-là;

b) Niveau 1 : Événement survenu dans un ou plusieurs pays ayant des conséquences minimales pour la santé publique et nécessitant une action minimale du bureau de pays de l’OMS ou une action minimale de l’OMS à l’échelle internationale, l’aide de l’organisation et/ou d’un partenaire externe demandée par le bureau de pays étant minimale. L’aide apportée au bureau de pays de l’OMS est coordonnée par un point de contact au bureau régional;

c) Niveau 2 : Événement survenu dans un ou plusieurs pays ayant des conséquences modérées pour la santé publique et nécessitant une action modérée du bureau de pays de l’OMS et/ou une action modérée de l’OMS à l’échelle internationale, l’aide de l’Organisation et/ou d’un partenaire externe demandée par le bureau de pays étant modérée. Une équipe d’appui à l’action d’urgence dirigée en dehors du bureau régional coordonne l’aide apportée au bureau de pays de l’OMS (l’équipe d’appui à l’action d’urgence n’est dirigée du Siège que si plusieurs régions sont touchées);

d) Niveau 3 : Événement survenu dans un ou plusieurs pays ayant d’importantes répercussions sur la santé publique et nécessitant une action de grande envergure du bureau de pays de l’OMS et/ou une action de grande envergure de l’OMS à l’échelle internationale. Une équipe d’appui à l’action d’urgence dirigée du bureau régional coordonne l’aide apportée au bureau de pays de l’OMS^{xx}.

47. **Zoonose** – Maladie transmissible de l’homme à l’animal, et vice-versa causée par des virus, bactéries, parasites ou champignons^{yy}.

^{ww} <http://apps.hr.emory.edu/JobDescriptions/class.jsp?code=XA29>.

^{xx} www.who.int/hac/donorinfo/g3_contributions/en/.

^{yy} www.cdc.gov/onehealth/zoonotic-diseases.html.

Annexe II

Dates clés de la crise et de l'intervention

2013

28 décembre – Décès du premier patient, un enfant âgé de 2 ans.

2014

18 mars – Les responsables guinéens des services de santé annoncent qu'une épidémie de fièvre hémorragique s'est déclarée et signalent 35 cas d'infection, dont au moins 23 mortels. Le 22 mars, les autorités guinéennes confirment qu'il s'agit de la maladie à virus Ebola.

Fin mars – L'OMS annonce 112 cas présumés ou confirmés d'Ebola ayant causé la mort de 70 personnes en Guinée. Le Ministère libérien de la santé confirme les deux premiers cas de fièvre hémorragique Ebola du pays, les patients se trouvant dans les comtés de Lofa et de Nimba. Trois cas d'infection présumés sont également signalés en Sierra Leone.

Fin avril – L'OMS annonce 239 cas d'infection, dont 160 mortels, en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone.

19 mai – Le Ministre guinéen de la santé informe l'Assemblée mondiale de la santé de la progression du virus Ebola dans son pays et note des résultats encourageants.

Fin mai – L'OMS annonce 383 cas d'infection, dont 211 mortels, en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone.

17 juin – Le Libéria annonce que le virus Ebola a atteint sa capitale, Monrovia.

21 juin – L'organisation Médecins sans frontières déclare que la deuxième vague de l'épidémie est incontrôlable et demande que des ressources massives soient allouées pour combattre cette flambée.

Fin juin – L'OMS annonce 779 cas, dont 481 mortels, en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone.

12 juillet – La Sierra Leone annonce un premier cas d'Ebola dans sa capitale, Freetown.

20 juillet – Patrick Sawyer, un haut fonctionnaire du Ministère libérien des finances, se rend en avion à Lagos (Nigeria) et y introduit le virus. C'est la première fois que la maladie est inoculée dans un nouveau pays à l'occasion d'un vol international. Suite à cet incident, des plans d'urgence sont adoptés pour organiser un comité d'urgence chargé d'évaluer la situation relative à l'Ebola conformément aux dispositions énoncées dans le Règlement sanitaire international (RSI). M. Sawyer meurt dans un hôpital nigérian le 25 juillet.

29 juillet – Le docteur Sheik Umar Khan, le plus grand spécialiste de la Sierra Leone en matière de fièvre hémorragique, est victime de l'Ebola. Il est à ce jour l'agent sanitaire le plus notoire à avoir succombé à cette maladie. Près de 500 agents sanitaires sont morts durant l'épidémie.

30 juillet – Le Libéria ferme les écoles et ordonne la mise en quarantaine des collectivités les plus touchées en faisant appel à son armée. La Sierra Leone commence également à déployer des troupes pour imposer la mise en quarantaine.

Fin juillet – L'OMS annonce 1 603 cas, dont 887 mortels, en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone.

6-7 août – La première réunion du Comité d'urgence du RSI consacrée à la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest est organisée par téléconférence. Le Comité conclut à l'unanimité que l'épidémie d'Ebola devrait constituer une urgence de santé publique de portée internationale aux termes du RSI, et transmet ses observations, ainsi que ses recommandations provisoires, au Directeur général de l'OMS.

8 août – Le Directeur général de l'OMS déclare que l'épidémie constitue une urgence de santé publique de portée internationale.

12 août – Un groupe d'experts de l'OMS approuve l'utilisation de médicaments et de vaccins qui n'ont pas encore fait leurs preuves. Des essais cliniques ont ensuite commencé sur plusieurs traitements et vaccins au stade expérimental.

27 août – L'OMS annonce une feuille de route pour la riposte à l'épidémie, qui définit des stratégies, des niveaux de risque dans les pays et des objectifs assortis d'échéances.

29 août – Le Sénégal confirme son premier cas d'Ebola, un citoyen guinéen qui s'est rendu à Dakar. L'homme est guéri et aucun autre cas n'est recensé. Le Sénégal est déclaré exempt d'Ebola le 17 octobre 2014.

Fin août – Les statistiques de l'OMS indiquent que 3 707 cas d'infection, dont 1 808 mortels, ont été enregistrés en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone.

18-19 septembre – Une session extraordinaire du Conseil de sécurité est convoquée le 18 septembre afin d'évaluer les conséquences de l'épidémie en termes de menace pour la paix et la sécurité internationales. L'Assemblée générale et le Conseil de sécurité adoptent des résolutions portant création de la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (MINUAUCE); c'est la première fois que l'ONU crée une mission pour répondre à une urgence sanitaire.

22 septembre – L'OMS annonce au total 20 cas, dont 8 mortels, au Nigeria. Le pays est déclaré exempt d'Ebola le 20 octobre.

Fin septembre – Les statistiques de l'OMS indiquent que 7 157 cas, dont 3 330 mortels, ont été enregistrés en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone.

24 octobre – Une petite fille guinéenne âgée de 2 ans meurt des suites du virus Ebola au Mali. Il s'agit du premier cas recensé dans ce pays. Le virus n'est pas transmis.

27 octobre – Un imam guinéen meurt dans un dispensaire de Bamako, au Mali. Ce cas découle d'une deuxième chaîne de transmission, indépendante de la première. Ce cas n'est diagnostiqué que le 11 novembre, lorsqu'il est confirmé qu'un infirmier du dispensaire a été infecté par le virus. Au total, huit cas, dont six mortels, ont été enregistrés au cours des deux flambées au Mali.

Fin octobre – Les statistiques de l'OMS indiquent que 13 540 cas au total, dont 4 941 mortels, ont été enregistrés en Afrique de l'Ouest (Guinée, Libéria et Sierra

Leone). L'OMS signale une baisse du taux d'infection au Libéria, partiellement en raison des changements instaurés dans les pratiques funéraires culturelles. Il ressort d'une analyse plus approfondie des bases de données relatives aux patients que 3 792 cas supplémentaires ont été recensés par l'OMS durant l'épidémie.

Fin novembre – Les statistiques de l'OMS indiquent que 15 901 cas au total, dont 5 674 mortels, ont été enregistrés en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone.

18-19 décembre – Le Secrétaire général Ban Ki-moon s'engage, pendant sa visite dans la région, à fournir un appui aux pays touchés d'Afrique de l'Ouest afin de reconstruire leurs systèmes sanitaires.

Fin décembre – Les statistiques de l'OMS indiquent que 20 171 cas au total, dont 7 890 mortels, ont été enregistrés.

2015

18 janvier – Le Gouvernement malien et l'OMS déclarent le pays exempt d'Ebola.

21 janvier – La Guinée, la Sierra Leone et le Libéria font tous trois état des taux d'infection les plus faibles depuis août 2014.

5 mars – Le dernier cas confirmé d'Ebola au Libéria est autorisé à sortir de l'hôpital. Le 9 mai, l'OMS déclare le Libéria exempt d'Ebola.

29 juin – Six cas d'infection, dont deux mortels, sont enregistrés lors d'une nouvelle flambée d'Ebola au Libéria. En novembre 2015, une deuxième réapparition du virus donne lieu à la déclaration de trois nouveaux cas, dont un mortel, au Libéria. Ces deux flambées sont dues à la transmission par des survivants de l'Ebola.

31 juillet – Selon des essais cliniques en Guinée, un vaccin contre l'Ebola se serait avéré efficace.

31 juillet – Le mandat de MINUAUCE prend fin et ses responsabilités de chef de file dans la lutte contre l'Ebola sont transférées à l'OMS et à ses partenaires.

7 novembre – L'OMS déclare la Sierra Leone exempte d'Ebola.

29 décembre – L'OMS déclare la Guinée exempte d'Ebola.

2016

14 janvier – Un nouveau cas confirmé d'Ebola est recensé en Sierra Leone.

Annexe III

Composition du Groupe de haut niveau sur la riposte mondiale aux crises sanitaires

Jakaya Mrisho Kikwete (République-Unie de Tanzanie) (Président) a été élu quatrième Président de la République-Unie de Tanzanie en décembre 2005 et réélu en octobre 2010 pour un second mandat, qui s'est terminé le 5 novembre 2015. Il a été nommé pour la première fois au Gouvernement en 1988, où il a exercé plusieurs fonctions ministérielles, notamment celles de Ministre des finances, Ministre de l'eau, de l'énergie et des ressources minérales et Ministre des affaires étrangères et de la coopération internationale (1995-2005). Il a été Président de l'Union africaine (2008-2009) et de la troïka de la Communauté de développement de l'Afrique australe sur la politique, la défense et la sécurité (2012-2013). Il est actuellement Président du Sommet des chefs d'État de la Communauté d'Afrique de l'Est.

Micheline Calmy-Rey (Suisse) a été Présidente du Gouvernement du canton de Genève (2001-2002) avant d'être élue au Conseil fédéral suisse en décembre 2002, à la tête du Département fédéral des affaires étrangères (2003-2011). En 2007 et en 2011, elle a rempli deux mandats d'un an en tant que Présidente de la Confédération suisse. En mai 2012, elle a été nommée professeure invitée à l'Université de Genève.

Celso Amorim (Brésil) a occupé le poste de Ministre des relations étrangères (1993-1994 et 2003-2010), et celui de Ministre de la défense (2011-2014). Avant cela, il a été Représentant permanent du Brésil auprès de l'Organisation des Nations Unies à Genève (1991-1993), Représentant permanent du Brésil auprès de l'Organisation des Nations Unies à New York (1995-1999), Représentant permanent du Brésil auprès de l'Organisation mondiale du commerce (1999-2001) et Ambassadeur du Brésil au Royaume-Uni (2002). Il a également été Président-Directeur général de la Brazilian Film Corporation (Embrafilme) de 1979 à 1982 et a exercé la fonction de Sous-Secrétaire au Ministère de la science et de la technologie (1985-1988). Il est l'auteur de plusieurs livres et publications sur la culture, la science, les technologies et les relations internationales. Son dernier livre s'intitule *Teerã, Ramalá e Doha* (2015).

R. M. Marty M. Natalegawa (Indonésie) a occupé le poste de Ministre des affaires étrangères de la République d'Indonésie (2009-2014). Avant cela, il a été Représentant permanent de l'Indonésie auprès de l'Organisation des Nations Unies à New York (2007-2009). De 2005 à 2007, il a exercé la fonction d'Ambassadeur de l'Indonésie au Royaume-Uni. Il a commencé sa carrière au Département des affaires étrangères de l'Indonésie en 1986.

Joy Phumaphi (Botswana) est la Secrétaire exécutive de l'Alliance des dirigeants africains contre le paludisme. Elle a exercé la fonction de membre du Parlement, assumant diverses responsabilités au sein du Gouvernement, tout d'abord au Ministère du territoire et du logement (1995-1999) puis au Ministère de la santé (1999-2003). Plus tard, elle a rejoint l'Organisation mondiale de la Santé en tant que Sous-Directrice générale pour la santé familiale et communautaire (2003-2007). Elle a occupé le poste de Vice-Présidente de la Banque mondiale pour le développement humain (2007-2009). Elle a également participé à plusieurs

commissions et à des groupes d'experts et a fait partie des conseils d'administration de différentes organisations sans but lucratif internationales œuvrant dans le domaine de la santé mondiale.

Rajiv Shah (États-Unis d'Amérique) a été Administrateur de l'Agence des États-Unis pour le développement international (2010-2015), ce qui lui a permis de donner de l'élan à sa mission axée sur l'éradication de l'extrême pauvreté en même temps que de promouvoir des sociétés démocratiques et résilientes. Il a mis au point de nouveaux partenariats public-privé et a préconisé l'innovation scientifique, en invitant le secteur privé et les dirigeants parlementaires des deux camps à se rallier à sa cause. Il a aussi dirigé les interventions humanitaires menées par le Gouvernement américain lors de crises catastrophiques, notamment le tremblement de terre en Haïti, le typhon Haiyan et l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest.

Auparavant, il a occupé la fonction de Sous-Secrétaire et Responsable scientifique du Département américain de l'agriculture, et il a avant cela passé huit ans avec la Bill and Melinda Gates Foundation, où il a travaillé depuis sa création, jouant un rôle de premier plan dans les domaines de la santé mondiale, de l'agriculture et des services financiers.

Annexe IV

Réunions organisées

Réunions plénières du Groupe

4-8 mai 2015

Siège de l'Organisation des Nations Unies
New York et Greentree, New York

13-17 juillet 2015

Office des Nations Unies à Genève et Organisation mondiale de la Santé
Genève

2-6 août 2015

Guinée, Sierra Leone et Libéria

14-18 septembre 2015

Siège de l'Organisation des Nations Unies
New York

16-20 novembre 2015

Office des Nations Unies à Genève
Genève

14-18 décembre 2015

Siège de l'Organisation des Nations Unies
New York

Tables rondes

2 juillet 2015

Table ronde sur la réforme de l'OMS
Siège de l'Organisation des Nations Unies
New York

7 juillet 2015

Table ronde sur les précédentes crises sanitaires
Siège de l'Organisation des Nations Unies
New York

10 août 2015

Table ronde avec les bureaux régionaux en Afrique de l'Ouest
Dakar

4 septembre 2015

Table ronde sur les sciences sociales et la riposte aux crises sanitaires
Université de Sussex
Brighton, Angleterre

9 et 10 novembre 2015

Table ronde avec des experts sur les conclusions préliminaires du Groupe de haut
niveau sur la riposte mondiale aux crises sanitaires
Siège de l'Organisation des Nations Unies
New York

11 novembre 2015
Table ronde avec des experts sur la recherche et le développement
Siège de l'Organisation des Nations Unies et par téléconférence
New York

Annexe V

Travaux de recherche

Chatham House, *Profiles of successful responses to Ebola – Nigeria, Senegal and Mali*, 3 août 2015.

D^{rs} Didier Wernli et Antoine Flahault, *Strengthening research and development for and access to health technologies for neglected diseases and global health threats*, 3 juillet 2015.

David Fidler, *Memorandum on the International Health Regulations*, 9 juillet 2015.

D^f Awa Coll-Seck, *Ebola's impact on Senegal*, 16 août 2015.

Chatham House, *Public health surveillance and alert in sub-Saharan Africa*, 29 octobre 2015.

D^f Alan Capps, *Military involvement in the Ebola response*, août 2015.

D^f Oyewale Tomori, *Nigeria's health infrastructure and its response to Ebola*, 16 août 2015.

Chatham House, *Comparing Ebola experiences in Guinea, Libéria and Sierra Leone*, 3 août 2015.

Chatham House, *Border issues in the West African Ebola outbreak: Regional dynamics*, 3 août 2015.

Annexe VI

Bibliographie condensée

- Abramowitz, S. A., Bardosh, K. L. *et al.* (24 janvier 2015). « Social science intelligence in the global Ebola response », *The Lancet*, vol. 385, n° 9965, p. 330. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60119-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60119-2)
- Assemblée générale des Nations Unies. (19 septembre 2014). AG Résolution 69/1 : Mesures visant à endiguer et combattre l'épidémie à virus Ebola qui s'est déclarée récemment en Afrique de l'Ouest. Consultée le 21 janvier 2016 sur le site http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/69/1
- Baer, D. (27 mai 2015). « Bill Gates just described his biggest fear – and it could kill 33 million ». *Business Insider UK*. Consulté le 18 novembre 2015 sur le site <http://uk.businessinsider.com/bill-gates-biggest-fear-is-a-killer-flu-2015-5?r=US&IR=T>
- Baize, S. (16 avril 2014). « Emergence of Zaire Ebola Virus Disease in Guinea ». *N Engl J Med*, 371, S. 1418-1425. DOI:10.1056/NEJMoa1404505
- Bakari, E., Frumence, G. (16 août 2013). « Challenges to the Implementation of the International Health Regulations (2005) on Preventing Infectious Diseases: experience from Julius Nyerere International Airport, Tanzania ». *Global Health Action* 2013 6: 20942, <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i10.20942>
- BBC News. (6 novembre 2015). « Ebola: Mapping the outbreak ». Consulté le 20 novembre 2015 sur le site <http://www.bbc.com/news/world-africa-28755033>
- Chandran, R. (8 juillet 2015). It's Not There, so Build It: Pandemic Response, the UN, and the World Bank. *Centre de recherche sur les politiques*. Consulté le 22 janvier 2016 sur le site <http://collections.unu.edu/view/UNU:3230>
- Chatham House. (2014). *Shared Responsibilities for Health: A Coherent Global Framework for Health Financing*. Consulté le 26 novembre 2015 sur le site https://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/field/field_document/20140521_HealthFinancing.pdf
- Commission chargée de créer un cadre sur les risques sanitaires mondiaux pour l'avenir. (13 janvier 2016). *The Neglected Dimension of Global Security: A Framework to Counter Infectious Disease Crises*. Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academies of Science.
- Commission économique pour l'Afrique des Nations Unies. (janvier 2015). *Incidences socioéconomiques d'Ebola sur l'Afrique*. Addis-Abeba, Éthiopie.
- Conseil de sécurité de l'Organisation des Nations Unies. (18 septembre 2014). Resolution 2177 (2014). Consultée le 21 janvier 2016 sur le site [http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2177%20\(2014\)](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=S/RES/2177%20(2014))
- Dawood, F. S., Luliano, A. D., *et al.* (septembre 2012). « Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modelling study ». *The Lancet*, 12(9), 687-695. Consulté le 1^{er} décembre 2015 sur le site [http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(12\)70121-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(12)70121-4/abstract)

- DuBois, M., Wake, C., *et al.* (octobre 2015). *The Ebola response in West Africa: Exposing the politics and culture of international aid*. Londres, Royaume-Uni: Humanitarian Policy Group, Overseas Development Institute.
- Durrheim, D. N., Crowcroft, N. S. et Strelbel, P. M. (5 décembre 2014). Measles – The epidemiology of elimination. *Vaccine*, 32(51), 6880-6883. DOI:10.1016/j.vaccine.2014.10.061
- Farmer, P. (10 juillet 2015). *Building Health Systems and Increasing Resilience to Crises: Lessons from Rwanda*. Bureau du Conseiller spécial du Secrétaire général pour la médecine de proximité et les enseignements tirés de la situation en Haïti.
- Forum économique mondial. (juin 2015). Managing the Risk and Impact of Future Epidemics: Options for Public-Private Cooperation. Consulté le 21 janvier 2016 sur le site http://www3.weforum.org/docs/WEF_Managing_Risk_Epidemics_report_2015.pdf
- Gates, B. (18 mars 2015). « The Next Epidemic – Lessons from Ebola ». *N Engl J Med*, 372, p. 1381-1384, DOI: 10.1056/NEJMp1502918
- Gostin, L.O., Friedman, E.A. (9 mai 2015). « A retrospective and prospective analysis of the west African Ebola virus disease epidemic: robust national health systems at the foundation and an empowered WHO at the apex ». *The Lancet* 2015; 385: 1902–09.
- Gostin, L.O., DeBartolo, M.C., *et al.* (22 novembre 2015). *The Lancet*, vol. 386, n° 10009, p. 2222 à 2226. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00948-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00948-4)
- Groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola. (17 juillet 2015). *Rapport du Groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Groupe de la Banque mondiale. (2014). *Update on the Economic Impact of the 2014 Ebola Epidemic on Liberia, Sierra Leone, and Guinea*. Consulté le 1^{er} décembre 2015 sur le site <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Economic%20Impact%20Ebola%20Update%20%20Dec%202014.pdf>
- Håkon Angell Bolkan, D. A.-T. (19 décembre 2014). « Ebola and indirect effects on health service function in Sierra Leone ». *PLOS Curr.* DOI:10.1371/currents.outbreaks.0307d588df619f9c9447f8ead5b72b2d.
- Ighobor, K. (décembre 2014). « Ebola Threatens Economic Gains in Affected Countries ». *African Renewal*. Consulté le 20 novembre 2015 sur le site <http://www.un.org/africarenewal/magazine/december-2014/ebola-threatens-economic-gains-affected-countries>
- Independent Expert Group. (2015). *Policy Recommendations for the G7 from the Independent Expert Group (IEG): Preparing for the Next Epidemic – A Global Preparedness and Response System*
- Institute for Development Studies. (février 2015). *Practice Paper in Brief 16: Ebola and Lessons for Development*. Brighton, Royaume-Uni: Institute for Development Studies, Université de Sussex.

- Institute for Development Studies. (février 2015). *Practice Paper in Brief 24: Local Engagement in Ebola Outbreaks and Beyond in Sierra Leone*. Brighton, Royaume-Uni: Institute for Development Studies, Université de Sussex.
- Institute of Medicine. (2014). Résumé. Buckely, G. J., Lange J. E., Peterson E. A. *Investing in Global Health Systems: Sustaining Gains, Transforming Lives* (p. 4). Washington, D.C.: National Academies Press. Consulté en décembre 2015 sur le site www.nap.edu/read/18940/chapter/1
- Kamradt-Scott, A., Harman, S., *et al.* (octobre 2015). *Saving Lives: The Civil-Military Response to the 2014 Ebola outbreak in West Africa*. Sydney, Australie: Université de Sydney.
- Katz, R., Fischer, J. (printemps 2010). « The Revised International Health Regulations: A Framework for Global Pandemic Response ». *Global Health Governance*, vol. 3, n° 2. Consulté le 21 janvier 2015 sur le site http://ghgj.org/Katz%20and%20Fischer_The%20Revised%20International%20Health%20Regulations.pdf
- Keesing, F., Belden, L. K., *et al.* (1^{er} décembre 2010). « Impacts of biodiversity on the emergence and transmission of infectious diseases ». *Nature*, 468 (7324), 647-652. DOI:10.1038/nature09575
- Klein, E. (27 mai 2015). « The most predictable disaster in the history of the human race ». *Vox*. Consulté le 22 janvier 2016 sur le site <http://www.vox.com/2015/5/27/8660249/gates-flu-pandemic>
- Louise H. Taylor, S. M. (9 juillet 2001). « Risk factors for human disease emergence ». *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. DOI: 10.1098/rstb.2001.0888
- Médecins sans frontières. (23 mars 2015). *Poussés au-delà de nos limites: Une année de lutte contre la plus vaste épidémie d'Ebola de l'Histoire*. Consulté le 21 janvier 2016 sur le site <https://www.doctorswithoutborders.org/sites/usa/files/msf143061.pdf>
- Menéndez, C., Lucas, A., *et al.* (22 janvier 2015). « Ebola crisis: the unequal impact on women and children's health ». *The Lancet*. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70009-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70009-4)
- Moon, S., Sridhar, D., *et al.* (22 novembre 2015). Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic. Rapport du Groupe indépendant sur l'action mondiale face à Ebola de la Harvard-LSHTM. *The Lancet*, 386: 2204–21. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00946-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00946-0)
- Morrison, J. S. (11 novembre 2014). The Trajectory of Ebola and Our Response. *Global Forecast 2015* (p. 92-95). Washington, DC: Center for Strategic and International Studies.
- OMS. (2015). Implementation of the International Health Regulations (2005): Responding to health emergencies. Consulté le 19 novembre 2015 sur le site http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_22-en.pdf
- OMS. (2015). Les facteurs qui ont contribué à la propagation cachée du virus Ebola et empêché son confinement rapide. Consulté le 21 novembre 2015 sur le site <http://www.who.int/csr/disease/ebola/one-year-report/factors/en/>

- OMS. (2015). *Statistiques sanitaires mondiales 2015*. Consulté le 20 novembre 2015 sur le site http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1
- Petherick, A. (10 février 2015). « Ebola in West Africa: learning the lessons ». *The Lancet*. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60075-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60075-7)
- Plotkin, S. A., Mahmoud, A. A. F., *et al.* (23 juillet 2015). « Establishing a Global Vaccine-Development Fund ». *N Engl J Med*, 373;4. DOI: 10.1056/NEJMp1506820
- Programme des Nations Unies pour le développement. (2014). *L'impact socioéconomique de la maladie à virus Ebola en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone*. Consulté le 1^{er} décembre 2015 sur le site http://www.africa.undp.org/content/dam/rba/docs/Reports/UNDP_Policy_note_EN_web.pdf
- Riley, S., Fraser, C., *et al.* (20 juin 2003). « Transmission Dynamics of the Etiological Agent of SARS in Hong Kong: Impact of Public Health Interventions ». *Science*, 300 (5627), 1961-1966. DOI: 10.1126/science.1086478
- Roos, R. (18 juin 2012). « Fouchier study reveals changes enabling airborne spread of H5N1 ». *CIDRAP News*. Consulté le 18 novembre 2015 sur le site <http://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2012/06/fouchier-study-reveals-changes-enabling-airborne-spread-h5n1>
- Rubin, H. (14 juillet 2011). *Future Global Shocks: Pandemics. Multi-Disciplinary Issues*, OECD/IFP Project.
- Sack, K. F. (29 décembre 2014). « How Ebola Roared Back ». Consulté le 21 novembre 2015 sur le site <http://www.nytimes.com/2014/12/30/health/how-ebola-roared-back.html>
- Save the Children. (2015). *A Wake-Up Call: Lessons from Ebola for the world's health systems*. Londres, Royaume-Uni: Save the Children.
- Serdobova, I., Kieny, M. (septembre 2006). « Assembling a Global Vaccine Development Pipeline for Infectious Diseases in the Developing World ». *AJPubHealth*, vol. 96, n° 9.
- Shiu Hung, L. (août 2003). « The SARS epidemic in Hong Kong: what lessons have we learned? ». *Journal of The Royal Society of Medicine*, 96(8), 374-378. Consulté le 1^{er} décembre 2015 sur le site www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC539564/
- Siedner, M. J., Gostin, L.O., *et al.* (25 mars 2015). « Strengthening the Detection of and Early Response to Public Health Emergencies: Lessons from the West African Ebola Epidemic ». *PLoS Med* 12(3): e1001804. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001804
- Sifferlin, A. (17 décembre 2014). « 5 Million Kids Aren't in School Because of Ebola ». Consulté le 20 novembre 2015 sur le site <http://time.com/3637570/5-million-kids-arent-in-school-because-of-ebola/>

- Summers, A. (19 décembre 2014). Challenges in Responding to the Ebola Epidemic – Four Rural Counties, Liberia, August-November 2014. Atlanta, GA, USA: *CDC Morbidity and Mortality Weekly Report*. Consulté le 21 janvier 2016 sur le site <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6350a5.htm>
- Sutherst, R. W. (janvier 2004). « Global Change and Human Vulnerability to Vector-Borne Diseases ». *Clinical Microbiology Reviews*, 17(1), 136-173. DOI:10.1128/CMR.17.1.136-173.2004
- Takahashi, S., Metcalf, C. J. E., *et al.* (13 mars 2015). « Reduced vaccination and the risk of measles and other childhood infections post-Ebola ». *Science*, vol. 347 (n° 6227), 1240-1242. DOI:10.1126/science.aaa3438
- Taubenberger, J., & Morens, D. M. (janvier 2006). 1918 Influenza: the Mother of All Pandemics. *Emerging Infectious Diseases*, 12 (1). DOI: 10.3201/eid1201.050979
- The Earth Institute, Columbia University. (2013). *One Million Community Health Workers: Technical Task Force Report*. Consulté le 27 novembre 2015 sur le site http://www.millenniumvillages.org/uploads/ReportPaper/1mCHW_TechnicalTaskForceReport.pdf
- Tully, C.M., Lambe, T., *et al.* (14 janvier 2015). « Emergency Ebola response: a new approach to the rapid design and development of vaccines against emerging diseases ». *The Lancet Infect Dis* 2015; 15: 356–59. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(14\)71071-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(14)71071-0)
- Yong Choi, J. (1^{er} septembre 2015). « An Outbreak of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Infection in South Korea, 2015 ». *Yonsei Medical Journal*, 56(5), 1174-1176. DOI:10.3349/ymj.2015.56.5.1174

Annexe VII

Remerciements

Très honorés de la confiance qu'il leur a accordée en les investissant de cette importante mission, les membres du Groupe tiennent à remercier le Secrétaire général Ban Ki-Moon pour sa direction éclairée et sa détermination à prévenir de nouvelles crises sanitaires dans le monde.

Le Vice-Secrétaire général, Jan Eliasson, et l'ancien Chef de cabinet du Secrétaire général, Susana Malcorra, ont apporté un soutien indéfectible aux membres du Groupe tout au long de l'élaboration du présent rapport, ce dont ils leur sont très reconnaissants.

L'ancien Envoyé spécial pour l'Ebola, David Nabarro, a fait preuve d'une sagesse et d'une perspicacité inestimables tout au long de nos travaux.

Le Groupe tient également à remercier sincèrement la Directrice générale de l'Organisation mondiale de la Santé, Margaret Chan, pour le temps qu'elle lui a consacré et les francs échanges de vues qu'elle a eus avec lui. Ils remercient en outre les membres de son équipe, pour l'appui considérable qu'ils lui ont apporté et l'esprit de coopération dont ils ont fait preuve.

Une mention spéciale revient aux chefs des États les plus touchés par le virus, que les membres du Groupe ont eu le privilège de rencontrer : le Président de la Guinée, Alpha Conde, la Présidente du Libéria, Ellen Johnson Sirleaf, et le Président de la Sierra Leone, Ernest Bai Koroma. Le Groupe salue les efforts inlassables qu'ils ont déployés dans la lutte contre Ebola. En outre, il tient à remercier le Président du Ghana, John Dramani Mahama, la Chancelière de la République fédérale d'Allemagne, Angela Merkel, et la Première Ministre de la Norvège, Erna Solberg. Le Groupe remercie l'Allemagne et la Norvège pour le rôle particulièrement actif qu'elles ont joué dans le financement des travaux.

Les représentants des États Membres de l'Organisation des Nations Unies et des autorités gouvernementales ont communiqué de nombreuses informations sur les travaux du Groupe et ont toujours été prêts à mener des consultations. Le Groupe les remercie pour leur participation et leurs contributions.

Les membres du Groupe remercient également la Présidente de la Commission de l'Union africaine, M^{me} Nkosazana Dlamini-Zuma, le Président du Groupe de la Banque mondiale, M. Jim Yong Kim, le Directeur des Centers for Disease Control and Preparedness des États-Unis, M. Tom Frieden, la Présidente internationale de Médecins sans frontières, M^{me} Joanne Liu et tous les organismes et partenaires des Nations Unies qui ont participé aux travaux. Ils remercient aussi tout particulièrement les quelque 300 experts qui se sont portés volontaires pour partager informations et conseils. Ces remerciements s'adressent également au personnel d'intervention et aux survivants des trois pays les plus touchés par la maladie.

Le Groupe est extrêmement reconnaissant envers M^{me} Gabrielle Fitzgerald, M. David Heymann, M^{me} Ann Marie Kimball, M^{me} Ilona Kickbusch et M. Lars Schaade pour l'énergie et le soutien dont ils ont fait preuve en organisant et en facilitant habilement des tables rondes sur les travaux du Groupe dans des délais très courts.

En dernier lieu, le Groupe tient à remercier les personnes ayant réalisé les examens simultanés qui lui ont fourni des informations et des conseils utiles, notamment M^{me} Barbara Stocking et ses collègues du Groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola de l'OMS; M. Victor Dzau et ses collègues de la Commission de l'Institute of Medicine chargée de créer un cadre sur les risques sanitaires mondiaux pour l'avenir; et M. Peter Piot et ses collègues du Groupe indépendant sur l'action mondiale face à Ebola de la Harvard/London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Dans le cadre d'un tel processus consultatif, les noms de centaines de personnes ayant aimablement coopéré avec le Groupe sont naturellement omis involontairement. Les membres du Groupe sont redevables aux experts, au personnel d'intervention, aux dirigeants, aux collectivités, aux survivants d'Ebola et à leurs collègues qui, à tout moment et de manière inconditionnelle, ont donné de leur temps et ont offert des conseils. Leur détermination à voir un monde exempt d'épidémies et de pandémies est une source d'inspiration.

Le Groupe souhaite également saluer le travail de son secrétariat, y compris son directeur. M. Ramesh Rajasingham, M^{me} Elin Gursky, M^{me} Sanjana Quazi, M. Moritz Meier-Ewert, M^{me} Sophie Rutenbar et M^{me} Karen Williams-Komlani. Il tient enfin à remercier le bénéficiaire de la bourse Mercator Fellowship, M. Jonathan Baum, et les stagiaires M. Mobeen Bhatti, M. David Mangar et M^{me} Kayla Robinson, pour leur concours.
