

La sécurité sanitaire dans le contexte mondial

Ces dernières années, la protection contre les maladies transmissibles est devenue un aspect central des politiques de santé en Suisse et dans le monde. Le Règlement sanitaire international de l'OMS est au cœur de ces efforts. Il oblige les États à détecter et circonscrire les flambées épidémiques le plus tôt possible. Cependant, il reste des progrès à faire dans l'application de ce règlement à l'échelle mondiale.

Par Ursula Jasper

SARS, MERS, H1N1, Ébola, Zika: la liste des maladies contagieuses qui ont effrayé le grand public et mis au défi les chercheurs du monde entier ces dernières années est longue. Aujourd'hui plus que jamais, les maladies transmissibles sont considérées comme une menace sérieuse pour la sécurité nationale et mondiale. Ainsi, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) désignait en 2007 le risque de pandémie de grippe d'un nouveau type comme «la plus redoutée des menaces pour la sécurité» (Rapport sur la santé dans le monde 2007). Pour les experts de la santé, l'intensification de la mobilité, les interdépendances liées aux flux de marchandises et aux échanges commerciaux, les migrations et le tourisme pourraient entraîner la diffusion rapide d'agents pathogènes dans le monde entier, c'est-à-dire une pandémie. Selon eux, cette situation rend impossible toute stratégie de lutte à l'échelle nationale et exige une démarche transnationale commune.

Après de longues années de négociation, l'OMS a adopté en 2005 un nouveau Règlement sanitaire international (RSI) conçu pour répondre à ces préoccupations. Tous les États membres de l'organisation se sont ainsi engagés à constituer des systèmes nationaux de détection et d'alerte précoces. L'objectif: être en mesure de déceler et



Le virus Zika transmis par les moustiques en 2016 a mené à une «urgence de santé publique aux proportions internationales». Paolo Withaker / Reuters

combattre à temps sur leurs territoires les flambées de maladies qui pourraient se propager dans le monde entier – ce qu'on appelle les «urgences de santé publique de portée internationale».

Racines historiques

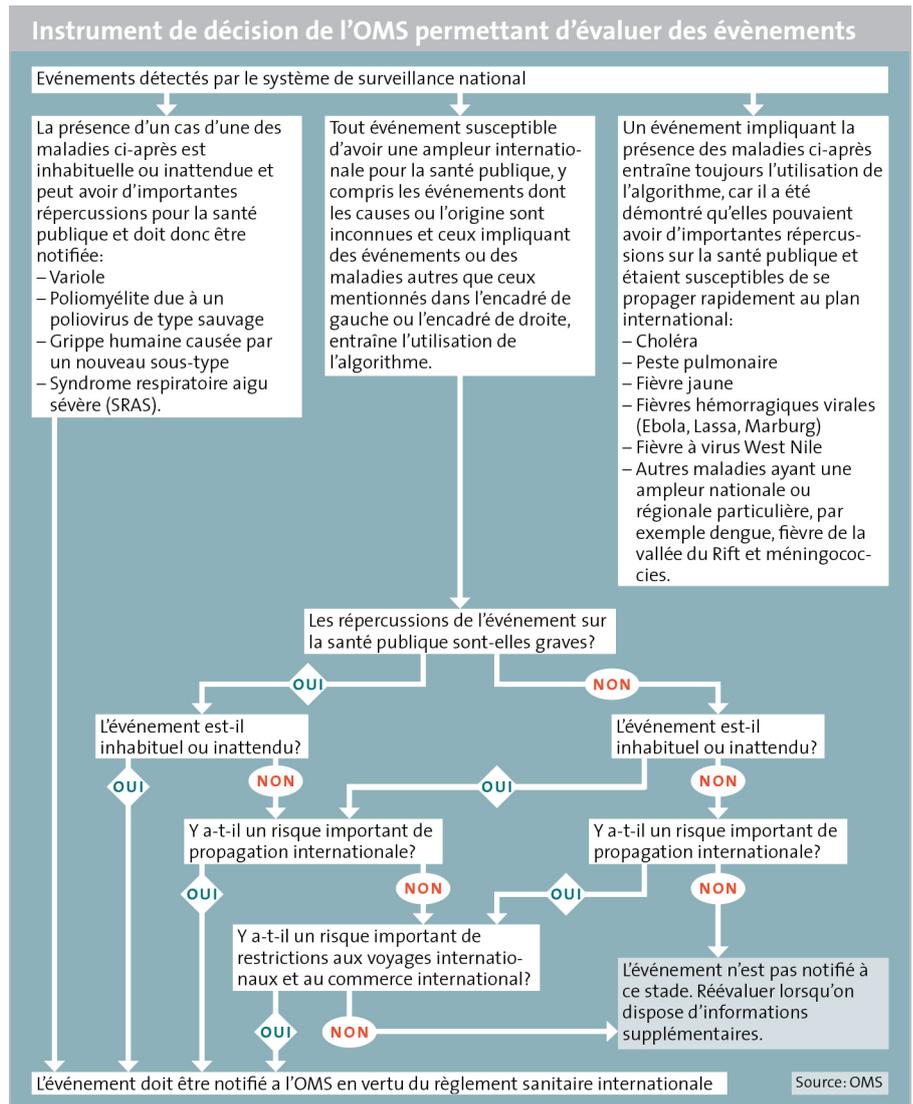
Les efforts internationaux de protection contre les maladies transmissibles ne sont pas un phénomène moderne. Au XIV^e siècle

déjà, des cités-États comme Venise imposaient aux marchands et aux voyageurs des règles de quarantaine, généralement unilatérales, pour se protéger contre l'introduction d'agents pathogènes comme la peste. Les équipages devaient rester à bord des bateaux devant la côte pendant 40 jours (en italien *quarantina di giorni*) avant d'être autorisés à débarquer et décharger leurs marchandises.

Mais on ne peut parler de coopération entre États que depuis 1851, date de la première Conférence sanitaire internationale qui a réuni douze pays à Paris. L'objectif était d'harmoniser les règles internationales de gestion des maladies transmissibles, en particulier le choléra, et d'élaborer des directives contraignantes. Cette conférence et la douzaine d'autres qui ont eu lieu par la suite ont permis de réfléchir à la manière dont les États pouvaient se protéger contre la propagation des maladies contagieuses sans mettre en péril la circulation des personnes et des marchandises à travers le monde. Elles ont jeté les bases du système sanitaire international qui allait perdurer pendant les décennies suivantes. Ces conférences reposaient sur deux principes: d'une part, les États participants acceptaient de s'informer mutuellement des flambées de certaines maladies sur leurs territoires respectifs. D'autre part, ils s'engageaient à ce que les mesures de lutte contre les maladies et de protection contre leur propagation n'aient pas d'effets disproportionnés sur le commerce international. Les règles et restrictions imposées devaient être en accord avec les preuves scientifiques acceptées à l'époque. La création de l'OMS en 1948 a contribué à harmoniser les différentes conventions et approches régionales et à instaurer un organe de coordination reconnu au niveau international. Au cours des décennies qui ont suivi sa naissance, l'organisation implantée à Genève s'est essentiellement concentrée sur la lutte contre les maladies transmissibles. Ses principales compétences sont la coordination technique, médicale et scientifique, l'élaboration de normes médicales, ainsi que la collecte systématique et la publication d'informations sur les épidémies.

Réformes des années 1990

Même si l'organisation a enregistré quelques succès, notamment l'éradication de la variole dans les années 1970, le système international de lutte contre les maladies transmissibles présentait de graves lacunes. Par exemple, les pays dissimulaient souvent les épidémies qui se déclenchaient sur leurs territoires, par crainte des préjudices économiques et des atteintes à leur réputation. De plus, l'obligation d'information était limitée à quelques affections: sur les six maladies qui devaient à l'origine être signalées à l'organisation en cas de flambée (le choléra, la peste, la fièvre jaune, la variole, le typhus et la fièvre récurrente), il n'en restait plus que trois en 1995 (le choléra, la peste et la fièvre jaune). Après une série de flambées épidémiques graves dans les années 1990, notamment un épisode de



choléra en Amérique du Sud et une épidémie d'Ébola dans l'ex-Zaïre, l'OMS a décidé en 1995 de réformer les règles de contrôle des maladies.

Pourtant, ce n'est qu'avec l'épidémie de SARS en 2002/2003 que l'urgence de la question a finalement poussé à un accord. Cette nouvelle maladie, déclenchée par un virus jusqu'alors inconnu, s'est propagée dans le monde entier en quelques semaines, alimentant la peur d'un «virus tueur» incontrôlable. Un patient originaire de la province chinoise du Guangdong s'était rendu à Hong Kong pour un mariage. Il avait alors contaminé plusieurs invités qui, à leur tour, avaient diffusé la maladie en continuant leur voyage. Le virus s'était rapidement propagé sur les routes aériennes très fréquentées vers Singapour, le Vietnam et le Canada. En quelques mois, plus de

8'000 personnes ont été infectées dans 25 pays sur cinq continents, dont 800 sont décédées.

Le «nouveau» règlement

Dans le contexte de la pandémie de SARS, les États membres de l'OMS se sont accordés en 2005 sur une vaste réforme du règlement sanitaire en vigueur jusqu'alors. Les nouvelles directives doivent toujours assurer un certain équilibre en permettant de contrôler et combattre les maladies transmissibles, tout en restreignant le moins possible la circulation des personnes et les échanges commerciaux dans le monde. Mais elles imposent aux États parties des exigences bien plus approfondies. Trois aspects revêtent une importance particulière: l'élargissement du schéma de notification, l'obligation pour les États parties de développer des systèmes nationaux de notifica-

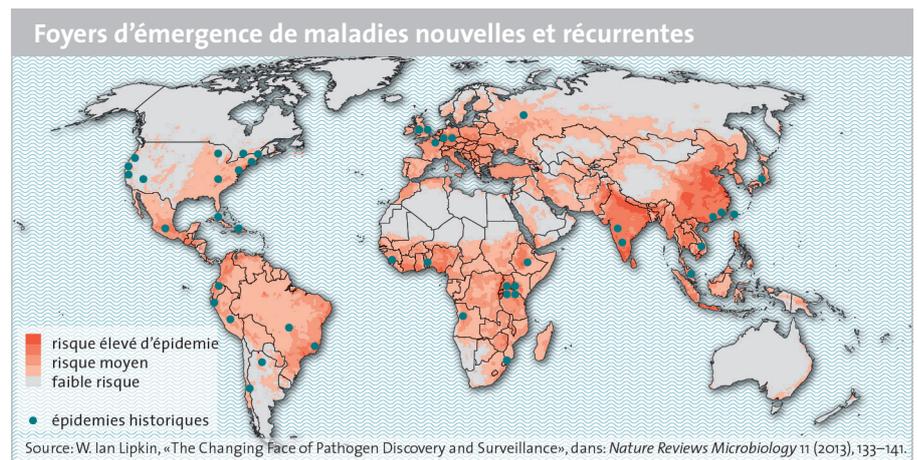
tion et des capacités pour les mesures de protection, ainsi que l'intégration d'acteurs non étatiques.

En premier lieu, le changement le plus marquant se rapporte aux cas à notifier. Les pays n'ont plus seulement l'obligation de signaler la flambée de certaines maladies prédéfinies. Ils doivent également rendre compte de tous les événements qui représentent un danger pour la santé publique et pourraient ainsi constituer une «urgence de santé publique de portée internationale». Il peut s'agir de maladies connues comme le choléra, la fièvre jaune ou Ebola, mais aussi de nouvelles pathologies ou affections jusqu'ici inconnues, quelle qu'en soit l'origine ou la source. Pour évaluer les événements, les États parties sont tenus d'utiliser un algorithme de décision (voir encadré page 2). Le critère décisif n'est pas la cause de la maladie, mais sa gravité et son risque de propagation à travers le monde. L'objectif est de veiller à ce que soient également signalés les événements qui ne peuvent pas être associés à des agents pathogènes connus ou à une cause évidente. Outre les pathogènes d'un nouveau type (voir encadré page 3), cela concerne aussi, en théorie, les flambées déclenchées par des agents biologiques ou chimiques ou par des matières radiologiques.

En deuxième lieu, les États membres de l'OMS s'engagent à développer de vastes capacités pour détecter, notifier et combattre les flambées épidémiques sur l'ensemble de leur territoire, afin de recenser rapidement les événements dignes d'attention et de pouvoir les signaler à l'OMS dans un délai de 24 heures après leur détec-

Fin 2016, moins de 75 % des pays avaient mis en œuvre le RSI et constitué les principales capacités demandées.

tion. Pour ce faire, chaque État désigne un point focal national RSI (en Suisse, il s'agit de l'Office fédéral de la santé publique) qui est en contact permanent avec l'OMS et assure la communication interne et externe entre l'OMS et les autorités locales en cas d'événement. En outre, les États ont cinq ans pour mettre en place, si ce n'est déjà fait, un système de notification à tous les niveaux administratifs (municipal, intermédiaire, national). Par exemple, ils doivent être en mesure de collecter les informations disponibles au niveau local sur le tableau clinique de l'épidémie, les résultats d'ana-



lyse en laboratoire, le nombre de cas et de décès et les mesures sanitaires prises, pour ensuite les transmettre à l'instance supérieure afin d'appliquer immédiatement les premières mesures. Selon le règlement, les États doivent également élaborer des plans nationaux pour réagir aux crises sanitaires et mettre en place des capacités logistiques et des équipes d'intervention pluridisciplinaires capables d'instaurer des mesures locales à tout moment.

En troisième lieu, le nouveau règlement sanitaire prévoit que l'OMS ne dépende plus exclusivement de la coopération et des notifications des gouvernements nationaux. Elle peut aussi utiliser des informations fournies par des acteurs non étatiques pour déclarer l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale et recommander des mesures, même sans l'accord du pays concerné. L'évolution des technologies de communication rend cette approche particulièrement intéressante: il existe aujourd'hui une multitude de moyens d'information basés sur internet (*digital disease surveillance*) qui recueillent des données épidémiologiques sur les foyers potentiels de maladie et les événements sanitaires inhabituels.

Mise en œuvre nationale et mondiale

En Suisse, le Conseil fédéral a approuvé le RSI en 2006 et lancé une révision des domaines du droit national concernés. Indépendamment des évolutions dans le cadre de l'OMS, la Suisse possédait déjà bon nombre des capacités requises en matière de surveillance et de lutte contre les maladies. Les changements les plus conséquents ont donc essentiellement été une révision

de la loi sur les épidémies et le remaniement des plans nationaux et cantonaux en cas de pandémie. Dans ce cadre, la priorité était d'éclaircir et de rationaliser les compétences entre les cantons et la Confédération en cas de crise. Le principal défi consistait à concentrer les responsabilités et garantir une gestion de crise cohérente au sein du système fédéral. L'une des grandes nouveautés est un modèle d'escalade à trois niveaux à partir d'une situation normale, particulière et extraordinaire, qui prévoit un déplacement des compétences jusqu'à la Confédération, selon la gravité de l'événement. D'autre part, les plans de la Confédération et des cantons en cas de pandémie établissent la stratégie de gestion qui sera concrètement mise en œuvre si un événement survient: mesures logistiques de distribution de vaccins et de médicaments, prise en charge médicale, principes de conduite et de communication, etc.

Pour d'autres États, en revanche, la transposition du règlement dans le droit national, et en particulier le développement des infrastructures médicales et logistiques requises, pose de gros problèmes. Fin 2016, moins de 75 % des pays avaient mis en œuvre le RSI et constitué les principales capacités demandées. L'application des directives du RSI est particulièrement difficile pour les pays en développement, dont beaucoup disposent de systèmes de santé rudimentaires et de moyens limités pour les financer. Les détracteurs craignent également que les pays se sentent obligés de modifier la répartition des ressources au sein du système de santé. Ainsi, le développement des capacités requises pourrait se faire aux dépens des soins de base ou d'autres objectifs prioritaires, par exemple la réduction de la mortalité des nourrissons. En

l'absence d'aides financières internationales concrètes, qui n'étaient pas prévues à l'origine, il sera donc difficile d'appliquer le RSI à l'échelle mondiale sans compromettre d'autres objectifs de santé.

Qui plus est, beaucoup reprochent au nouveau RSI de refléter essentiellement les priorités des pays industrialisés et d'être conçu pour détecter rapidement les flambées épidémiques dans les pays du Sud, afin d'éviter leur propagation au Nord. Pour ses

Le système international de protection contre les maladies transmissibles ne pouvait pas être plus solide que les services de santé locaux.

détracteurs, les efforts déployés n'apporteront une contribution décisive à la sécurité sanitaire mondiale que s'ils se concentrent sur la lutte contre les causes des maladies, à savoir la pauvreté, le manque d'hygiène, les carences des soins de santé de base et le mauvais accès aux médicaments.

Une pièce du puzzle

En 2014, soit près de dix ans après l'adoption du RSI, l'épidémie dramatique d'Ébola en Afrique de l'Ouest n'a pas fait l'objet de toute l'attention nécessaire et soulevé, de ce fait, la question de l'intérêt du nouveau règlement sanitaire pour la sécurité sanitaire mondiale. En Sierra Leone, au Libéria et en Guinée, pays les plus sévèrement touchés, plus de 30'000 personnes ont été infectées et 11'000 ont perdu la vie. L'OMS a été accusée d'avoir réagi à l'épidémie trop tard et sans assez de détermination: il a fallu attendre quatre mois et demi après la flambée de la maladie et deux mois et demi après que Médecins sans frontières ait dé-

crit la situation comme «hors de contrôle» pour que l'organisation déclare l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale.

Cet épisode a également démontré que le système international de protection contre les maladies transmissibles ne pouvait pas être plus solide que les maillons les plus faibles de la chaîne, c'est-à-dire les services de santé locaux. Les États ne peuvent appliquer et opérationnaliser le RSI que s'ils dis-

posent d'une infrastructure de santé minimale et fonctionnelle. Pour cela, ils ont besoin de l'aide financière et technique de l'OMS et des pays industrialisés. La fragmentation croissante de l'architecture sanitaire mondiale depuis plusieurs années n'a pas été d'une grande aide. Les initiatives privées et publiques,

les fondations et ONG, les entreprises, les autorités sanitaires nationales, les initiatives multilatérales comme le G7 ou le G20 et les organisations internationales comme la Banque mondiale, le Fonds monétaire international (FMI) et l'Organisation mondiale du commerce (OMC) sont devenues des acteurs influents des politiques de santé. Cette situation a affaibli le leadership et le rôle de coordination de l'OMS.

En raison d'importantes coupes budgétaires, l'organisation a dû supprimer de nombreux postes, aussi bien à son siège de Genève que dans les antennes régionales. En cas de crise sanitaire aiguë, il faudra donc du temps pour reconstituer l'expertise perdue. Dans le cadre de sa politique extérieure en matière de santé adoptée en 2012, la Suisse a prévu de travailler au renforcement de l'OMS et à la consolidation de l'architecture sanitaire mondiale. Au vu du contexte, ce projet présente un intérêt certain.

Par ailleurs, l'épisode d'Ébola illustre une autre faiblesse structurelle de l'architecture sanitaire mondiale: l'agent pathogène à l'origine de la maladie n'est absolument pas nouveau. Le virus est identifié depuis les années 1970. Pourtant, il n'existait jusqu'en 2015 aucun vaccin car, compte tenu des perspectives «normales» de marché et de rendement, l'industrie pharmaceutique a peu d'intérêt à investir dans la recherche sur des maladies qui sont relativement rares ou surviennent principalement dans les pays pauvres. Pour orienter les activités de recherche et développement dans cette direction, il faut mettre en place de nouveaux modèles de financement et des partenariats public-privé (comme le Mécanisme de financement d'urgence en cas de pandémie de la Banque mondiale ou le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme). Cependant, les observateurs mettent déjà en garde contre le risque que cela «marchandise» encore davantage les soins de santé et les subordonne à des objectifs économiques.

L'adoption en 2005 du Règlement sanitaire international n'est donc qu'une pièce du puzzle que constitue la sécurité sanitaire mondiale. Pour circonscrire efficacement le risque de pandémies, il faudra encore effectuer des avancées politiques, sociales, financières, technologiques et médicales à l'échelle nationale, et surtout mondiale, au cours des prochaines années.

Dr. Ursula Jasper est Senior Researcher au Center for Security Studies (CSS) de l'EPF Zurich. Elle est notamment l'auteur de «Die Gesundheitsaus-senpolitik der Schweiz: Eine Zwischenbilanz» (dans: *Bulletin 2017 zur schweizerischen Sicherheitspolitik*, à paraître en novembre).

Les analyses de politique de sécurité du CSS sont publiées par le Center for Security Studies (CSS) de l'ETH Zurich. Deux analyses paraissent chaque mois en allemand, français et anglais. Le CSS est un centre de compétence en matière de politique de sécurité suisse et internationale.

Editeurs: Christian Nünlist et Matthias Bieri
Traduction: Consultra; Relecture: Fabien Merz
Layout et graphiques: Miriam Dahinden-Ganzoni
ISSN: 2296-0228

Feedback et commentaires: analysen@sipo.gess.ethz.ch
Téléchargement et abonnement: www.css.ethz.ch/cssanalysen

Parus précédemment:

Les enjeux stratégiques du marché du pétrole No 216
Mali: une paix fragile No 215
Contre-interroger la Cour pénale No 214
OTAN: repousser les limites pour la résilience No 213
L'administration Trump et la grande stratégie américaine No 212
La médiation des conflits violents No 211