

Quatorzièmes rencontres internationales d'Aix-en-Provence

Colloque des 8 et 9
décembre 2006

L La société internationale et les grandes pandémies

SOUS LA DIRECTION DE
ROSTANE MEHDI
ET SANDRINE MALJEAN-DUBOIS

Editions A.PEDONE
13 rue Soufflot - 75005 Paris
2007

© Editions A. PEDONE –
I.S.B.N. 978-2-233-00517-5

ALLOCUTIONS D'OUVERTURE

Christian Duval,

Directeur de l'Institut d'Etudes politiques d'Aix-en-Provence

C'est une évidence, la mondialisation accroît le risque de propagation internationale des maladies infectieuses. Certes, celles-ci ont toujours ignoré les frontières comme le prouvent la trop funeste grippe de 1918 et ses millions de morts partout dans le monde. Mais, fait sans précédent dans l'histoire, la considérable multiplication des échanges et des contacts humains ou matériels facilite une contagion potentiellement planétaire. Malgré cela, quelques Etats restent tentés par l'option d'un protectionnisme sanitaire totalement inadapté. L'importation des virus est en effet impossible à prévoir et à contenir. La seule solution est internationale. Elle réside dans l'adoption de dispositifs de prévention et d'action favorisant le traitement de ces « crises sanitaires » au moyen de mesures multilatérales.

Tel est le thème de ces quatorzièmes rencontres internationales d'Aix-en-Provence auxquelles l'IEP ne pouvait que s'associer. D'abord parce que depuis l'initiative originelle du Professeur Yves Daudet, ancien Directeur, l'Institut a toujours très vivement soutenu et accueilli l'ensemble de ces colloques – moments attendus de notre vie universitaire. Ensuite parce que l'objet des débats ne pouvait que susciter l'intérêt des chercheurs, enseignants et étudiants de « Sciences Po ». Les sujets de réflexion abordés recourent, pour la plupart, nos champs d'enseignement et de recherche, actuels ou potentiels : gestion des crises internationales, conception et mise en œuvre de dispositifs de régulation internationale, liens entre développement et santé publique, évaluation de nouveaux risques politiques internationaux tels que le bioterrorisme...

Voilà qui à n'en point douter inspirera et alimentera travaux et débats futurs dans notre Institution.

A titre personnel, et en tant que nouveau Directeur de l'IEP, je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont permis la très belle réussite de cette manifestation : le comité scientifique, le comité d'organisation, les contributeurs, les bénévoles... un remerciement particulier pour le Professeur Louis Dubouis.

Sandrine Maljean-Dubois,

Chargée de recherche au CNRS, directrice-adjointe du CERIC

Rostane Mehdi,

*Professeur à l'Université Paul Cézanne (Aix-Marseille III)
et au Collège d'Europe de Bruges, Directeur du CERIC*

Placées sous la direction scientifique du CERIC, les Rencontres internationales d'Aix-en-Provence ont été lancées en 1991 par le Professeur Yves Daudet, avec l'audace et la prescience que chacun lui connaît. Depuis lors, les thèmes se sont succédés sans toujours se ressembler, mais l'esprit initial de ces rencontres perdure, marqué par une volonté tout à la fois d'ouverture vers les praticiens, diplomates, hauts fonctionnaires internationaux, et de pluralité des disciplines scientifiques représentées. Les quatorzièmes Rencontres, qui se sont tenues les 8-9 décembre 2006 sur le thème des « grandes pandémies », n'ont pas dérogé à cette tradition. La problématique interroge naturellement les médecins, mais aussi les juristes, les politistes, les sociologues, les économistes, les anthropologues ou les historiens ; seul le dialogue des disciplines peut en éclairer les multiples facettes.

« *La peste fut notre affaire à tous* » note le narrateur de l'œuvre éponyme d'Albert Camus. La densité des rapports noués à travers les frontières depuis le XIX^{ème} siècle disqualifie la vision d'un monde découpé bien nettement en compartiments isolés appelés Etats ou nations qui ne reflètent pas la réalité des faits dans une grande partie de la planète.

Les premiers accords internationaux d'« hygiène publique » furent signés au XIX^{ème} siècle. Ils avaient pour objectif d'empêcher le développement des épidémies telles que la peste ou le choléra sur le territoire national. Depuis la création de l'Organisation Mondiale de la Santé, en 1948, l'appréhension de ces épidémies s'est peu à peu globalisée. Les préoccupations sanitaires sont de plus en plus prégnantes, tant les menaces sont réelles : persistance de pandémies telles que la tuberculose ou le paludisme, développement et ravages du VIH/SIDA, notamment en Afrique, apparition de nouveaux risques. Ainsi les peurs provoquées par le SRAS, la grippe aviaire ou encore le risque d'éventuelles attaques terroristes chimiques et bactériologiques ont-elles ces dernières années conféré une grande acuité à cette question.

De fait, la lutte contre les grandes pandémies s'intensifie et est devenue l'un des objectifs principaux des Nations Unies. La santé figure au rang des Objectifs du Millénaire pour le Développement. En particulier, « combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies » en constitue l'Objectif 6. Les cibles 7 et 8 prévoient : « d'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/sida et avoir commencé à inverser la tendance actuelle » et « d'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle ». 2015, c'est demain...

Le sujet met en évidence la nécessité d'une approche globale dans la lutte contre les pandémies, elles-mêmes indissociables de plusieurs facteurs économiques, politiques et sociaux tels que le niveau de développement, l'éducation, la sécurité alimentaire, les relations homme-femme ou encore les facteurs environnementaux. Les liens avec le développement humain et le développement durable sont marqués. Plus loin encore, le 10 janvier 2000, le Conseil de sécurité des Nations unies a identifié la pandémie de sida comme une menace pour la paix et la sécurité mondiale. Quelques mois plus tard, en juin 2000, les membres du G8 soulignaient le risque majeur de déséquilibre mondial que représentent les épidémies de sida et de tuberculose et le paludisme endémique dans les pays en développement. En 2001, l'Assemblée générale de l'ONU a tenu une session extraordinaire – la première consacrée à une maladie – sur le VIH/SIDA.

Toutes les institutions de la famille des Nations Unies sont concernées à un titre ou un autre, y compris les institutions de Bretton Woods. L'Organisation mondiale du commerce a également un rôle à jouer, s'agissant de la problématique – déterminante – de l'accès aux médicaments essentiels et notamment aux médicaments rétro antiviraux. Les programmes se multiplient et les initiatives tant locales qu'internationales aussi : création d'ONUSIDA en 1996, d'un Fonds mondial du Secrétaire général pour la santé et contre le sida, partenariat international contre le sida en Afrique en 2001, d'un Fonds global de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme en 2002, mise en place de la Facilité internationale d'achats de médicaments. Une Conférence internationale sur le VIH/SIDA a lieu tous les deux ans, en alternance dans un pays développé et en développement (Bangkok en 2004, Toronto en 2006).

La communauté internationale avance, mais encore en ordre dispersé, et les résultats de ces multiples stratégies et actions sont encore assez modestes. Les crises aiguës – telles que le SRAS ou la grippe aviaire – ont mis en lumière l'inadaptation du cadre institutionnel et normatif

RAPPORT INTRODUCTIF

Jean Salmon,

*Professeur émérite à l'Université Libre de Bruxelles,
Membre de l'Institut de droit international*

Le droit international de la santé est un parent pauvre de la littérature juridique internationale. Il est vrai que la question semble relever plus de la compétence des médecins, des épidémiologistes et des spécialistes de santé publique que de celle des humbles juristes.

Aussi l'humble juriste, qui a toujours tout à apprendre de celui qui connaît les faits, s'est-il mis sagement à l'écoute de l'histoire étrange des pandémies.

Mais d'abord qu'est-ce qu'une pandémie ? Il s'agit d'une épidémie¹ qui atteint un grand nombre de personnes dans une zone géographique très étendue².

Le phénomène n'est pas nouveau ; il remonte à la nuit des temps. Car l'homme a toujours vécu en symbiose avec microbes, bactéries et virus. Comme l'écrit le professeur Norbert Gualde - auquel nous empruntons une grande partie de nos informations - : « *La cohabitation des hommes et des microbes est une situation normale. Le corps humain héberge des milliards de bactéries et de virus. L'histoire humaine est celle d'une longue vie commune* ». Comme il écrit encore « *nous demeurons chez les microbes qui nous habitent* »³ ; « *Nous possédons des bactéries qui nous possèdent* »⁴.

Il s'agit toutefois d'un ménage à trois sinon à quatre. Outre le virus et l'homme, il faut compter avec le réservoir et le vecteur.

Le réservoir d'un virus est « *un animal qui héberge un virus et qui peut le transmettre à un autre organisme d'une espèce différente* »⁵

¹ « *développement d'une maladie ou d'un phénomène pathologique qui atteint simultanément de nombreux individus répartis sur une région déterminée et soumis à des influences identiques et inhabituelles* ».

² *Petit Robert.*

³ N. Gualde, *Comprendre les épidémies, Les empêchements de tourner en rond*, Le Seuil, Paris, p. 217.

⁴ *Ibid.*

⁵ A. Gessain, J.-C. Manuguerra, *Les virus émergents*, PUF, QSI, 2006, Paris, p. 18. Selon le Règlement sanitaire international dans sa version de 2005 – ci-dessous « RSI (2005) » - « *'réservoir' s'entend d'un animal, d'une plante ou d'une substance qui héberge*

Ainsi, le rat héberge la puce qui sera un vecteur de la peste. L'être humain peut aussi être un réservoir.

Le vecteur, pour sa part, est un « *animal susceptible de transmettre directement ou via un autre animal un agent infectieux* »⁶. Ainsi, parmi les oiseaux : le canard et le poulet sont vecteurs de la grippe. Parmi les mammifères : le renard, la chauve-souris pour la rage ; le porc pour la grippe ; les rongeurs pour la peste, le virus Hanta, la fièvre de Lassa, la lèpre ; Les mollusques pour l'hépatite. Au sein des insectes : la puce et le poux pour la peste ; les tiques pour la maladie de Lyme ; les moustiques pour le paludisme, la fièvre jaune, la dengue, la maladie du virus West Nile ; la mouche tsé-tsé pour la maladie du sommeil ; une punaise pour la maladie de Chagas, etc.

Les immunités

Face à cette « Triplique » (virus - réservoir - vecteur) comment l'individu se défend-t-il ? Il est protégé par ce que l'on appelle des immunités (au sens médical qui n'a rien à voir avec celui des juristes).

L'immunité c'est « *la faculté physiologique que l'être humain possède de se défendre contre des composants de son environnement potentiellement hostiles* »⁷. On distingue les immunités individuelles et les immunités des populations.

L'immunité individuelle est soit innée (résilience essentielle), soit adaptative ou accidentelle (lorsque le sujet a résisté à la maladie ou a été vacciné).

L'immunité des populations résulte du fait que ces dernières sont constituées de sujets ayant résisté à la maladie ou de sujets vaccinés. Lorsqu'un grand nombre de sujets d'une population donnée est immunisée, cela empêche la diffusion en son sein de l'agent correspondant au vaccin. L'épidémie ne se répand pas faute de victimes. Ainsi une campagne de vaccination ayant éradiqué la variole en 1980, on cessa la vaccination. Tous ceux qui sont nés après cette date ne sont protégés que par leurs aînés qui ont été vaccinés. Un problème pourrait naître, si d'aventure la variole devait réapparaître. Les générations anciennes s'amenuisent et sont submergées par de nouvelles générations non immunisées. Il faudrait alors songer à reprendre la vaccination. La question est d'ailleurs à l'étude.

normalement un agent infectieux et dont la présence peut constituer un risque pour la santé publique ».

⁶ Selon le RSI (2005), « 'vecteur' s'entend d'un insecte ou de tout animal qui véhicule normalement un agent infectieux constituant un risque pour la santé publique » (art.1. Définition).

⁷ N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.*, L'immunité des populations, pp. 47-78.

Dans l'exposé qui suit, avant de voir comment on peut considérer que le droit international appréhende le phénomène des pandémies, il n'est pas inutile d'examiner comment ces dernières sont apparues et les facteurs - y compris la responsabilité humaine - expliquant leur développement.

I. LE DEVELOPPEMENT DES PANDEMIES ET L'HOMME

A. L'historique des pandémies

La cohabitation humains - bactéries étant une vieille histoire, on peut se demander comment elle a évolué. L'histoire des relations entre bactéries et genre humain est pleine d'instruction.

a) Au *néolithique*, du temps où - on le suppose - l'homme vivait en groupe de quelques dizaines d'individus, il était en contact avec des virus à transmission familiale ou chronique ou encore contractait des maladies d'origine animale (zoonose), notamment à l'occasion de la chasse.

b) La *première transition épidémique*, selon Norbert Gualde, accompagne l'abandon au néolithique d'une économie fondée sur la chasse, la pêche et la cueillette au profit d'une *économie de production (domestication d'animaux et agriculture)*. Avec l'avènement de la domestication des animaux (porc, bœuf, mouton, chèvre), apparaissent de nouvelles maladies virales d'origine animale: la variole, la diphtérie, la grippe, les salmonelloses, la peste, la tuberculose, la lèpre, la rougeole). L'adoption de l'agriculture comme moyen de production implique sédentarisation, souvent déboisements (essartage) et irrigation. Ceci, à son tour, signifie retenue d'eau, eaux stagnantes, déjections d'animaux, réservoirs de vecteurs microbiens (moustiques du plasmodium du paludisme, la mouche tsé-tsé, trypanosome de la maladie du sommeil, etc.). Ce sont des bouillons de culture bactériens (typhoïde, choléra), viraux ou parasitaires (bilharziose, etc.).

c) La *deuxième transition épidémique* s'est produite durant l'Antiquité avec la *fondation des cités-États* très peuplées. La construction de routes, les échanges commerciaux et les guerres créent les conditions de propagation de cités à cités des épidémies, désignées sous le nom de peste. Par exemple l'épidémie dite « peste d'Athènes » au V^{ème} siècle. Au Moyen-Âge la peste fait régulièrement des réapparitions jusqu'à la fameuse peste noire du XIV^{ème} siècle (1347). Elle fut causée par la terrible bactérie *yersinia pestis*. Le Tartare Khan Djanibek assiégeait les Génois à Kaffa sur la mer Noire. Son armée fut décimée par une épidémie de peste. Avant de lever le siège, par dépit, il

fit catapulter des cadavres au-dessus des murailles. Les Génois fuirent avec 18 galères, emportant de précieuses marchandises et ... le bacille à Constantinople, Messine, puis Marseille. L'esprit de lucre fut cause de plusieurs millions de morts en Europe entre 1347 et 1350. La peste réapparaîtra de manière récurrente pendant une centaine d'années, notamment à Avignon en 1359. À cette occasion parmi les 17 000 morts, on comptera 9 cardinaux et les cent évêques sans exception. Il faut croire que Dieu reconnaissait les siens.

d) La *troisième transition épidémique* se produisit au XVI^{ème} siècle, avec la *conquête du Nouveau Monde*. En 1520, Hernán Cortez met le siège devant Tenochtitlán. Son armée est porteuse de la variole. Dans la population assiégée affaiblie, l'épidémie provoque des milliers de morts dans les deux ans qui suivent. Elle s'étendra progressivement à tout le continent jusqu'à la fin du siècle. On estime le nombre de morts à 50 millions. Les Européens étaient immunisés, les Amérindiens ne l'étaient pas.

Avec la colonisation de l'Afrique, on assiste à un nouvel échange de microbes. Les colonisateurs s'attachent à soigner la malaria et la fièvre jaune qui font des ravages parmi les conquérants Européens. On étudie, quoique de moindre manière, la maladie du sommeil et l'onchocercose.

Dans l'Europe du XIX^{ème} siècle : à l'époque industrielle, les villes de l'Europe du Nord sont envahies par la tuberculose (la phtisie) liée aux conditions sociales misérables particulièrement celles de la classe ouvrière.

Conséquence d'une mondialisation avant l'heure, produite par les mouvements des armées en guerre et les déplacements de population consécutifs à la 1^{ère} guerre mondiale, la grippe espagnole fit entre 1918 et 1920 entre 20 et 40 millions de morts (les évaluations varient selon les sources). Elle est considérée comme ayant fait plus de morts que la première guerre mondiale.

e) La *quatrième transition épidémique* accompagne la *mondialisation*. En amplifiant et accélérant de façon considérable les échanges de biens et les déplacements humains elle a largement favorisé la propagation des épidémies. Les virus vont plus loin et plus vite. « *Il n'a fallu que quelques semaines au virus du SRAS pour quitter sa province de Guandong pour gagner Hong Kong, le Vietnam et Toronto* »⁸.

Ceci nous conduit à dresser un bref tableau des pandémies.

⁸ *Ibid.*, p. 41.

B. Les principales pandémies (traditionnelles et émergentes)⁹

À vrai dire, elles sont de deux sortes : d'une part, les pandémies anciennes, bien connues, traditionnelles, mais qui peuvent resurgir génétiquement modifiées ou sur un autre continent profitant des facilités offertes par les voyages intercontinentaux et, d'autre part, les pandémies émergentes.

1. Les pandémies traditionnelles

*Le choléra*¹⁰ : maladie diarrhéique provoquant une déshydratation mortelle si elle n'est pas traitée immédiatement. Elle est due à une bactérie *vibrio cholerae*. Le choléra est transmis par l'eau et les aliments contaminés. Il est lié au manque d'hygiène et à la surpopulation. Il frappe les quartiers les plus pauvres des villes. Il est aisément combattu par une hygiène stricte. Sévit actuellement notamment en Angola¹¹ et au Sud Soudan¹².

*La fièvre jaune*¹³ : maladie virale, dite fièvre hémorragique. La maladie est due au virus de la fièvre jaune, ou virus amaril, qui appartient au groupe des *flavovirus*. On considère que le réservoir naturel de la fièvre jaune est principalement le singe et que le vecteur est le moustique, notamment les moustiques *Aedes aegypti* et *Haemagogus*. Originaire d'Afrique, elle fut probablement transportée au Nouveau Monde par la traite des esclaves. Cette maladie décima les armées françaises envoyées au Mexique au secours de Maximilien par Napoléon III. Depuis 1940 la vaccination de masse entraîne la disparition de la fièvre jaune de territoires entiers.

*La grippe*¹⁴ : maladie provoquée par un virus s'attaquant surtout aux voies respiratoires supérieures. Les épidémies annuelles entraînent entre 3 et 5 millions de cas graves et 250 000 à 500 000 décès par an dans le monde. On a déjà signalé la tristement célèbre « grippe espagnole » (A H1N1). L'OMS a réussi à juguler en 1957 la « grippe

⁹ Sources notamment : Maladies couvertes par Epidemic and Pandemic Alert and Response de l'OMS.

¹⁰ Site OMS <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs107/fr/index.html>> ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.* pp. 95-99.

¹¹ Médecins sans frontières, *Le journal*, juin 2006.

¹² Voir le bulletin d'information de l'OMS sur la situation dans ce pays le 6 mars 2006.

¹³ Site OMS <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs100/fr/>> et N. Gualde *Comprendre les épidémies, op. cit.*, pp. 142-144.

¹⁴ N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.*, pp. 111-122.

¹⁴ *Le Monde*, 20 septembre 2006, p. 8.

¹⁴ Site OMS <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs267/fr/>> ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.*

asiatique » (A H2N2) et, en 1968, la grippe « de Hong Kong » (A H3N2). Elles ont chacune fait 1 million de morts. La composition génétique des virus grippaux subit de fréquentes modifications mineures, ce qui impose de reformuler chaque année les vaccins. Certains animaux sont des réservoirs de virus grippal : les oiseaux (le canard et le poulet) ainsi que certains mammifères (le porc). La vaccination doit être renouvelée annuellement du fait de la décroissance de l'immunité après quelques mois et des modifications virales annuelles.

*La lèpre*¹⁵ : maladie chronique provoquée par le bacille *Mycobacterium leprae*. Elle provoque principalement des lésions cutanées et nerveuses. Très ancienne maladie, elle était déjà connue en 600 avant J.C. Elle provoqua de célèbres phénomènes d'exclusion (léproseries). Quoiqu'en régression et guérissable, elle demeure fréquente en Inde, au Myanmar et en Indonésie.

*Le paludisme ou malaria*¹⁶ : l'agent parasitaire est un protozoaire : le *plasmodium*. Son vecteur : le moustique femelle du genre *Anopheles*. Pour se transmettre le plasmodium a besoin de l'homme et du moustique. Ce dernier se développe dans les régions marécageuses, les mares et autres eaux stagnantes. La maladie est historiquement liée à la sédentarisation au déboisement et à l'irrigation. Elle fait des ravages en Afrique.

*La peste*¹⁷ : zoonose affectant les petits animaux et leurs puces. Le bacille, *Yersinia pestis*, peut également infecter l'homme. Il se transmet de l'animal à l'homme par l'intermédiaire des piqûres de puces infectées et d'homme à homme par le contact direct. Maladie connue dès l'Antiquité.

*La poliomyélite*¹⁸ : maladie très contagieuse, provoquée par un virus qui envahit le système nerveux et peut entraîner en quelques heures une paralysie totale. Touche principalement les enfants de moins de cinq ans. Il n'existe pas de traitement, la prévention par le vaccin est la seule option. Une campagne de vaccination a été lancée par l'OMS en 1988. En 2005 le nombre de malades est tombé à un peu moins de 2000 par an.

*La tuberculose*¹⁹ : maladie contagieuse causée par une infection bactérienne chronique due au bacille de Koch. Durant les deux derniers millénaires, la tuberculose aurait emporté deux milliards d'êtres

¹⁵ Site OMS <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/fr/>> ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.*, pp. 99-102.

¹⁶ Site OMS <<http://www.who.int/topics/malaria/fr/>> ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.*, pp. 122-130.

¹⁷ Site OMS <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs267/fr/>> ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.* pp. 81-89.

¹⁸ Site OMS <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/fr/>> ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.* pp. 130 à 137.

¹⁹ Site OMS <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/fr/>> ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.* pp. 102 à 111.

humains. En dépit d'énormes progrès thérapeutiques depuis la découverte du BCG et des avancées de la chimiothérapie, le bacille reste difficile à combattre : les souches sont multiples et résistent aux traitements. La maladie est en progression en Europe de l'Est et ferait annuellement par le monde 2 millions de morts.

*La trypanosomiase africaine*²⁰ ou maladie du sommeil : maladie parasitaire à transmission vectorielle. Le parasite est un protozoaire du genre *Trypanosoma* qui est transmis à l'homme par la piqûre d'une glossine dite mouche tsé-tsé s'étant infectée au préalable chez l'homme ou chez des animaux porteurs du parasite pathogène pour l'homme. Selon l'OMS, 60 millions de personnes dans 36 pays sont en danger d'être affectées par la maladie. On enregistre 300 000 cas par an.

*La trypanosomiase américaine (maladie de Chagas)*²¹ : maladie transmise par des punaises hématophages *trypanosoma cruzi* (kissing bugs). Il n'y a pas de vaccin.

*Le typhus*²² : maladie historique, transmise par le pou du corps, liée aux camps militaires et aux champs de bataille. Dévasta autant que le froid la Grande Armée de Napoléon pendant la retraite de Russie.

*La variole*²³ : maladie éruptive due à un *moxxivirus* (famille des *orthopoxvirus*) dont le réservoir est exclusivement humain. Très contagieuse d'humain à humain. Au XVIII^{ème} siècle, la variole a tué 60 millions de personnes. Sans discrimination ; la famille royale des Bourbons fut décimée en 1711 et 1712. La variole a été éradiquée en 1980.

2. Les principales pandémies émergentes

Le Chikungunya : apparu à la Réunion, depuis avril 2005. Le vecteur est un moustique du genre *Aedes* (*Aedes albopictus*). Le réservoir : l'homme en temps d'épidémie, en d'autre temps des mammifères vertébrés. Il n'y a pas de vaccin, seule médication : des anti-inflammatoires. Depuis février 2005 jusqu'à octobre 2006 l'épidémie aurait touché 266 000 personnes à la Réunion et causé 252 décès en 2006.

*La maladie de Creutzfeld-Jakob*²⁴ : l'encéphalopathie spongiforme bovine²⁵ (ESB) est une infection neurodégénérative

²⁰ Site OMS <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs259/fr/>> ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.* pp. 145-147.

²¹ Site OMS <<http://www.paho.org/english/hcp/hct/dch/chagas.htm>> ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.* pp. 147-149.

²² N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.*, pp. 144-145.

²³ Site OMS <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/smallpox/en/>> ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.*, pp. 89-95.

²⁴ N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.*, pp. 182-189.

transmissible et mortelle qui touche le cerveau des bovins. En novembre 1986 elle est apparue chez les bovins au Royaume-Uni. En juillet 1988, ce pays interdit l'utilisation de protéines de ruminants pour la préparation d'aliments destinés aux animaux. L'introduction dans la chaîne alimentaire humaine des abats d'origine bovine considérés comme posant un risque potentiel pour l'homme fut à son tour interdite au Royaume-Uni à partir de 1989. L'abattage des vaches malades et l'interdiction de la commercialisation de la viande bovine anglaise sur le continent eurent des conséquences économiques dramatiques pour les éleveurs. Les farines contaminantes étaient néanmoins commercialisées en grande quantité dans toute l'Europe. En 1994, on enregistre les premiers cas humains de la maladie de Creutzfeld-Jakob : 10 morts en 1996 en Grande-Bretagne. D'octobre 1996 à novembre 2002, 129 cas de nv-MCJ ont été notifiés au Royaume-Uni, L'éradication de l'ESB a été recommandée au cours de la consultation OMS de décembre 1999.

*La dengue*²⁶ : fièvre hémorragique, cause importante d'hospitalisation et de mortalité infantile. Il n'existe ni traitement spécifique ni vaccin. Maladie transmise par le moustique *aedes aegypti*²⁷. Propagation liée au commerce international des pneus usagés. Apparue dans les années 50, elle affecte tous les pays du sud-est asiatique, d'Afrique et d'Amérique du Sud. C'est une infection virale endémique dans les pays tropicaux. Selon l'Institut Pasteur, 60 à 100 millions de personnes sont atteintes chaque année dans le monde. On compte 20 000 décès par an. Environ 2,5 milliards de personnes, soit deux cinquièmes de la population mondiale, sont désormais exposées au risque. Selon les estimations actuelles de l'OMS, il pourrait y avoir chaque année dans le monde 50 millions de cas de dengue.

*Ebola*²⁸ : le virus Ebola (du nom de la rivière du Nord Est de la République démocratique du Congo où s'est développée la première apparition de cette épidémie en 1976), fait partie de la famille des *Filoviridae*. La fièvre à virus Ebola est une maladie hémorragique qui provoque la mort chez 50 % à 90 % des malades présentant des manifestations cliniques. Le diagnostic est difficile à établir. La maladie est à ce stade incurable. Le réservoir naturel semble se trouver dans les forêts tropicales du continent africain et du Pacifique occidental. On ignore quel est son réservoir : la chauve-souris frugivore ? Le virus Ebola se transmet par contact direct avec le sang, les sécrétions, les

²⁵ Site OMS <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs113/fr/>>.

²⁶ Site OMS <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/fr/>> ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.*, pp. 193-195.

²⁷ *Le Monde*, 14 octobre 2006, p. 12.

²⁸ Site OMS <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/fr/>> ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.*, pp. 155-158 ; Gessain et Manuguerra, *op. cit.*, p. 84 et pp. 90-94.

organes ou des liquides biologiques des sujets infectés. Il est présent en République démocratique du Congo (anciennement Zaïre), au Soudan et en Côte d'Ivoire. En 25 ans, le virus d'Ebola fut responsable d'une quinzaine de flambées épidémiques faisant 2 000 malades dont 1 300 morts.

*La fièvre hémorragique de Marburg*²⁹ : maladie mortelle, contagieuse, causée par un virus de la même famille qu'Ebola ; difficilement détectable, incurable (RDC et Angola). Ni vaccins, ni traitement.

Les *Filovirus* (Ebola et Marburg) sont connus depuis 30 ans, mais leurs hôtes naturels, leurs vecteurs et leurs réservoirs restent ignorés ; tant l'épidémiologie de la maladie que l'écologie des germes demeurent énigmatiques.

*La fièvre du Nil occidental ou Virus West Nile*³⁰ : elle provient d'un virus appartenant aux *flavovirus*. Ce dernier a été isolé la première fois en Ouganda en 1937. Il provoque une fièvre importante et des encéphalites mortelles. Son vecteur : les moustiques (11 sortes de moustiques mais surtout *Culex pipiens*) et les tiques. Le réservoir du virus est l'avifaune. Le virus est largement distribué en Afrique, en Europe et en Asie. Les mammifères sont de plus en plus piqués par ce moustique. En outre le moustique s'hybride avec des moustiques de l'ancien monde et peut dès lors changer de « menu ». En Europe, les mécanismes qui favorisent les épidémies de *pipiens* sont méconnus. En raison de la localisation des symptômes (système nerveux central) l'accès des molécules employées dans la médication est peu aisé. Les recherches de vaccins et de traitements sont en cours.

*La Grippe aviaire*³¹. Infection provoquée par des virus grippaux de type A, et en particulier les sous-types H5, H7 et H9. Cette infection peut toucher presque toutes les espèces d'oiseaux, sauvages ou domestiques. Elle est généralement asymptomatique chez les oiseaux sauvages, mais peut devenir très contagieuse et entraîner une mortalité élevée dans les élevages industriels de poulets et de dindes, d'où le nom

²⁹ Site OMS <<http://www.who.int/csr/disease/marburg/en/>> ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.*, pp. 151-153.

³⁰ Site Pan American Health Organization <<http://www.paho.org/French/AD/DPC/CD/wnv-info.htm>> ; N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.*, pp. 177-179 ; Gessain et Manuguerra, *op. cit.*, pp. 95-107 ; S. Foucart, « Le Moustique *Culex pipiens* change de menu et l'épidémie de West Nile s'accélère dangereusement. », *Le Monde*, 24 juin 2006, p. 7.

³¹ Site OMS <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/avian_influenza/fr/index.html> ; voir aussi N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.* pp. 138-140 ; S. Rahmani, « Le dispositif international mis en place pour faire face à la grippe aviaire », *Sentinelle* n° 39, 30 octobre 2005 ; S. Rahmani, « La stratégie mondiale de lutte contre la grippe aviaire », *Sentinelle* n° 41, 13 novembre 2005 ; F. Rach, « Conférence internationale sur la grippe aviaire », *Sentinelle* n° 50, 22 janvier 2006.

de peste aviaire. Actuellement le virus H5N1 bien que répandu chez des millions d'oiseaux est très peu contagieux pour les humains. Les régions non affectées se prémunissent en empêchant l'entrée d'oiseaux et de volaille contaminée.

« *Of the three prerequisites for a human pandemic, two have been met: emergence of a new influenza virus to which the population has little or no immunity and against which there is no effective vaccine; and ability of the virus to replicate in human beings and cause disease. As yet there is no evidence of the third prerequisite - efficient human-to-human transmission - being met* »³².

La course au vaccin est lancée³³.

*Hanta*³⁴, *Hantavirus* : fièvre hémorragique avec syndrome rénal, puis grippal, méningite et pneumonie hémorragique. Vecteur : une souris sylvestre. Maladie ancienne, décrite par les chinois aux environs de 960 ; redécouverte pendant la guerre de Corée. D'abord confinée en Eurasie, cette maladie est passée au continent américain et en Afrique. Recherches en cours.

*Hépatite C*³⁵ : le VHC est une cause majeure d'hépatite aiguë et d'affection hépatique chronique, notamment la cirrhose et le cancer du foie. On estime que 170 millions de personnes dans le monde sont des porteurs chroniques du VHC et que 3 à 4 millions de personnes sont infectées chaque année. Le VHC se transmet principalement par contact direct avec du sang humain contaminé. Les principales voies de transmission dans le monde sont donc la transfusion de sang qui n'a pas été soumis à un dépistage et la réutilisation d'aiguilles et de seringues non stériles. Le moyen le plus efficace de lutter contre l'hépatite C est donc probablement de réduire le risque de transmission nosocomiale du VHC (transfusions sanguines, injections à risque, etc) et les comportements à risque, par exemple, la consommation de drogues injectables.

³² « Avian influenza should be ruffing our fethers », *The Lancet Infectious diseases*, vol. 4, October 2004, p. 595 ; Tran Tin Hien, « Avian Influenza - A Challenge to Global Health Care Structures », *The New England Journal of Medicine*, December 2, 2004, pp. 2363 ss. ; A. S. Monto, « The threat of an Avian Influenza pandemic », *The New England Journal of Medicine*, January 27, 2005, pp. 323 ss. ; « Avian Influenza A (H5N1) Infection in Humans », *The New England Journal of Medicine*, September 29, 2005, pp. 1374 ss.

³³ G. A. Poland, « Bacines against Avian Influenza - A Race against Time », *The New England Journal of Medicine*, March 30 2006, pp. 1411 ss.

³⁴ <<http://www.paho.org/english/ad/dpc/cd/hantavirus.htm>>; N. Gualde : *Comprendre les épidémies*, op. cit. pp. 179-182.

³⁵ Site OMS <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/fr/>>.

*La maladie du légionnaire*³⁶ ou *légionellose*. La légionellose est une forme de pneumopathie grave et parfois mortelle. Elle est provoquée par une bactérie, *Legionella pneumophila*, et parfois par d'autres espèces de légionelles. Cette bactérie vit naturellement dans l'environnement et prolifère dans les eaux tièdes et les endroits tièdes et humides. *Legionella pneumophila* a été identifiée pour la première fois en 1977 : cette bactérie a provoqué une flambée de pneumopathies graves dans un centre où s'était réunie une convention d'anciens militaires aux États-Unis d'Amérique en 1976. Depuis, elle a été associée à diverses flambées reliées à des systèmes aquifères artificiels mal entretenus, notamment aux tours aérofrigorifères ou aux aérocondenseurs employés pour la climatisation dans les climatiseurs et les systèmes de refroidissement industriels, aux réseaux de distribution d'eau chaude et froide dans des bâtiments publics et privés, et aux bains bouillonnants.

*La maladie de Lyme*³⁷ : accompagne la tique du daim aux États-Unis, la tique ixode en Europe.

Le SIDA ou Virus HIV Human Immunodeficiency Virus) : déficience acquise de l'immunité cellulaire résultant de l'infection par le virus de l'immunodéficiência humaine (VIH) et caractérisée par une sensibilité accrue aux infections opportunistes et aux néoplasmes malins. Cette maladie fut considérée au début comme propre aux homosexuels, puis aux Haïtiens et aux hémophiles. On sait depuis 1983 qu'il s'agit d'un virus et que la contamination est aussi hétérosexuelle.

Les groupes les plus exposés sont les usagers de drogues injectables, les prostituées, les homosexuels ou hétérosexuels à partenaires occasionnels. Pour des raisons sociologiques les femmes non prévenues des risques par défaut d'information sont un groupe particulièrement touché.

À la fin 2004 on estimait à 20 millions le nombre de personnes qui étaient mortes de la maladie. En 2004, on a enregistré 3 millions de victimes et on compte 40 millions de personnes séropositives. 5 millions de personnes ont été infectées en 2004. Les mesures préventives sont bien connues : l'utilisation du préservatif, de produits d'origine sanguine ne contenant pas de VIH, l'utilisation d'aiguilles et seringues à usage unique. Médicaments : la trithérapie, très coûteuse. Au surplus, des virus résistant aux médicaments font leur apparition.

*Le Syndrome respiratoire aigu sévère / Severe acute respiratory syndrome (SRAS)*³⁸ : *Coronavirus*. Pneumopathie atypique. Source animale, chauve-souris et civette. Pas de vaccin préventif à ce jour. Mais

³⁶ Site OMS <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs285/fr/>>; N. Gualde: *Comprendre les épidémies, op. cit.* pp. 190-193.

³⁷ N. Gualde, *Comprendre les épidémies, op. cit.* pp. 189-190.

³⁸ Site OMS <<http://www.who.int/csr/sars/en/>> ; Gessain et Manuguerra, *op. cit.*, p. 71; N. Gualde : *Comprendre les épidémies, op. cit.* pp. 172 -177.

études en cours. Selon l'OMS, en 2003, la maladie a fait plus de 8 000 victimes dont 774 décès ; la Chine est le pays le plus touché mais aussi Hong Kong, Taiwan, Singapour, le Vietnam. Une diffusion aéroportée internationale par les voyageurs (hôtels) s'est produite au Canada (Toronto). Les actions publiques mises en œuvre ont contrarié une explosion épidémique. Lutte, dans les pays asiatiques : confinement des malades dans des hôpitaux spéciaux, mesures de protection par barrières physiques du personnel soignant. Ces mesures très fermes ont permis la réduction de la contamination. Grâce aux mesures de l'OMS (réseau d'alerte et action), c'est dans des délais extrêmement brefs que le virus nouveau (*tularaemia*) a été identifié, son génome décodé et des tests de diagnostic biologique mis au point.

Pour savoir comment combattre ces pandémies, il convient d'analyser quels sont les principaux facteurs de leur développement. Quoiqu'en dise le fabuliste, toutes ces maladies ne sont pas « *Un mal ... que le ciel en sa fureur inventa pour punir les crimes de la terre ...* ». L'examen des facteurs de développement des pandémies est éclairant en ce qu'il met à jour la grande responsabilité des conduites humaines dans ce phénomène.

3. Les facteurs de développement des pandémies

Selon l'Institut de recherches pour le développement: « *l'émergence d'agent infectieux, qu'ils soient d'origine bactérienne ou virale, découle des modifications apportées par l'homme à l'écosystème* »³⁹. Il est vrai que si l'on met à part les changements abiotiques (climatiques⁴⁰) ou biologiques (tenant au comportement des virus eux-mêmes - mutations de leur composition génétique, résistance aux médicaments, réassociation de virus pour en former un nouveau plus virulent)⁴¹, les facteurs de développement des pandémies sont essentiellement anthropiques (sociologiques et comportementaux).

Mentionnons-les brièvement.

- *Les modifications de l'environnement d'origine humaine.* Ainsi la déforestation a pour effet l'apparition de marais et d'eaux stagnantes ;

³⁹ Les dossiers thématiques de l'IRD (Institut de recherches pour le développement), <<http://www.mpl.ird.fr/suds-en-ligne/fr/virales/liens.htm#suds>>.

⁴⁰ Le réchauffement de l'atmosphère a des conséquences propices à certaines maladies transmissibles : élévation de la température et degré d'humidité favorisent la reproduction des moustiques et donc la malaria et d'autres maladies dont le moustique est le vecteur ou apparition de vecteurs de maladies dans des zones où ils ne se trouvaient pas auparavant. El Nino a induit 35% d'augmentation des cas de paludisme au Vénézuéla et en Colombie. Il favorise aussi la reproduction des rongeurs (peste, virus Hanta) ou des puces.

⁴¹ N. Gualde, *op. cit.*, p. 79.

la construction de barrage crée des eaux dormantes : dans l'un et l'autre cas ce sont des zones de ponte pour les moustiques.

- *La pauvreté et la malnutrition.* Déjà la faim en soi décime les populations. Elle a tué en 2004 plus de personnes (surtout les enfants) que toutes les guerres civiles réunies au cours de la même année.⁴² Mais elle entraîne aussi une moindre résistance aux virus. La faim est le premier facteur de destruction de l'immunité des populations dans le monde. Elle implique souvent une migration de populations et une concentration dans les mégapoles des pays moins développés (Asie, Amérique du Sud, Afrique). Se créent ainsi des zones de précarité : hygiène déficiente, absence d'égouts, proximité d'animaux vecteurs (rats, chiens, volaille), moustiques dans les eaux stagnantes, chaleur ; urbanisation sauvage qui est associée à la survenance de la dengue, de la fièvre jaune, de la malaria. Ignorance, absence d'informations, femmes ou enfants contraints à la prostitution avec pour conséquence les maladies sexuellement transmissibles. C'est un cercle vicieux : la pauvreté augmente les épidémies et les dernières augmentent la pauvreté en déstructurant la société (SIDA).

- *Les désordres politiques et sociaux, les conflits armés.* Historiquement les armées colportent les épidémies. Il est frappant de noter que parmi les premiers écrits juridiques relatifs aux épidémies dans une revue de droit international on trouve un intérêt pour les épidémies qui découlent des champs de bataille⁴³. Les troubles et les guerres entraînent de grandes migrations humaines, avec comme conséquences : famine, concentration des personnes déplacées dans des camps de réfugiés, brassage dans le même espace de populations contaminées avec des populations non contaminées, conditions précaires de survie et d'hygiène.

- *Les voyages.* Augmentation du trafic international des personnes : les moyens de communication favorisent l'expansion des maladies : certains virus bien connus, auparavant confinés à certaines régions, sont ainsi transplantés entraînant une résurgence de maladies anciennes sur de nouveaux territoires.

- *Les contacts entre populations génétiquement différentes à l'occasion de grands rassemblements.* Ainsi les grands pèlerinages comme celui de la Mecque. Les soldats des Nations Unies envoyés en Corée ont découvert le virus Hanta. Les soldats cubains en Angola ont ramené la dengue à Cuba.

⁴² « Pour vendre des médicaments, inventons des maladies », *Le Monde diplomatique*, mai 2006.

⁴³ M.E. Ullmann, « Des commissions sanitaires internationales dans la guerre » *RDILC*, 1879, p. 527-531 et, du même auteur, « La lutte internationale contre les épidémies causées par la guerre - Une question du droit administratif international et du droit de la neutralité », *RGDIP*, 1897, pp. 437-445.

- *La concentration de personnes dans des lieux confinés* : hôtels, hôpitaux (maladies nosocomiales).

- *Les échanges commerciaux*. Ce phénomène est apparu dès les premiers échanges dans l'Antiquité entre Cités États ; la route de la soie facilita le transport du rat et de la peste ; la route des Indes transporta le choléra, les navires de la traite des noirs introduisirent la fièvre jaune dans le Nouveau Monde. La mondialisation des échanges commerciaux ne fait qu'amplifier le phénomène lui faisant faire un saut quantitatif.

- *La mondialisation*. Celle-ci en facilitant le déplacement par voyage aérien de personnes contaminées et en contribuant au déclin des conditions de vie et de certaines structures administratives et sociales favorise la diffusion des épidémies.

- *Les relations hommes - animaux*. Divers cas de figure doivent être distingués : les grands élevages qui facilitent la transmission de virus entre espèces animales ; la zootechnie : l'utilisation de farines animales ; l'orpaillage ; le développement de la chasse, etc.

- *Le sous-développement* : 1 milliard et demi de personnes n'ont pas accès à une quantité d'eau potable suffisante. Le sous-développement entraîne une diminution des mesures de santé publique, faute d'argent, de moyens et de personnel qualifié. Pauvreté et rareté du personnel de santé entraînent une déficience tant dans la prévention, la vaccination que dans les soins.

- *La diminution de la lutte contre les vecteurs*, notamment les moustiques (lutte anti-malaria, lutte contre la mouche tsé-tsé non menée après la colonisation ; même constatation pour la dengue).

- *Divers comportements socioculturels* : sexualité plurielle non protégée, prostitution, promiscuité dans les camps de personnes déplacées, rites funéraires (concernant des victimes de pandémies), conceptions religieuses, toxicomanie, etc.

- *la guerre chimique et bactériologique ainsi que le bioterrorisme*. On a vu que ce phénomène est vieux comme le monde. Faut-il rappeler un épisode de la vie d'Henri Rolin ? Le 10 novembre 1918, il commandait sur le front de l'Yser une batterie d'artillerie. Il reçut un approvisionnement d'obus toxiques. Son sang ne fit qu'un tour. Il se précipita chez son commandant pour lui dire que cet ordre était inexécutable. Pour son supérieur, un ordre était un ordre. Rolin exigea alors un ordre écrit du général qui en prendrait la responsabilité, sans quoi il refusait d'exécuter le tir. Le lendemain à 11 heures du matin, l'armistice rendit le débat sans objet⁴⁴.

⁴⁴ R. Devleeshouwer, « Henri Rolin, 1891-1973, Une voix singulière, une voix solitaire », 1994, Ed. de l'Université libre de Bruxelles, p. 20.

C. les conséquences des pandémies

Les conséquences démographiques sont particulièrement notoires : la peste noire au XIV^{ème} siècle ; la variole dans le Nouveau Monde au XVI^{ème} siècle ; la tuberculose au XIX^{ème} siècle ; la grippe espagnole en 1919-1920 ; aujourd'hui, la malaria, le SIDA et la tuberculose.

Sociales

Les grandes pandémies touchent toutes les structures de la société. On avait noté dans le passé pour la peste, le choléra ou la variole que les pandémies n'épargnaient pas les classes sociales les plus élevées ou les plus aisés : prêtres, médecins, notaires, même si les classes sociales qui payaient le plus le plus grand prix aux épidémies étaient les plus pauvres. Aujourd'hui on sait combien le sida est dévastateur des sociétés africaines, touchant les cellules familiales, les cadres et les classes d'âges les plus actives et les plus performantes du monde du travail. Les sociétés se voient ainsi privées de références morales, spirituelles et administratives.

Économiques

L'impact des pandémies sur la croissance économique est énorme. Le sida entraîne pénurie de travailleurs qualifiés, augmentation du nombre des orphelins ; il frappe de plein fouet les structures des familles, des villages, des entreprises, des services publics.

N'oublions pas non plus les élevages d'animaux sacrifiés (vache folle - grippe aviaire) : au Vietnam on a éliminé 46 millions de poulets, ce qui représentait 250 millions d'euros. Depuis son apparition en Asie en 2003, la grippe aviaire a provoqué l'abattage de 150 millions d'oiseaux. L'impact économique est estimé à plus de 10 milliards de dollars dans les pays affectés.

Politiques

Les pandémies remettent en cause la sécurité intérieure des États. Norbert Gualde donne un tableau édifiant de pandémies qui ont provoqué des modifications politiques en affectant la démographie ⁴⁵ : Athènes en 430 av. J.C., Venise en 1347, Paris en 1349, Mexico en 1520, Pérou 1527-1600. Il rapporte « *On attribue aux épidémies l'élimination de personnages historiques importants, comme Ramsès II (tuberculose ou variole), Périclès (peste?), Marc-Aurèle (peste), Georges Washington (variole), Louis XV (variole)* ».

Nous pouvons maintenant passer à la seconde partie de cet exposé consacré à la manière dont le phénomène des pandémies est appréhendé par le droit international.

⁴⁵ Voir le tableau dans N. Gualde *op. cit.*, p. 281.

II. LES PANDEMIES ET LE DROIT INTERNATIONAL

Par définition, la pandémie a un caractère transfrontière ; le virus est contrebandier. Comment lutter contre eux ?

À partir de l'avènement de l'État souverain et de son enracinement dans la territorialité et, disons jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle, il existait une forme d'autoprotection par le *cloisonnement des espaces* sous souveraineté territoriale, ceci par un contrôle policier, sanitaire et douanier relativement strict aux frontières.

C'est d'abord par des *mesures unilatérales* que l'État souverain se défend contre un mal qui le menace de l'extérieur. Devant l'épidémie, le premier réflexe est de clôturer le territoire ou la cité en le fermant au monde extérieur et en isolant les malades. Les mesures utilisées sont l'interdiction du territoire aux malades, aux suspects, aux marchandises infectées. Cela pouvait aller jusqu'à des formes de bannissement (lazarets, léproseries).

Pourquoi ne pas donner un exemple concret concernant « *les épidémies de peste à Carpentras et dans le Comtat Venaissin* » tiré d'une étude de l'historien Henri Dubled, qui fut conservateur de la Bibliothèque Inguimbertaine à Carpentras⁴⁶ ? Cette étude révèle tout d'abord que la peste était quasiment endémique en Provence du XIV^{ème} au XVIII^{ème} siècles. Entre 1395 et 1725, l'auteur a retrouvé dans les archives communales de Carpentras la trace de 53 périodes où des mesures furent prises à chaque résurgence de l'épidémie de peste. À chaque fois les portes de la ville étaient fermées et gardées et les contacts avec l'extérieur étaient interdits ou strictement réglementés. Pigeons et autres bêtes de basse-cour enfermées, chiens et chats gardés ou abattus, rats pourchassés. Les malades étaient isolés. Les maisons atteintes désinfectées ou fermées. Il arrivait que les suspects soient expulsés. L'isolement touchait aussi le mouvement des marchandises et de la nourriture. Les billets de santé font leur apparition pour les personnes et les marchandises. La quarantaine est imposée aux nouveaux arrivants dans la ville dans des granges hors les murs. Les rassemblements sont interdits, les foires suspendues.

À la suite de la peste amenée en 1720 à Marseille par le navire marchand *Grand Saint Antoine*, avec des soieries du Levant infectées, un « mur de la peste » fut construit en pierres sèches et gardé par des militaires en vue d'isoler le Comtat Venaissin du Dauphiné. La ligne de démarcation allait de Sisteron à Pont-Saint-Esprit le long de l'Ouvèze⁴⁷. Mais le bacille atteint Avignon en 1721, Carpentras y échappe. Henri Dubled termine son article précité en écrivant « *En 1721-1723, la ville*

⁴⁶ *Provence historique*, 19 (1969), pp. 17-48.

⁴⁷ J.-F. Colonat, « Dos au mur », *Mémoire d'Ouvèze* n° 3, juin 2005, p. 33.

de Carpentras paraît donc bien avoir été sauvée de la peste par une véritable mobilisation et l'instauration d'une économie de guerre visant à assurer la quarantaine absolue ». La même vigilance existait aux frontières maritimes par l'intermédiaire des consuls qui depuis les ports de leur circonscription à l'étranger visitaient les navires en partance pour l'État d'envoi et leur octroyaient des patentes de santé s'ils étaient indemnes. Ce document décrivait les conditions de santé du navire au port d'embarquement et attestait que celles-ci étaient conformes aux dispositions sanitaires requises par l'État d'envoi. À défaut de ce document, le navire pouvait être soumis à l'inspection, aux fumigations et autres mesures préventives au port de destination, voire à la quarantaine, institution créée par la République de Venise en 1348 et adoptée à Marseille en 1521.

Au cours du XVIII^{ème} et du XIX^{ème} siècles, de nombreuses réclamations furent échangées entre États maritimes concernant ce qui était considéré quelquefois comme des mesures d'embargo injustifiées, des quarantaines abusives, l'exercice par les consuls ou du personnel sanitaire de l'état d'envoi comme des mesures d'exécution extraterritoriales illicites dans les ports de leur circonscription. Ces mesures étaient protestées comme affectant la liberté du commerce, la libre navigation ou le libre accès aux ports⁴⁸.

Le droit conventionnel bilatéral à partir de la fin du XIX^{ème} siècle tend à prévenir dans les régions frontières la propagation de certaines maladies infectieuses - qu'elles touchent l'homme ou les animaux - en prévoyant la notification de ces maladies⁴⁹.

Parallèlement, des conventions consulaires du XIX^{ème} siècle et du début du XX^{ème} réglementaient l'exercice par les consuls de leurs fonctions dans les ports de leurs circonscriptions.

Progressivement les mesures considérées comme ralentissant les voyages et affectant la liberté du commerce sont abandonnées. Certaines conventions prévoient l'allègement des mesures pour faciliter les communications maritimes⁵⁰ et, surtout, à partir de 1934, on enregistre de nombreuses conventions bilatérales supprimant l'exigence de la patente de santé. Ce mouvement était encouragé par deux conventions multilatérales⁵¹. Les informations étaient données par d'autres voies plus

⁴⁸ Voir J.B. Moore, *Digest of International Law*, vol. II, 1906, §191 (Quarantine) ; G. H. Hackworth, *Digest of International Law*, vol. II, § 128 (Quarantine).

⁴⁹ Entre 1873 et 1930, la Belgique a conclu quelque 20 conventions de ce genre avec ses voisins.

⁵⁰ 24 mars 1927 convention avec les Pays-Bas pour rendre plus efficace et moins gênante l'application de mesures de police sanitaire maritime MB 30—31 décembre 1928.

⁵¹ 22 décembre 1934, Arrangement international concernant la suppression des patentes de santé (RTSDN n° 4231, M.B. 20 janvier 1939, M. Hudson, *International Legislation*, vol. VI, p. 958) (remplacé par RSI, 25 mai 1951) et 22 décembre 1934, Paris Arrangement international concernant la suppression des visas consulaires sur les

centralisées et le capitaine du navire signait, à son arrivée dans un port étranger, une déclaration sur l'état sanitaire du navire, contresignée par le médecin de bord⁵².

Parallèlement *le droit conventionnel multilatéral* se développe. On peut brosser à grands traits les principales étapes de cette évolution :

- 30 janvier 1892, Convention sanitaire internationale de Venise⁵³ (limitée au *choléra*). Elle concerne le régime sanitaire et spécialement le passage en quarantaine des navires pour le canal de Suez. Très symptomatique, cette première convention multilatérale visait à concilier protection contre l'épidémie et liberté de passage dans le canal de Suez.

- 15 avril 1893, Convention sanitaire de Dresde⁵⁴. Elle édicte des mesures destinées à tenir les gouvernements signataires de la convention au courant de l'état d'une *épidémie de choléra* ; ainsi que des moyens employés pour éviter sa propagation et son importation dans les endroits indemnes. Le gouvernement affecté doit notifier aux autres gouvernements liés par la Convention l'existence d'un foyer cholérique. La notification mentionnera l'endroit où s'est formé le foyer, la date de son début, le nombre de cas constatés cliniquement et celui des décès. La notification est faite par voie diplomatique ou télégraphique. Elle mentionne les mesures prophylactiques adoptées : l'inspection sanitaire, l'isolement, la désinfection, les mesures concernant les navires et les marchandises exportées, les conditions dans lesquelles une circonscription territoriale doit être considérée comme contaminée ou saine, les marchandises ou objets susceptibles d'être envisagés au point de vue des défenses d'importation ou de transit et de désinfection (limitations de celles-ci).

Se voyaient aussi réglementées :

- les mesures à prendre aux frontières terrestres : services de chemin de fer, voyageurs. Plus de quarantaine terrestre, mais possibilité d'isoler un wagon ou des passagers atteints de choléra.
- Les mesures dans les ports maritimes: distinctions entre navires infectés, suspects et indemnes ;
- les mesures à prendre concernant le navire, les passagers, les marchandises ;

patentes de santé (*RTSDN* n° 4230, *M.B.* 20 janvier 1939, M. Hudson, *International Legislation*, vol. VI, p. 962) (remplacé par RSI 25 mai 1951).

⁵² L. T. Lee, *Consular Law and Practice*, Clarendon Press, Oxford, 2nd éd., 1991, pp. 319-311.

⁵³ Entre l'Autriche-Hongrie, la Belgique, le Danemark, la France, l'Allemagne, la Grande-Bretagne, l'Italie, les Pays-Bas, le Portugal, la Russie, la Suède-Norvège et la Turquie, *CTS*, vol.176, pp. 395-422.

⁵⁴ Entre l'Autriche-Hongrie, la Belgique, la France, l'Allemagne, la Grande-Bretagne, l'Italie, le Luxembourg, la Russie et la Suisse, *MB* 31 juillet-1er août; *RL* 2497, *CTS*, vol.178, pp. 369-382.

- 19 mars 1897, Convention sanitaire internationale de Venise (Règlement sanitaire général pour prévenir l'invasion et la propagation de *la peste*)⁵⁵. Elle distingue les mesures à prendre hors d'Europe et celles qui doivent être prises en Europe. Hors d'Europe, les mesures à prendre concernent d'abord les navires à pèlerins, les ports de la mer Rouge, la station sanitaire de Camaran (en face du Yémen), les ports « arabiques », les ports du Golfe persique. S'agissant du régime applicable en Europe, les dispositions de cette convention sont, dans l'ensemble, calquées sur celles de Dresde relatives au choléra. Les deux conventions sont unifiées en 1903. On en élargit l'objet en 1926 (21 juin 1926 Convention sanitaire internationale, Paris ⁵⁶) en couvrant aussi *la fièvre jaune, le typhus et la variole*.

Toutes ces conventions utilisent toujours les mêmes méthodes en les améliorant avec les techniques sanitaires du temps : désinfection des navires, personnes, vêtements ou marchandises dès qu'une infection est décelée, isolement des suspects, quarantaine ou traitement des malades dans des endroits isolés (les sources de Moïse, l'île de Kamaran, hôpitaux), dératissage ou démoustication des navires, etc.

L'institutionnalisation va aussi faire progressivement son chemin: création de l'Office d'hygiène publique à Paris en 1907, du Bureau sanitaire de la Société des Nations en 1919, de l'OMS comme institution spécialisée des Nations Unies en 1946. Cette dernière adoptera en 1951 la première version du Règlement sanitaire international⁵⁷ qui codifiera 12 conventions sanitaires antérieures. Une toute nouvelle version a été adoptée en 2005⁵⁸. Par sa résolution du 24 mai 2006⁵⁹, l'Assemblée générale de l'OMS a recommandé à ses membres l'application (volontaire) de la version 2005 du Règlement sanitaire international qui n'entrera pas en vigueur avant le 15 juin 2007. Cette recommandation semble suivie d'effet.

Quelques maladies font l'objet de conventions particulières⁶⁰. Le domaine des maladies animales, des épizooties et phytosanitaire fait lui aussi l'objet de nombreuses conventions⁶¹.

⁵⁵ Entre l'Autriche-Hongrie, la Belgique, la France, l'Allemagne, la Grande-Bretagne, la Grèce, l'Italie, le Luxembourg, le Montenegro, les Pays-Bas, la Perse, le Portugal, la Roumanie, la Russie, la Serbie et la Suisse *CTS*, vol.184, pp. 264-316.

⁵⁶ *M.B.* 12 septembre 1929 (pas texte), M. Hudson, *International Legislation*, vol. III, p. 1902 (remplacée par le RSI 25 mai 1951).

⁵⁷ *MB* 11 octobre 1952; *RTNU* vol.175 p. 215.

⁵⁸ Rés. WHA 58.3, <http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_3-fr.pdf>.

⁵⁹ A 59/A/conf. Paper N° 3.

⁶⁰ 1er déc. 1924, Bruxelles, Arrangement international relatif aux facilités à donner aux marins du commerce pour le traitement des maladies vénériennes (était toujours en vigueur en 1971) MAE Bruxelles dépositaire (M. Hudson, *International Legislation*, vol. II, p. 1540 ; 25 juillet 1934, convention sur la protection mutuelle contre la fièvre

Les dispositions gouvernant le droit sanitaire international peuvent désormais être divisées en deux groupes : les normes internationales spécifiques aux situations d'urgence de santé publique de portée internationale qui sont issues du droit de l'OMS d'une part, une série de règles de droit international général concernant les droits de l'homme et les droits des peuples d'autre part. Examinons brièvement les unes et les autres.

A. Normes internationales spécifiques aux situations d'urgence de santé publique de portée internationale

1. Prévention

Si l'on peut estimer que dans le domaine de la santé comme dans d'autres domaines, il existe un principe général de précaution, il est difficile à mettre en œuvre en cas de pandémies émergentes. La prévention de ces pandémies pose, en effet, de nombreux problèmes. Pour s'en tenir aux facteurs liés spécifiquement aux agents pathogènes, mentionnons les difficultés suivantes.

dengue, signée à Athènes (M. Hudson, *International Legislation*, vol.VI, p. 930.) ; 1er mars 1974 Accord portant création d'un fonds pour la lutte contre l'onchocercose ; 4 février 1986: Accord relatif au Fonds pour l'onchocercose 1986 et annexes, Washington.

⁶¹ 25 janvier 1924, Paris, Arrangement concernant la création à Paris d'un Office international des épizooties (OIE), statuts organiques et annexes (Commission de la fièvre aphteuse de l'OIE a vocation scientifique) (RTSDN n° 1360, *M.B.* 15 mai 1929; M. Hudson, *International Legislation*, vol. II, p. 1239); 11 juillet 1928 Accord international exportation des peaux (RTSDN, n° 2184, *M.B.* 28 sept.1929, M. Hudson, *International Legislation*, vol. IV, p. 2502); 11 juillet 1928 Accord international exportation des os (RTSDN, n° 2185, *M.B.* 28 sept.1929, M. Hudson, *International Legislation*, vol. III); 16 avril 1929 : convention pour la protection des végétaux (M. Hudson, *International Legislation*, vol. IV, p. 2680); 20 février 1935 convention internationale pour la lutte contre les maladies contagieuses des animaux et déclaration annexe Genève (RTSDN, n° 4310, *M.B.* 18 novembre 1937); 20 février 1935 convention internationale concernant l'exportation et l'importation de produits d'origine animale, (autres que les viandes, les préparations de viande, les produits animaux frais, le lait et les dérivés du lait, Genève (RTSDN, n° 4487, *M.B.* 19 novembre 1937); 20 février 1935 convention internationale concernant le transit des animaux, des viandes et des autres produits d'origine animale, Genève (RTSDN, n° 4486, *M.B.* 19 novembre 1937); 18 avril 1951, convention pour l'établissement de la convention européenne pour la protection des plantes (MB, 30 octobre 1953). ; 11 décembre 1953: Acte constitutif de la Commission européenne de lutte contre la fièvre aphteuse, Rome (FAO), (MB 19 novembre 1959) siège et secrétariat à Rome ((art III). L'art. II prévoit l'engagement des membres « à lutter contre la fièvre aphteuse et à s'efforcer de la supprimer en adoptant des mesures sanitaires et des règlements de quarantaine efficaces et en appliquant une ou plusieurs des méthodes ci-après : 1) politique d'abattage, 2) politique combinée d'abattage et de vaccination, 3) immunisation totale du cheptel bovin par vaccination, 4) immunisation totale du cheptel dans un certain périmètre autour des foyers de fièvre aphteuse ».

- Plusieurs centaines de nouveaux virus ont été découverts dans les années 50-60 grâce au développement de la biologie cellulaire. Dans les années 80, la biologie moléculaire a permis de détecter de nouveaux virus et notamment les rétrovirus ; c'est aussi l'époque de la découverte de la pandémie du sida. On estime aujourd'hui qu'il existe des centaines sinon des milliers de virus à découvrir et que leurs assemblages créent autant de défis à toute identification et prévention. Les outils pour la recherche de l'émergence d'un nouveau virus sont basés sur la mobilisation de réseaux nationaux et internationaux, sur la nécessité d'utiliser du matériel électronique coûteux et du personnel bien formé⁶².

- Il faut attendre l'apparition de nouvelles maladies pour pouvoir identifier les virus émergents. Il est difficile d'établir rapidement un diagnostic. La biodiversité virale est immense et la majorité des virus existants n'a probablement pas encore été découverte⁶³. Il s'avère en tout cas impossible de prévenir l'émergence de nouveaux virus.

- L'identification proprement dite du nouveau virus (son origine, ses modes de contagion, de mutation, son étiologie, son réservoir animal ou humain, son séquençage biologique) demande une information précise et urgente ainsi qu'une compétence appropriée de la part de laboratoires spécialisés. Il y a une grande diversité des hôtes réservoirs notamment animaux : ainsi les rongeurs et les chauve-souris constituent probablement les réservoirs d'émergence de demain⁶⁴. Des techniques sophistiquées de communication des informations et de recherche s'imposent. Tout ceci pose des problèmes d'harmonisation des données et d'identification commune des maladies.

- Dans un système général de mondialisation des échanges humains et des marchandises, il est très difficile d'assurer une surveillance épidémiologique efficace.

- Ce n'est que lorsque toutes ces difficultés sont surmontées que l'on peut envisager les moyens de lutte contre le nouveau virus.

Réponse de l'OMS: Les réseaux d'alerte et d'action

L'objet et la portée du nouveau RSI « consistent à prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux » (art. 2 RSI).

Aussi ce nouveau texte a modifié la procédure concernant les *Obligations de notification*. Dans la version précédente du RSI, l'obligation de notification ne concernait que certaines épidémies (le

⁶² A. Gessain et J.-C. Manuguerra, *Les virus émergents*, QSJ, PUF, 2006, p. 24.

⁶³ *Ibid.*, p. 26 et 120.

⁶⁴ *Ibid.*, p. 120.

choléra, la fièvre jaune et la peste) et ne concernait que l'État sur le territoire duquel cette épidémie apparaissait⁶⁵.

Le texte de 2005 a remplacé le système de notification de maladies nommément spécifiées par une obligation de notifications de caractère général.

Chaque État partie doit établir sur son territoire un point focal qui sert d'intermédiaire obligé pour toutes les informations épidémiologiques.

Chaque État Partie évalue les événements qui surviennent sur son territoire au moyen d'un questionnaire détaillé fourni par l'OMS. Son point focal notifie dans les 24 heures à cette dernière, par les moyens de communication les plus efficaces, tout événement survenu sur son territoire pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale, ainsi que toute mesure sanitaire prise pour faire face à cet événement [art.6 RSI (2005)].

Ainsi qu'on le voit, le texte de 2005 a remplacé le système de notification de maladies nommément spécifiées par une obligation de notifications de caractère général concernant toute « *urgence de santé publique de portée internationale* ».

Le RSI définit une « *urgence de santé publique de portée internationale* » de la façon suivante : « *un événement extraordinaire dont il est déterminé, (...) (i) qu'il constitue un risque pour la santé publique dans d'autres États en raison du risque de propagation internationale de maladies ; et (ii) qu'il peut requérir une action internationale coordonnée* » (art. 1, Définitions).

La situation va faire l'objet d'une évaluation dans laquelle interviennent différents facteurs (gravité et mortalité, événement inattendu ou inhabituel, risque de propagation internationale, risque de restrictions internationales, besoin d'assistance du pays touché, etc)⁶⁶.

L'OMS peut avoir recours à des informations émanant d'autres États parties (art. 9, §2), ou provenant d'autres sources (art. 9, §1), ce qui peut inclure des sources privées (ONG, instituts de recherche et médias). L'OMS a ainsi créé un système d'information à multiples partenaires officiels ou non et a mis sur pied un réseau « Alerte et Action » (en anglais *Global Outbreak Alert and Response Network*).

⁶⁵ À distinguer des mesures internes de notification. En France : Institut national de veille sanitaire créé en 1998, établissement public de l'État, loi du 1^{er} juillet 1998. La question s'est posée, en France, pour le chikungunya et la dengue. Le Ministre de la santé souhaite qu'un décret soit pris pour rendre la déclaration de la maladie obligatoire. Plus de 200 000 cas à la Réunion à la mi-mars 2006 (*Le Monde*, 15 avril 2006).

⁶⁶ Voir les travaux de M. Poulain, « Urgence sanitaire et droit international », *Actualité et droit international*, mars 2002 <<http://www.ridi.org/adi>> et « La gestion par l'OMS des situations d'urgence sanitaire de portée internationale », *Actualité et droit international*, novembre 2003 <<http://www.ridi.org/adi>>.

Ce réseau reçoit des données épidémiologiques actualisées en permanence, intervient au stade de l'identification, puis vérifie sur le terrain les mesures prises, aide les ministères de la santé locaux, assure une analyse fiable des prélèvements par divers laboratoires, etc. Ce réseau fait lui-même appel à un réseau mondial d'intelligence en santé publique et à un réseau de surveillance des antibiotiques⁶⁷.

La détermination de l'existence d'une urgence de santé publique de portée internationale est effectuée par le Directeur général sur base des informations qu'il reçoit (art. 12 du RSI) et des conseils dont il s'entoure de la part de divers organes et de l'avis de l'État sur le territoire duquel l'événement se produit.

Ce système semble avoir donné des résultats très positifs pour le SRAS et la grippe aviaire.

Indépendamment de ce régime d'alerte conçu pour pouvoir répondre aux urgences avant que l'épidémie ne se dissémine, la meilleure méthode pour empêcher une pandémie reste évidemment la vaccination.

La vaccination

La vaccination est le moyen préventif par excellence. Elle existe pour certaines pandémies connues. On connaît son succès pour la variole dont elle a permis l'éradication⁶⁸, ainsi que pour la poliomyélite, qui ne peut être enrayée que par ce moyen, car il n'y a pas de traitement par médicaments. Mais la connaissance des virus n'implique pas nécessairement la découverte d'une vaccination ou même la possibilité d'en envisager une.

La vaccination n'est pas une panacée universelle. Pour de nombreux virus, il n'y a pas de vaccin, par exemple pour l'hépatite virale B⁶⁹. Ou bien le virus évolue et le vaccin devient obsolète. C'est le cas de la grippe. En cas de pandémie émergente, de grippe atypique, il faudrait entre trois à six mois pour produire un vaccin après identification de la souche mise en cause par l'OMS. La création de stocks de vaccins - pourtant indispensable - est rendue de ce fait difficile et aléatoire. L'OMS dispose de 3 millions de doses d'antiviraux qui peuvent être très rapidement distribuées en cas de début de pandémie en attendant la commercialisation du vaccin. Ce stock de l'OMS a été financé par quelques industries.

⁶⁷ M. Poulain, « La gestion ... », article précité.

⁶⁸ « La destruction des derniers stocks du virus de la variole a été décidée par l'OMS le 24 mai 1996 » (*RGDIP*, 1996, p. 841-842).

⁶⁹ H. Morin et J.-Y. Nau : *Le Monde*, 23 mars 2006.

2. les moyens de lutte⁷⁰

Tout comme au stade de la prévention, l'OMS participe à l'organisation de la lutte contre toute urgence de santé publique de portée internationale.

Chaque État Partie doit aussi acquérir la capacité de réagir rapidement et efficacement en cas de risque pour la santé publique et d'urgence de santé publique de portée internationale selon des principes directeurs établis par l'OMS (art. 13 §1).

Mais, comme on l'a vu, il n'est pas seul : ici aussi il peut être soutenu par les réseaux d'alerte et d'action.

« À la demande d'un État partie, l'OMS collabore à l'action en cas de risque pour la santé publique et d'autres événements en fournissant des conseils et une assistance techniques et en évaluant l'efficacité des mesures de lutte mises en place, y compris, le cas échéant, en mobilisant des équipes internationales d'experts pour prêter assistance sur place » (art. 13 § 3).

Le RSI vient ainsi codifier des pratiques que l'OMS a commencé à mettre en œuvre à partir de 1997 en mettant sur pied son réseau « Alerte et Action ». Ce réseau reçoit des données épidémiologiques actualisées en permanence, intervient au stade de l'identification, puis vérifie sur le terrain les mesures prises, aide les ministères de la santé locaux, assure une analyse compétente des prélèvements par les laboratoires, etc.⁷¹.

Ce mécanisme a été appliqué tant pour la gestion de l'épidémie de SRAS que pour celle de la grippe aviaire. Dans le cas du SRAS, il n'a fallu que quelques semaines à l'OMS pour identifier le virus, suivre son cheminement spatial et enrayer l'épidémie. On a pu se rendre compte dans ce cas de l'importance d'une alerte informée et prompte pour pouvoir réagir à bon escient.

L'OMS édicte des mesures de lutte homogènes et ajustées selon l'impact de santé publique, avec une réévaluation continue de l'évolution épidémique et de l'efficacité des mesures.

On n'a pas l'occasion de développer ici ce thème, mais il est notoire que s'il est un lieu idoine pour l'application du concept à la mode de bonne gouvernance fondée sur des réseaux, c'est bien ici où il convient de coordonner l'action des États, des organisations internationales gouvernementales et de ce qu'il est bienséant d'appeler aujourd'hui la société civile (ONG, laboratoires, industrie pharmaceutiques, etc.)⁷².

⁷⁰ Gessain et Manuguerra, *op. cit.*, p. 121.

⁷¹ M. Poulain, « La gestion ... », article précité.

⁷² M. Dixneuf, « La santé, enjeu de la gouvernance mondiale », *Les études du CERIC*, n° 99, décembre 2003.

Les moyens de lutte

S'agissant des moyens de lutte proprement dits il n'y a pas grand-chose de nouveau. Ce domaine reste très traditionnel. Les mesures à mettre en œuvre sont bien connues. Passons les en revue:

(i) La lutte antivectorielle,

Cas de la grippe aviaire : massacre en masse des canards et poulets.

Cas de l'encéphalopathie spongiforme bovine : abattage systématique des troupeaux de bovins.

La chose est moins évidente pour les insectes : démoustication par exemple.

Le rat est aussi un vecteur classique, notamment pour la peste. La dératisation des navires reste un classique de mesure anti-vecteur.

L'abattage, la quarantaine, la désinfection, les restrictions sur les mouvements d'animaux et l'application de règles strictes de sécurité biologique dans les élevages sont les mesures standard recommandées par la FAO et l'Office International des Epizooties.

(ii) L'isolement des malades et la quarantaine

« L'Assemblée de la Santé aura autorité pour adopter les règlements concernant :

*a) toute mesure sanitaire et de quarantaine ou toute autre mesure destinée à empêcher la propagation des maladies d'un pays à l'autre (...) »*⁷³

Le Règlement sanitaire international de l'OMS signé à Genève le 25 mai 1951 (art. 1^{er}), désignait six maladies quaranténaires « *la peste, le choléra, la fièvre jaune, la variole, le typhus et la fièvre récurrente* ».

Quoique l'OMS n'a pas l'habitude de recommander que certains pays soient mis en quarantaine ou que les frontières internationales soient closes, il n'en demeure pas moins que ces mesures de lutte restent prévues dans le nouveau RSI (2005) :

« *'quarantaine' s'entend de la restriction des activités et/ou de la mise à l'écart des personnes suspectes qui ne sont pas malades ou des bagages, conteneurs, moyens de transport ou marchandises suspects de façon à prévenir la propagation éventuelle de l'infection ou de la contamination* » (art. 1 définitions)

« *'isolement' s'entend de la mise à l'écart de malades ou personnes contaminées ou de bagages, conteneurs, moyens de transport, marchandises ou colis postaux affectés de façon à prévenir la propagation de l'infection ou de la contamination* ».

⁷³ Constitution de l'O.M.S. du 22 juillet 1946, art. 21., *RTNU*, vol. 14, p 185.

(iii) *Les restrictions aux déplacements et les contrôles accrus aux frontières*

Des mesures de panique peuvent entraîner des mesures radicales. Lors d'une réunion de l'APEC en octobre 2005, le ministre australien des affaires étrangères, Alexander Downer, a exprimé l'avis que son gouvernement serait peut-être forcé de fermer les frontières aux personnes qui fuient une propagation de la grippe aviaire afin d'éviter que le pays ne soit infecté par le virus⁷⁴.

Des guides techniques sont en cours de révision et de mise à jour : ainsi le guide OMS d'hygiène et de salubrité à bord des navires et le guide OMS d'hygiène et de salubrité dans les transports aériens. De nouveaux guides techniques sont en préparation, notamment un Guide sur les systèmes d'alerte précoce pour la surveillance des maladies.

(iv) *les médicaments*

La thérapie médicamenteuse pose de nombreux problèmes :

- l'harmonisation internationale des médicaments,
- leur mise au point,
- les contrefaçons⁷⁵,
- la conciliation de l'accès aux médicaments avec les normes du commerce international⁷⁶.

En ce qui concerne ce dernier point, le droit du GATT-OMC et celui de la santé peuvent entrer en conflit. En particulier, la confection de génériques pour les pays en développement. L'opposition entre protection de la santé pour le plus grand nombre et protection des droits intellectuels dans le domaine pharmaceutique est bien connue. On ne s'y attardera pas ici.

Le second groupe de règles de droit internationales pertinentes sont les droits de l'homme et les droits des peuples.

⁷⁴ S. Rahmani, « La stratégie mondiale de lutte contre la grippe aviaire », *Sentinelle* n° 41, 13 novembre 2005.

⁷⁵ *Le Monde*, Économie, 4 juillet 2006, p. 2, « Le trafic des médicaments, un fléau qui tue », C. Février « La vente de produits contrefaits ».

⁷⁶ « Les décisions de l'OMC empêchent l'accès aux médicaments pour les pays pauvres », voir l'article dans le dossier du Monde diplomatique; (G. Velasquez et P. Boulet « Mondialisation et accès aux médicaments. Perspectives sur l'accord ADPIC de l'OMC », OMS, Genève, 1999); « Hold up sur les médicaments », *Le Monde diplomatique*, juillet 2003; L. Boisson de Chazournes, « Application de la notion de médicament essentiel », *AFDI*, 1984, pp. 692-703 ; A. Tankoano, « Nouveau droit des brevets des États membres de l'Organisation africaine de la propriété intellectuelle, développement industriel et accès aux médicaments », *RBDI*, 2005, vol. XVIII, pp. 669-699.

B. Droits de l'homme et droits des peuples

Il convient, en effet, de ne pas les oublier. L'actualité, la dramatisation de l'information a mis au premier plan les préoccupations relatives au SRAS et à la grippe aviaire. L'efficacité des mesures prises pour enrayer les pandémies émergentes éventuelles ne doit cependant pas occulter la stagnation concernant les pandémies traditionnelles, autrement plus meurtrières. Il convient de conserver le sens des proportions.

Deux types de normes internationales viennent ici à point : les droits de l'homme et les droits des peuples.

1. Droits de l'homme

S'agissant des premières, elles sont bien connues.

(i) Dans l'ensemble, il s'agit de *droits dits de « la deuxième génération »*⁷⁷ : droit à la santé,

- *Le préambule de la constitution de l'OMS (1946) proclame :*

« *La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelle que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* ».

Il prévoit encore l'admission de tous les peuples aux connaissances acquises par les sciences médicales...

- *Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 16 décembre 1966, dispose, en son article 12 :*

« *1. Les États parties au Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre*

2. Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer : (...)

⁷⁷ Le *Dictionnaire de droit international public*, Bruylant, 2001, les décrit comme suit : « *Droits économiques, sociaux et culturels ou droits de l'homme, situé socialement et politiquement, fondés sur les concepts d'égalité et de justice sociale. À ces droits, issus de la tradition socialiste, puis repris par l'idéologie marxiste, correspondent pour l'État des obligations de faire propres à l'État providence. Il s'agit de 'droits-créances' exigeant de l'État une protection économique et sociale et les moyens économiques pour être à même d'exercer les libertés.(...) En fait, dès la Révolution française, certains de ces droits ont été proclamés au même titre que les droits dits de la première génération. Ces droits ont même été les premiers à être consacrés sur le plan international, puisque la première organisation internationale ayant un mandat de protection des droits fondamentaux est l'Organisation internationale du Travail, créée en 1919. De même la Déclaration universelle des droits de l'homme leur fit une place. Néanmoins, ce n'est que par le Pacte universel (1966) relatif aux droits économiques, sociaux et culturels que ces droits ont été précisés et systématisés, avec, au demeurant, une effectivité toute relative, que la mondialisation actuelle diminue encore* ».

c) *la prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies.* »

Dans le même sens, on peut encore citer :

- *La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples*, Nairobi, juin 1981, Art. 16 :

« 1. *Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.*

2. *Les États parties à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs population et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie* ».

- *La Charte sociale européenne* (1960 rev. 1996) art 11 : *Droit à la protection de la santé* :

« *En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties contractantes s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées (...) à prévenir dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres.* »

La Déclaration des devoirs fondamentaux des peuples et des États asiatiques (1983) Article 5, *Justice sociale*, paragraphe 7 qui frappe par la netteté et la pertinence de ses formulations.

« *Il est du devoir de l'État de mettre en place et de faire fonctionner un système efficace de services sanitaires qui intègre les réseaux de santé traditionnels ou locaux utiles, l'accent étant mis sur les soins de santé primaires, d'assurer le fonctionnement d'un organe efficace de surveillance de l'alimentation et des médicaments, d'éliminer l'importation et l'utilisation de médicaments dangereux ou inutiles, de veiller à ce que le coût des soins médicaux et hospitaliers demeure à la portée du citoyen moyen, d'éliminer ou d'empêcher le contrôle par des étrangers ou par des monopoles ou conglomérats nationaux de l'industrie alimentaire et pharmaceutique nationale, de prévenir l'uniformisation des habitudes alimentaires, lesquelles font partie de la culture, et de décourager l'importation ou la production et la vente d'aliments ayant une valeur nutritive nulle ou faible, de mettre en œuvre et de superviser efficacement un programme de développement et de répartition des ressources en personnel sanitaire et de promouvoir les recherches appropriées sur les problèmes nationaux de santé les plus pressants* ».

(ii) Il convient également de se souvenir que de nombreuses règles relatives à la prohibition des discriminations sont à relever comme pertinentes. Il suffit de penser aux problèmes relatifs à l'exclusion ou à la discrimination des personnes malades, en particulier

celles atteintes du sida⁷⁸ : pour les homosexuels, les femmes atteintes, les enfants hémophiles contaminés ou ayant contracté le sida pendant la grossesse de leur mère.

De nombreuses conventions multilatérales tendent à prohiber les discriminations⁷⁹.

Le rejet et l'exclusion sont des attitudes traditionnelles. Faut-il rappeler le cas des lépreux (il y avait 19 000 léproseries en Europe vers l'an 1200), les lazarets, les quarantaines ? Les pratiques d'exclusion, quoi qu'on en dise, restent présentes dans la panoplie des mesures de défense contre la maladie. Il suffit de réfléchir un instant à ce qui se passerait s'il y avait réellement une pandémie catastrophique, aux réflexes de peur, de rejet et de violence que cela engendrerait. Il suffit de relire des chapitres du *Hussard sur le toit* de Jean Giono ou de *La peste* d'Albert Camus, pour prendre conscience que la barbarie ne serait pas loin.

D'une manière générale, les malades ou les personnes suspectes ont droit au respect de leur droit à la dignité. Plusieurs dispositions du RSI 2005 le rappellent opportunément. Selon l'article 3 § 1, « *Le présent Règlement est mis en œuvre en respectant pleinement la dignité des personnes, les droits de l'homme et les libertés fondamentales* ».

Selon l'article 32, « *Lorsqu'ils appliquent les mesures sanitaires prévues par le présent Règlement, les États Parties traitent les voyageurs dans le respect de leur dignité et des droits humains fondamentaux afin de réduire au maximum l'inconfort ou la gêne pouvant être associée à ces mesures, notamment:*

- a) en traitant tous les voyageurs avec courtoisie et respect ;*
- b) en tenant compte du sexe de la personne et des préoccupations religieuses ou socio-culturelles des voyageurs ; et*
- c) en fournissant ou en prenant des dispositions pour que soient fournis aux voyageurs placés en quarantaine ou en isolement, ou soumis*

⁷⁸ Voir par ex. la résolution 1999/49 sur la protection des droits fondamentaux des personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou atteintes du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA).

⁷⁹ Convention internationale sur toutes les formes de discrimination raciale (1965), art. 5 : « *e :iv les États parties s'engagent (...) à garantir le droit de chacun (...) à la jouissance du droit (...), à la santé, aux soins médicaux, à la sécurité sociale, et aux services sociaux* » ; Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979), art. 11 : « *1 :. F Les États parties s'engagent à prendre toutes les mesures appropriées (...) afin d'assurer, sur la base de l'égalité (...) le droit à la protection de la santé* » et art. 12 : « *1 Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé (...)* » ; Convention relative aux droits de l'enfant (1989), art 24 : « *2. C (...) lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre des soins de santé primaires, grâce notamment à 'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel* » (Observation générale du n° 14 du CODESC, §41) cité p. 34.

à des examens médicaux ou à d'autres mesures de santé publique, de la nourriture et de l'eau en quantité suffisante, un hébergement et des vêtements appropriés, une protection pour leurs bagages et autres effets personnels, un traitement médical approprié, les moyens de communication nécessaires si possible dans une langue qu'ils comprennent et toute autre assistance appropriée ».

Ainsi que l'écrivait il y a peu le Dr Emmanuel Hirsch (docteur en philosophie, professeur d'éthique médicale) dans un article intitulé « Questions éthiques face à la pandémie grippale »⁸⁰ : « *L'équité, le respect de la personne dans sa dignité et ses droits, la sauvegarde des plus fragiles perdront bien vite toute consistance, alors que des actes de violence et d'incivilité accentueront insécurité et peurs* ».

(iii) Le droit à la santé est encore lié inextricablement à d'autres droits humains plus flous : le droit à une alimentation saine et équilibrée⁸¹, le droit à un logement salubre et doté d'eau courante⁸², le droit à l'éducation et l'information, etc.

- La *Déclaration islamique universelle* (1981), dont l'article XVIII (Droit à la sécurité sociale) dispose :

« Toute personne a droit à la nourriture, au logement, à l'habillement, à l'enseignement et aux soins médicaux en fonction des ressources de la communauté. Cette obligation de la communauté s'étend plus particulièrement à tous les individus qui ne peuvent se prendre en charge eux-mêmes en raison d'une incapacité temporaire ou permanente ».

- *La Déclaration d'Alma Ata*

Le contenu minimal du droit à la santé a été défini par l'OMS dans sa Déclaration d'Alma Ata du 12 novembre 1978. Citons-en quelques extraits :

« Point I. La Conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé ».

« Point V. Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en

⁸⁰ *Le Monde*, 18 mars 2006, p. 21.

⁸¹ Voir résolution 1999/24 de la Commission des droits de l'Homme des Nations Unies sur le droit à l'alimentation adoptée le 26 avril 1999, *RILS*, vol. 50, n° 4, 1999, p. 597.

⁸² Voir résolution 1997/18 de la sous-commission de la lutte contre les mesures discriminatoires et la protection des minorités de la Commission des Droits de l'Homme des Nations Unies sur la promotion de la réalisation du droit d'accès pour tous à l'eau potable et aux services d'assainissement, *RILS*, vol. 49, n° 4, 1998, p. 756.

assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale ».

« Point VII. Les soins de santé primaires : (...) 3) comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels ; (...) ».

« Point X. L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés. Une politique authentique d'indépendance, de paix, de détente et de désarmement pourrait et devrait permettre de dégager des ressources supplémentaires qui pourraient très utilement être consacrées à des fins pacifiques et en particulier à l'accélération du développement économique et social dont les soins de santé primaires, qui en sont un élément essentiel, devraient recevoir la part qui leur revient⁸³ ».

On est loin de compte.

Tous ces droits créent à charge de l'État des obligations « de faire » : de procurer des services, ce qui ne va pas de soi, quoique certaines juridictions nationales vont cependant jusqu'à imposer aux États de prendre des mesures concrètes pour assurer la protection de la population⁸⁴.

⁸³ Adoptée à la conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue à Alma-Ata du 6 au 12 septembre 1978, et entérinée par la 32e Assemblée mondiale de la Santé dans sa résolution WHA32.30 (mai 1979).

⁸⁴ « *En cumplimiento del deber de realizar los derechos, los Estados han de dar prioridad a sus obligaciones basicas. Respecto al derecho a la salud, estas obligaciones incluyen la respuesta a las epidemias. En 1998, una estudiante de derecho en Argentina, Mariela Cecilia Viceconte, junto con el Defensor del Pueblo de la Nacion, presento una demanda de amparo, una forma de accion judicial de grupo para reivindicar derechos constitucionales, en la que solicitaba que el Estado tomase medidas mas eficaces para lograr la efectividad del derecho a la salud y dar respuesta a una epidemia de fiebre hemorragica argentina que amenazaba a tres millones y medio de personas. La Camara*

On touche ainsi inextricablement aux droits des peuples.

2. Droits des peuples

Ce sont les droits de l'homme de la troisième génération⁸⁵ qui sont ici concernés. Le droit à la santé est inextricablement lié à la réalisation de ces droits :

- La santé et le droit à un environnement sain

Selon la Déclaration de la conférence de Rio : les personnes ont droit à avoir une vie saine et productive en harmonie avec la nature. Et dans le plan *Action 21* un chapitre est consacré à la protection de la santé qui insiste sur l'interdépendance entre santé et environnement. Or, Selon l'OMS, un tiers des maladies est causé par la dégradation de l'environnement⁸⁶.

- La santé et le droit au développement

Le PNUD s'est intéressé à l'interdépendance entre santé, éducation et pauvreté, l'éducation favorisant une meilleure hygiène et une meilleure planification familiale.

La santé se trouve à une bonne place dans *les Objectifs du Millénaire pour le Développement*. Il s'agit d'ici 2015 de :

Nacional de Apelaciones en lo Contencioso-Administrativo Federal ordeno al Estado que produjese una vacuna, ya que la epidemia era exclusiva de Argentina y el sector privado consideraba que el desarrollo de una vacuna no era rentable. La Camara encomendo al Defensor del Pueblo que supervisara la aplicacion de la orden, y considero al Ministro de Salud personalmente responsable de la rendicion de cuentas. En este caso, el tribunal decidio que el Estado debia tomar medidas especificas y concretas (desarrollar una vacuna) para combatir una epidemia que solo habia brotado en el pais y en la que el sector privado no estaba dispuesto a intervenir », Camara Nacional de Apelaciones en lo Contencioso-Administrativo Federal, IV, Viceconte, Mariela C. v. El Ministerio de Salud y Accion Social, 2/6/1998, <<http://www.cohre.org/library/Litigating%20ESCR%20Report.pdf>>.

⁸⁵ Le Dictionnaire de droit international public, Bruylant, 2001, les décrit comme suit : « Droits dits 'de solidarité', répondant aux grandes préoccupations de l'époque, à l'aspiration à la paix, au développement, à un environnement sain. Ils transcendent les États pour viser la communauté internationale, voire l'avenir de l'espèce humaine, avec la bioéthique. Cette notion consacrerait l'apport spécifique des États du Tiers Monde. De nombreuses déclarations ont été proclamées par l'Assemblée générale des Nations Unies sur le droit à la paix, sur le droit au développement, sur le droit des peuples à disposer de leurs richesses naturelles, sur le nouvel ordre économique international et sur le droit à l'environnement. Les articles 22 à 24 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1981 mentionnent certains de ces droits des peuples: 'droit à leur développement économique, social et culturel' (art.22), 'droit à la paix et à la sécurité tant sur le plan national que sur le plan international' (art.23) et 'droit à un environnement satisfaisant et global, propice à leur développement' (art.24) ».

⁸⁶ Communiqué OMS, 9 mai 2002. La Banque mondiale a également publié des études sur le lien entre santé et environnement.

- réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
- réduire des trois quarts le taux de mortalité maternelle
- stopper la propagation du VIH/sida
- maîtriser le paludisme et autres grandes maladies (la tuberculose en particulier)

- *La santé et le droit à la sécurité - La santé comme élément de la sécurité collective*

Déjà le Préambule de la constitution de l'OMS (1946) mentionnait que « *(L)a santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité ; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des États* ».

On ne devait plus entendre parler de cet aspect jusqu'à ce que le Conseil de sécurité déclare le sida une menace à la paix et à la sécurité mondiale par sa résolution 1308 du 10 janvier 2000.

Ainsi que l'a souligné le groupe des personnalités de haut niveau : « *Tout événement ou phénomène meurtrier ou qui compromet la survie et sape les fondements de l'État en tant qu'élément de base du système international constitue une menace contre la sécurité internationale* »⁸⁷. Le document final du Sommet mondial de 2005 fait sienne cette analyse : « *les maladies infectieuses constituent de graves dangers pour le monde entier* ».

Dans ces conditions, ceci signifie que le Conseil de sécurité peut se saisir de problèmes de santé sans sortir de ses compétences. Le coordonnateur des Nations Unies a estimé que l'envoi d'une équipe de vétérinaire sous l'égide de la FAO sur un site infecté pouvait être considéré « *comme une opération du maintien de la paix* »⁸⁸. Il va sans dire que des activités bio-terroristes de grande ampleur tomberaient sous le coup de la notion de menace contre la paix et la sécurité internationale.

Les *recommandations du groupe de personnalités de haut niveau* ont démontré de manière lumineuse les liens qui existent entre pauvreté, sous-développement, dégradation de l'environnement, sécurité internationale et pandémies⁸⁹.

⁸⁷ Rapport du Groupe de personnalités de haut niveau.

⁸⁸ Communiqué des Nations Unies « Grippe aviaire : une pandémie aura lieu tôt ou tard », 8 mars 2006, <<http://www.un.org/french/newscenter/index.shtml>>.

⁸⁹ « 1. Tous les États doivent s'engager à nouveau à atteindre les objectifs d'éradication de la pauvreté, de croissance économique soutenue et de promotion du développement durable. (59) 2. Les nombreux pays donateurs qui ne consacrent toujours pas 0,7 % de leur produit national brut (PNB) à l'aide publique au développement (APD), objectif fixé par l'ONU, devraient se fixer une échéance pour y parvenir. (60) 3. Les membres de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) devraient s'efforcer de conclure le cycle de négociations de Doha sur le développement en 2006 au plus tard. (62) 4. Les gouvernements prêteurs et les institutions financières internationales devraient alléger encore la dette des pays pauvres fortement endettés, rééchelonner encore leur dette et

Le droit à la santé est lié inextricablement au droit à une alimentation saine et équilibrée et au droit à un logement salubre et doté d'eau courante ; « *or de nos jours, près d'un milliard de personnes souffrent de la famine ou de la malnutrition ; près d'un milliard et demi de personnes n'ont pas accès à une quantité suffisante d'eau potable et près de quatre milliard de personnes ne bénéficient pas de conditions sanitaires convenables* »⁹⁰.

On sait que cette situation est la cause de la perpétuation de plusieurs pandémies classiques qui font non quelques centaines de victimes, comme le SRAS ou la grippe aviaire, mais des millions.

1) Les maladies respiratoires aiguës tuent 3,9 millions de personnes par an.

2) Les diarrhées, 2 millions.

3) Le SIDA a tué plus de 2,9 millions de personnes en 2006 (rapport annuel de l'ONUSIDA) ; on comptait à la même date 39, 5 millions de séropositifs.

4) La malaria, ou paludisme, affecte 350 à 500 millions d'êtres humains et 1,1 million (surtout des enfants) en meurent chaque année.

5) La tuberculose : selon les chiffres de l'OMS, 1,7 millions de personnes en seraient mortes en 2004 ; 2 millions selon d'autres sources.

Certes des efforts sont faits, mais on attend encore la bonne gouvernance qui mettra fin efficacement à ce scandale. La matière du droit international de la santé est le lieu d'une série de contradictions que

leur ouvrir davantage les marchés mondiaux. (63) 5. Les ressources internationales consacrées à la lutte contre le VIH/sida sont passées de quelque 250 millions de dollars en 1996 à 2,8 milliards de dollars environ en 2002, mais il faudrait plus de 10 milliards de dollars par an pour enrayer la pandémie. (64) 6. Les dirigeants des pays touchés par le VIH/sida doivent mobiliser des ressources, allouer des fonds et associer la société civile et le secteur privé à la lutte contre la pandémie. (65) 7. Le Conseil de sécurité, en étroite collaboration avec ONUSIDA, devrait consacrer une deuxième session extraordinaire au VIH/sida en tant que menace contre la paix et la sécurité internationales, en vue d'en examiner les effets futurs sur l'État et la société, de susciter des travaux de recherche et d'arrêter les principaux éléments d'une stratégie à long terme visant à faire reculer la maladie. (67) 8. Les donateurs internationaux, en partenariat avec les autorités nationales et les organisations de la société civile, devraient lancer une nouvelle initiative mondiale en vue de reconstruire les services locaux et nationaux de santé publique dans l'ensemble du monde en développement. (68) 9. Les membres de l'Assemblée mondiale de la santé devraient allouer davantage de ressources au Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie, afin de le rendre mieux à même de faire face à des épidémies. (69) 10. Les États devraient offrir des incitations à l'exploitation de sources d'énergie renouvelables et réduire et éliminer à terme les subventions octroyées aux activités préjudiciables à l'environnement, en particulier à l'utilisation et à l'exploitation des combustibles fossiles. (71) 11. Les États Membres devraient réfléchir au décalage entre la promesse du Protocole de Kyoto et ses résultats, revoir le problème du réchauffement de la planète et ouvrir de nouvelles négociations en vue d'arrêter une nouvelle stratégie à long terme de réduction du réchauffement planétaire au-delà de la période visée par le Protocole (2012).(72) »

⁹⁰ M. Özden, *Le droit à la santé*, CETIM, Genève, 2006, p. 9.

nourrit en son sein une société internationale aujourd'hui gouvernée par une forme de libéralisme où tout se mesure en termes de profit, de privatisation, de désétatisation :

- libéralisation ou développement ?
- libéralisation ou protection de l'environnement ?
- liberté de circulation et de mouvement des marchandises et des personnes ou quarantaine et isolement des malades ?
- protection ou discrimination et exclusion des victimes ?
- droit de propriété sur les brevets ou accès aux médicaments pour tous ou aux meilleures conditions ?

Ceci ne peut conduire qu'à de bien amères conclusions.

Une fois de plus, on doit constater que le droit international de la santé ne se distingue pas des autres domaines du droit international.

Comme ces derniers, il est caractérisé par cette pandémie juridique que l'on nomme dualité des normes. Il est constitué d'une part de « droit dur », de règles précises, appliquées, sanctionnées pour défendre les intérêts de l'industrie et du commerce. Il est constitué d'autre part de « droit mou », de principes généraux sur les droits des peuples dont la généralité handicape toute réalisation concrète, de droits économiques et sociaux de l'homme, qui, bien que présentant toute la juridicité voulue butent sur le fait qu'ils imposent aux États des obligations de faire que ces derniers sont économiquement incapables d'assumer ou politiquement peu disposés à remplir ou des obligations de solidarité qu'ils n'accomplissent que de manière dérisoire.

TABLE DES MATIERES

<i>Allocutions d'ouverture</i>	
<i>Christian Duval</i>	7
<i>Sandrine Maljean-Dubois et Rostane Mehdi</i>	11
<i>Rapport introductif</i>	
<i>Jean Salmon</i>	13

Première partie**LA PREVENTION DES PANDEMIES**

Chapitre 1	
L'action de l'Organisation mondiale de la santé, acteur historique de la prévention	
<i>Michel Bélanger</i>	49
Chapitre 2	
Les trois principes en action dans la lutte contre le VIH/SIDA – en Algérie	
<i>Youssef Mehdi, Samia Lounnas Adel Zeddami</i>	59
Chapitre 3	
L'aide au développement et les enjeux sanitaires	
<i>Entretien avec Rony Brauman</i>	69
Chapitre 4	
La paix et la sécurité internationales à l'épreuve des pandémies, le cas du bioterrorisme	
<i>Jean-Christophe Martin</i>	77

Deuxième partie**L'URGENCE SANITAIRE INTERNATIONALE**

Chapitre 1	
Révision du règlement sanitaire international, réseau « alerte et action » : l'efficacité des outils de réaction de l'OMS à l'épreuve du SRAS et de la grippe aviaire	
<i>Michèle Poulain</i>	101
Chapitre 2	
L'action des organisations régionales	
<i>Vanessa Richard</i>	119
Chapitre 3	
La gestion d'une crise sanitaire internationale le cas du SRAS	
<i>Gian Luca Burci</i>	137

Chapitre 4.

La gestion d'une crise sanitaire internationale :
le cas de l'influenza aviaire*Jean-Luc Angot* 143**Troisième partie****TABLE RONDE****LA SANTE, BIEN PUBLIC MONDIAL ?**

Introduction

Didier Truchet..... 155

1. Quelques réflexions sur les discours de l'OMS relatifs à la santé

Patrice Pinell 157

2. La notion de bien public mondial

vue du droit international

Jean-Marc Sorel..... 163

3. La santé, bien public mondial ? Le point de vue de l'économiste

Nicolas Tanti-Hardouin 169

4. La santé, d'un bien public international

à un droit fondamental international

Brigitte Feuillet 181

5. Les limites de la globalisation

de la lutte contre les pandémies

Antoine Leca 1896. Face à une menace de pandémie grippale,
la santé deviendra-t-elle un bien public international ?*Docteur Sandrine Segovia-Kueny* 195

7. Santé comme bien public mondial et gratuité des traitements

antirétroviraux :concrétisation d'une notion utopique

Alice Desclaux 201

8. Accès à la santé, accès aux médicaments

Marcelo Dias Varella 209*Conclusions générales**Louis Dubouis* 215

Depuis la création de l'Organisation Mondiale de la Santé en 1948, les préoccupations sanitaires ont acquis une grande acuité : persistance de pandémies telles la tuberculose ou le paludisme, échec de certaines politiques et stratégies de développement, ravages du VIH/sida notamment en Afrique, apparition de nouveaux risques et grandes peurs (SRAS, grippe aviaire, attaques terroristes chimiques et bactériologiques). La lutte contre les grandes pandémies s'intensifie et est devenue un objectif majeur pour les Nations Unies. La santé est l'un des Objectifs du Millénaire pour le Développement, notamment le combat contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies (Objectif 6). Le 10 janvier 2000, le Conseil de sécurité des Nations Unies a identifié la pandémie du sida comme une menace pour la paix et la sécurité mondiales.

Toutes les organisations internationales sont concernées, à un titre ou à un autre. Les programmes se multiplient, de même que les initiatives tant locales qu'internationales. Sur de telles questions, la nécessité d'un partenariat entre les institutions internationales et les autres acteurs de la société internationale (gouvernements, entreprises, société civile) se fait particulièrement sentir. Mais la communauté internationale avance encore en ordre dispersé, et les résultats de ces multiples stratégies sont assez modestes. De récentes crises ont mis en lumière l'inadaptation d'un cadre institutionnel et normatif international en pleine recomposition.

Les quatorzièmes Rencontres internationales d'Aix-en-Provence ont réuni les 8-9 décembre 2006 des enseignants-chercheurs d'horizons disciplinaires différents et des praticiens (hauts fonctionnaires internationaux et nationaux, diplomates, représentants d'ONG et de grandes entreprises, médecins) pour en débattre.

COLLOQUES PUBLIÉS DANS LA MÊME COLLECTION

- . Y. DAUDET *dir.*, *Aspects du système des Nations Unies dans le cadre de l'idée d'un nouvel ordre mondial*, novembre 1991
- . Y. DAUDET *dir.*, *Actualités des conflits internationaux*, décembre 1992
- . Y. DAUDET *dir.*, *Les Nations Unies et le développement, le cas de l'Afrique*, décembre 1993
- . Y. DAUDET *dir.*, *Les Nations Unies et la restauration de l'État*, décembre 1994
- . Y. DAUDET *dir.*, *Les Nations Unies et le développement social international*, décembre 1996
- . Y. DAUDET et R. MEHDI *dir.*, *Les Nations Unies et l'ex-Yougoslavie*, décembre 1997
- . S. MALJEAN-DUBOIS et R. MEHDI *dir.*, *Les Nations Unies et la protection de l'environnement : la promotion d'un développement durable*, janvier 1999
- . R. MEHDI *dir.*, *Les Nations Unies et les sanctions : quelle efficacité ?* décembre 1999
- . R. MEHDI *dir.*, *La démocratisation du système des Nations Unies*, décembre 2000
- . R. MEHDI *dir.*, *La contribution des Nations Unies à la démocratisation de l'État*, décembre 2001
- . En l'honneur d'A. MAHIOU, *Les Nations Unies et l'Afghanistan*, janvier 2003
- . R. MEHDI *dir.*, *Les Nations Unies face aux armes de destruction massive*, décembre 2003
- . S. MALJEAN-DUBOIS *dir.*, *La société internationale et les enjeux bioéthiques*, décembre 2004



ISBN 978-2-233-00517-5

26 €