

La coopération sanitaire internationale à l'épreuve du COVID-19

Par **Didier Houssin**

Membre de l'Académie nationale de médecine, **Didier Houssin** est président du Comité d'urgence de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans le cadre de l'épidémie de COVID-19.

La pandémie de COVID-19 a joué un rôle de catalyseur des tensions internationales, en particulier entre la Chine et les États-Unis. Le président américain a fortement critiqué l'Organisation mondiale de la santé, accusée de servir les intérêts de Pékin et d'inefficacité. Pourtant, cette organisation a agi avec célérité et a facilité la coopération sanitaire internationale. Elle œuvre notamment à la production d'un vaccin qui pourrait être considéré comme un bien public mondial.

politique étrangère

« Le COVID-19 menace de déchirer le tissu de la coopération internationale. »

Tedros Adhanom Ghebreyesus¹

Au cours des derniers mois, l'espèce humaine a été confrontée à un nouveau et dangereux membre de la famille des virus à couronne : après le coronavirus SARS-CoV-1, responsable de l'épidémie de Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) qui a débuté en Chine en 2003, puis le MERS CoV apparu en 2012 en Arabie Saoudite, le SARS-CoV-2 est responsable de la pandémie de COVID-19 dont les premières manifestations ont été identifiées fin 2019 en Chine.

Après environ six mois de transmission d'un virus dont le tropisme est l'appareil respiratoire des êtres humains, le bilan au 8 juin 2020 fait état

1. Directeur général de l'OMS, 18 mai 2020.

de près de 7 millions de cas recensés et de plus de 400 000 décès, principalement dans les zones Europe et Amériques de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)².

La pandémie est encore en cours. La trajectoire et l'intensité de la transmission du virus peuvent réserver des surprises. Toutefois, il est possible de faire quelques premiers constats sur la gestion de cette épidémie. Le moins que l'on puisse dire est qu'elle s'est d'emblée révélée peu propice à la coopération internationale en matière sanitaire.

L'internationalisation de l'épidémie liée au virus SARS-CoV-2

L'épidémie due au virus SARS-CoV-2, qui s'est déclenchée en Chine dans les dernières semaines de 2019, n'est pas apparue comme une totale surprise. Les risques zoonotiques afférents à la mise en contact de populations humaines denses avec de nombreuses espèces de la faune domestique et sauvage, en particulier dans les marchés d'animaux vivants, sont connus. Les précédentes épidémies à coronavirus en ont déjà été l'expression³.

Le premier signalement de cas groupés de pneumonies de cause inconnue à Wuhan, dans la province chinoise du Hubei, a été fait à l'OMS le 31 décembre 2019. Un nouveau coronavirus a vite été mis en cause. Son génome a rapidement été séquencé à partir de plusieurs prélèvements faits en Chine chez des malades, en particulier dans le Hubei.

Dès le 12 janvier 2020, les autorités sanitaires chinoises ont rendu publique la séquence génétique de ce nouveau coronavirus, en introduisant cette séquence dans la base de données GISAID qui recueille les séquences génétiques des virus influenza. Cette rapidité traduit, à la fois, les progrès faits en matière de génétique moléculaire virale, et la volonté de partager des informations génétiques utiles à la compréhension de ce virus. Les connaissances progressent aujourd'hui plus vite sur la nature d'un virus émergent que sur les effets de celui-ci sur la population, ou sur ses modes de transmission.

Dès le 13 janvier 2020, la portée internationale de l'épidémie liée au virus SARS-CoV-2 est apparue avec un premier cas signalé en Thaïlande. La dimension internationale de l'épidémie était sans doute plus précoce,

2. OMS, « Coronavirus disease (COVID-19), Situation report 140 », 8 juin 2020.

3. Z. F. Greatorex, *et. al.*, « Wildlife Trade and Human Health in Lao PDR: An Assessment of the Zoonotic Disease Risk in Markets », *PLOS ONE*, vol. 11, n° 3, 2016, p. 1-17.

mais cela reste encore à bien documenter à l'heure où sont écrites ces lignes.

Face à un risque sanitaire nouveau susceptible de concerner le monde entier, l'OMS devait avoir un rôle de chef de file. Cette agence de l'Organisation des Nations unies (ONU) est à la fois un organisme muni de compétences techniques en matière de santé, et un organisme politique composé de la quasi-totalité des États existant dans le monde. Sa gouvernance s'appuie sur l'Assemblée mondiale de la santé, qui réunit l'ensemble des 193 États membres de l'Organisation, et un Conseil exécutif composé de 34 membres. Face au risque de diffusion internationale d'une maladie, l'action de l'OMS et des États membres s'appuie sur un instrument juridique international essentiel : le Règlement sanitaire international (RSI), dont la dernière version a été adoptée en 2005. Quand point un risque nouveau, le directeur général de l'OMS doit, selon le RSI, convoquer un Comité d'urgence *ad hoc*, composé de scientifiques, et dont le rôle est, avant tout, de donner un avis au directeur général : l'événement en cours doit-il être qualifié d'« urgence de santé publique de portée internationale », ce qui, selon le RSI, renvoie alors à des droits et devoirs spécifiques pour l'OMS et ses États membres ?

Aucun pays ne souhaite être la source d'une urgence de santé publique de portée internationale, en raison notamment des effets qui en résultent, en termes d'image et sur le plan économique. À l'inverse, l'image de ce même pays sera fortement dégradée s'il apparaît que l'OMS a été prévenue avec retard d'un événement sanitaire de ce type. En 2003, cette critique justifiée avait été faite à la Chine lors de l'épidémie de SRAS.

Dans le cadre de l'émergence du nouveau coronavirus, le Comité d'urgence a été convoqué le 19 janvier 2020, en vue d'une réunion trois jours plus tard. Le 22 janvier, alors que les autorités sanitaires chinoises avaient recensé 441 cas (dont 9 décès), principalement dans la province du Hubei, quelques cas isolés avaient déjà été rapportés en Thaïlande (4), en Corée du Sud (1), au Japon (1) et aux États-Unis (1). Ces observations ont conduit le Comité d'urgence à suggérer au directeur général de l'OMS qu'il était trop tôt pour considérer l'épidémie de COVID-19 comme une urgence de santé publique de portée internationale. Toutefois, des recommandations ont alors été formulées à l'intention de la Chine, des autres États membres et de l'OMS. Une de ces recommandations était que le Comité devait être à nouveau convoqué en cas d'aggravation de la situation épidémiologique, appréciée de jour en jour⁴.

4. OMS, « Statement on the Meeting of the International Health Regulations (2005) », Emergency committee for the outbreak with the novel coronavirus 2019_nCoV, 23 janvier 2020.

Le 30 janvier 2020, l'évolution de la situation se caractérisait par une augmentation du nombre de cas recensés en Chine (7 711 cas dont 170 décès) et à l'étranger (83 cas dans 18 pays, aucun décès). Ces observations ont conduit le Comité d'urgence à recommander au directeur général de l'OMS de déclarer que l'épidémie de COVID-19 était une urgence de santé publique de portée internationale. Cette recommandation a été suivie le jour même.

En dépit des mesures prises par de nombreux pays, l'extension internationale de l'épidémie s'est accélérée, facilitée par les voyages en avion : le virus a ainsi gagné l'Iran, l'Union européenne, puis l'Amérique.

L'OMS a déclaré que la planète était en situation de pandémie

Le 11 mars, alors qu'au cours des quinze jours précédents le nombre de pays touchés avait atteint 114, l'OMS a déclaré que la planète était dans la situation d'une pandémie, pour la première fois due à un coronavirus. Cette déclaration n'était pas liée à une disposition du RSI. Par analogie avec la procédure prévue dans le cadre du plan pandémie grippale de l'OMS, elle traduisait seulement le fait que l'épidémie touchait plus de deux des six grandes régions mondiales de l'OMS. Même si son effet psychologique pouvait être fort, cette déclaration n'avait pas la portée que confère la qualification d'urgence de santé publique de portée internationale.

Deux mois plus tard, 184 États membres s'étaient déclarés touchés en raison d'une circulation active du virus dans la population, de foyers de cas groupés, ou de cas sporadiques. Contrastant avec ce qui avait pu être observé dans certaines épidémies des dernières décennies, les pays développés ont semblé, à ce stade, plus touchés que, par exemple, l'Afrique ou le Moyen-Orient. Plusieurs facteurs ont été avancés pour expliquer la mortalité plus marquée dans les pays développés : l'âge moyen plus élevé de la population, la connexion très forte de ces pays au réseau international du transport aérien, et un dispositif de recensement des cas et des décès plus structuré.

En dépit des dénégations, ou des propos un temps rassurants de certains responsables politiques, la peur du virus s'est propagée à la surface du globe. En l'absence de traitement et de vaccin, la peur et la volonté d'atténuer la brutalité du choc épidémique ont conduit à des mesures drastiques.

Le 30 janvier, l'OMS recommandait l'adoption de mesures sanitaires de filtrage des passagers à la sortie d'un pays touché par l'épidémie, ou à l'entrée dans les autres pays, mais sans fermeture des frontières. Lors de la réunion du Comité d'urgence du 30 avril 2020, il s'est avéré que de nombreux pays avaient en fait mis en place des mesures de fermeture des frontières, ou d'interdiction d'entrée sur leur territoire. Il en a résulté une chute rapide du nombre de passagers sur les vols internationaux.

Les mesures de confinement à domicile de la population prises dans la ville de Wuhan et dans plusieurs localités du Hubei ont également marqué les esprits. Devant leur apparente efficacité, et en dépit de leurs conséquences, en particulier économiques et sociales, de nombreux pays ont été conduits à prendre des mesures analogues. Ces mesures ont semblé d'autant plus nécessaires que le virus semblait à même de se transmettre d'une personne contaminée à une personne saine jusqu'à 48 heures avant l'apparition de premiers symptômes de la maladie chez la personne contaminée. Ce mode de contagion, propre au coronavirus, en faisait un adversaire particulièrement redoutable.

En 2003, le virus du SRAS avait gravement perturbé l'activité économique du Sud-Est asiatique. En 2005, la grippe aviaire due au virus H5N1 avait bouleversé le commerce mondial des volailles. En 2009, la pandémie grippale due au virus H1N1 avait fortement pesé sur les activités de transport aérien et aéroportuaires. En 2020, les capacités de contagiosité du coronavirus, le contexte géopolitique, et le rôle économique de la Chine, ont fait de cette épidémie un événement international d'une portée considérable.

Le Règlement sanitaire international face aux virus émergents

Dans le cadre de l'OMS, un nouveau RSI a été adopté en 2005. Après de longues années de tergiversations, son adoption avait été accélérée par l'épidémie due au virus du SRAS en 2003. Le RSI troque un léger abandon de souveraineté de la part des États signataires contre un renforcement de la sécurité sanitaire au niveau mondial.

L'abandon de souveraineté se traduit par le devoir fait aux États membres de signaler à l'OMS les événements susceptibles de constituer un risque sanitaire international, puis de respecter les mesures, notamment de santé publique, prévues dans le RSI. La contrepartie est que la diffusion et les conséquences de la maladie sont susceptibles d'être atténuées par les mesures prises, tant au niveau de chaque État membre que de l'OMS.

Chaque grande épidémie constitue une épreuve pour le RSI. En 2010, au cours de la pandémie grippale due au virus H1N1, une évaluation de la mise en place du nouveau RSI avait permis de constater que de nombreux pays n'avaient pas pris les mesures de renforcement des capacités prévues (moyens de contrôle sanitaire aux frontières ; ressources humaines et moyens en épidémiologie clinique ; laboratoires de microbiologie ; capacités de gestion et de communication de crise et de régulation des produits de santé). La mise en place d'un Fonds international d'intervention d'urgence avait été recommandée. Il était dans l'esprit de la coopération, mais aussi de l'intérêt bien compris des pays développés, d'aider les pays pauvres à renforcer leurs capacités en matière de sécurité sanitaire. Une coopération sanitaire internationale de portée exceptionnelle avait été mise en œuvre. Elle avait pris la forme de dons de médicaments antiviraux et de vaccins par les pays développés et les grandes entreprises productrices de ces produits de santé, au bénéfice de nombreux pays, soit directement, soit *via* l'OMS.

En 2016, l'évaluation du rôle du RSI dans l'épidémie due au virus Ebola en Afrique de l'Ouest avait confirmé la grande faiblesse des capacités de sécurité sanitaire des pays affectés. « Sous-estimée durant de longues semaines »⁵, cette épidémie avait aussi montré que la réaction des États membres avait été lente et longtemps de trop faible portée. Les enjeux politiques et économiques de cette crise, pour les trois pays africains les plus touchés, avaient sans doute primé sur sa portée sanitaire et les possibilités qu'il y aurait eu de limiter le nombre de décès.

La pandémie de COVID-19 n'est pas terminée. Il est donc trop tôt pour tirer un bilan complet du rôle du RSI dans cette pandémie. L'Assemblée mondiale de la santé s'est toutefois réunie en mai 2020, pour la première fois en mode virtuel, et elle a d'ores et déjà décidé à l'unanimité qu'une évaluation indépendante de la réponse globale à la pandémie de COVID-19 était nécessaire dès que possible.

La coopération sanitaire internationale mise en pièces par le coronavirus ?

La grande particularité du COVID-19, sous l'angle de la coopération internationale, est que l'épidémie a pris son essor dans un grand pays développé, la Chine, puis s'est étendue en particulier dans l'ouest de l'Europe, puis aux États-Unis, en y causant un nombre de décès important, en apparence beaucoup plus élevé qu'en Chine.

5. OMS, « Why the Ebola Outbreak Has Been Underestimated, Situation assessment », 22 août 2014, disponible sur : www.who.int.

Les quelques manifestations symboliques de soutien à la Chine au début de l'épidémie ont laissé place à de fortes tensions géopolitiques. Au thème habituel de la coopération internationale en situation de pandémie s'est en effet substitué celui de la confrontation internationale et de la polémique. L'administration américaine a accusé les autorités chinoises de multiples torts : dissimulation des premières manifestations de l'épidémie, pour des raisons de politique intérieure et d'image sur la scène internationale ; sous-estimation ou négligence devant la menace épidémique ; masquage de l'origine de l'épidémie, donc déni de responsabilité dans son développement ; influence délétère sur le directeur général de l'OMS, etc.

Seules des activités de renseignement ou des études scientifiques approfondies permettront, à terme, de porter un jugement argumenté sur certaines de ces accusations. Pour l'auteur de ce texte, qui peut faire des comparaisons avec des épidémies antérieures, et qui a présidé le Comité d'urgence de l'OMS les 22, 23 et 30 janvier 2020, ces dénonciations paraissent excessives, si l'on considère les délais observés et les arguments fournis.

L'identification d'une épidémie naissante d'infections aiguës broncho-pulmonaires liées à un nouvel agent infectieux est toujours difficile. Il faut un dispositif perfectionné de recensement et de documentation de ces infections pour pouvoir en identifier l'augmentation de la survenue, puis affirmer que cette hausse n'est pas due aux agents infectieux habituels. Ceci est d'autant plus compliqué pendant la période hivernale, au cours de laquelle existent de nombreuses causes possibles d'infection aiguë broncho-pulmonaire.

Il est évident que les autorités chinoises ont été beaucoup plus promptes à signaler l'épidémie naissante dans la ville de Wuhan fin 2019 que celle du SRAS dans la province de Guangdong en 2003. Il est également clair qu'en 2020 les autorités chinoises ont rapidement partagé la séquence du virus sur les bases de données internationales.

De son côté, l'OMS a aussi fait preuve de célérité. Moins de trois semaines après le premier signalement par les autorités chinoises, le Comité d'urgence a été convoqué par le directeur général. Dans sa réunion du 22 janvier, c'est bien parce qu'il y avait moins de 10 cas recensés à l'étranger sans un seul décès, que le Comité a conseillé, de façon consensuelle, au directeur général de l'OMS de ne pas déclarer à ce stade une urgence de santé publique de portée internationale. Le suivi, de jour en jour, de l'évolution de la situation a toutefois conduit le directeur général

à convoquer à nouveau le Comité d'urgence dès le 30 janvier, et à déclarer, compte tenu de la progression de l'épidémie, l'urgence de santé publique internationale. Les autorités américaines ont évoqué des pressions chinoises pour expliquer ce délai. Ces accusations outrancières s'inscrivaient dans un contexte de confrontation politique entre Washington et Pékin, et visaient avant tout à désigner un bouc émissaire.

Une importante leçon de la pandémie de COVID-19 est que les difficultés de gestion de l'épidémie au sein d'un État membre peuvent donner prétexte à faire émerger, pour des raisons de politique intérieure, un motif supplémentaire de confrontation sur la scène mondiale. Le SARS-CoV-2

a ainsi fait de l'arène internationale un exutoire pour les difficultés de gestion de l'épidémie au niveau national.

Les autorités chinoises ont rapidement partagé la séquence du virus

Les conséquences les plus récentes de cet esprit de confrontation ont été les décisions du président des États-Unis – le 14 avril – de suspendre la contribution américaine au financement de l'OMS, puis – le 29 mai – de mettre fin à la relation entre les États-Unis et cette organisation. Le 5 juin, le président du Brésil a, lui aussi, menacé de retirer son pays de l'OMS.

De telles décisions sont préoccupantes, car elles affaiblissent l'organisme dédié à la gestion d'une telle crise au niveau mondial. Au-delà des aspects financiers, qui sont importants puisque les États-Unis étaient le premier contributeur de l'OMS – mais qui trouveront sans doute des solutions –, la décision de Donald Trump augure mal de la capacité de la communauté internationale à faire face à d'autres risques sanitaires d'origine infectieuse. Or l'histoire a montré que ces derniers ne connaissent pas de frontières.

Derrière les invectives, une réelle coopération sanitaire internationale

Dans le cadre du Règlement sanitaire international

Le RSI constitue la forme la plus structurée de la coopération internationale en matière de santé, puisqu'il formalise et généralise un système de droits et de devoirs à l'échelle globale. Sa première grande limite tient cependant au fait que de nombreux pays n'ont pas les moyens de remplir leurs devoirs. Sa seconde limite importante est que l'OMS ne dispose d'aucun pouvoir de sanction lorsqu'un État-membre n'applique pas les recommandations internationales de santé publique.

Au-delà des polémiques, particulièrement virulentes lors de l'Assemblée mondiale de la santé des 18 et 19 mai 2020, des efforts réels ont été faits dans le cadre de cette pandémie pour faire fonctionner la coopération sanitaire internationale. Le 30 janvier 2020, le Comité d'urgence COVID-19, tout en recommandant au directeur général de l'OMS de déclarer que l'événement en cours était une urgence de santé publique de portée internationale⁶, a ajouté que l'OMS devait intensifier son soutien à la préparation et à la réponse, en particulier pour les pays les plus vulnérables, et assurer un développement et un accès rapides aux vaccins potentiels, aux tests diagnostics, et aux médicaments antiviraux pour les pays à revenu faible ou moyen.

De même, les États membres ont été invités à un effort de solidarité. L'article 44 du RSI leur impose en effet de collaborer entre eux, dans la mesure du possible, pour assurer ou faciliter la coopération technique et l'apport d'un soutien logistique, en particulier pour l'acquisition, le renforcement et le maintien de capacités de santé publique, et de mobiliser des ressources financières pour faciliter l'application de leurs obligations.

L'incitation à la coopération a surtout porté sur les points suivants : identification de la source de ce nouveau virus ; analyse de son potentiel de transmission inter-humaine ; préparation à l'entrée de personnes malades du COVID-19 sur leur territoire ; et participation à la recherche, notamment à l'essai clinique *Solidarity* mis en place par l'OMS. Cet essai clinique international vise à identifier un traitement efficace du COVID-19. Pour ce faire, il compare quatre options thérapeutiques reposant sur des médicaments antiviraux, isolément ou en association entre eux ou avec des interférons, et sur l'hydroxychloroquine ou la chloroquine. Le 3 juin 2020, 3 500 patients, admis dans 400 hôpitaux, avaient été recrutés dans 35 pays. Cent pays avaient exprimé un intérêt à participer à l'essai, et l'OMS soutenait une soixantaine d'entre eux dans cette action.

Par ailleurs, la solidarité bilatérale a revêtu de multiples formes. Parfois non dénuée d'arrière-pensées, elle a souvent été mise en scène, et a acquis une visibilité particulière. Elle s'est manifestée par des envois de masques, au tout début de la France vers la Chine, puis de la Chine vers différents pays, notamment en Europe. Certains observateurs ont même parlé de « diplomatie du masque ». Lorsque la Russie semblait encore épargnée

6. OMS, « Statement on the Third Meeting of the International Health Regulations (2005) », Emergency committee regarding the outbreak of coronavirus disease (COVID-19), 1^{er} mai 2020.

par le virus, elle a apporté une aide médicale à l'Italie, sous la forme d'envoi de médecins militaires et d'équipements médicaux. L'Inde, qui assure 70 % de la production mondiale d'hydroxychloroquine, est un autre cas intéressant. Dans un premier temps, elle a décrété l'interdiction d'exporter ce médicament afin de le réserver à sa propre population en cas de besoin. Puis, alors qu'elle semblait épargnée par le virus, elle a accepté de lever cette interdiction et a vendu ou donné de l'hydroxychloroquine à de nombreux pays⁷.

L'Inde assure 70 % de la production mondiale d'hydroxychloroquine

En avril 2020, de façon plus structurée et importante, le G20 a pris l'initiative d'un gel du service de la dette (32 milliards de dollars en 2020) pour 76 pays, dont 40 en Afrique, afin de soulager leurs difficultés financières aggravées par la pandémie. L'OMS a, à l'occasion de cette crise, joué un rôle beaucoup plus important que par le passé dans les mécanismes de solidarité, et a bénéficié de nombreux dons. Elle a estimé son besoin de financement à 1,7 milliard de dollars à l'horizon de décembre 2020, en plus de son Fonds de solidarité pour la réponse au COVID-19 (environ 100 millions de dollars). À la fin mai, elle avait déjà reçu 450 millions de dollars en provenance d'une quarantaine d'États membres, mais aussi d'organismes internationaux, d'organisations non-gouvernementales, d'entreprises ou d'individus.

Grâce à cette collecte de fonds, l'OMS a pu jouer un rôle important, non seulement dans la production de recommandations techniques, mais aussi dans des actions concrètes comme l'envoi d'équipements de protection individuelle vers les pays les plus vulnérables, ou la mise en place d'actions de formation.

La coopération internationale en vue de l'accès à un vaccin

La recherche d'un vaccin qui pourrait, le jour venu, être proposé à la population a cristallisé les efforts de recherche et de développement, mais elle a aussi révélé l'esprit dans lequel cet effort allait se déployer. Alors même que la polémique enflait sur les soutiens financiers nationaux accordés à des entreprises pharmaceutiques dans certains pays développés, et sur les priorités qu'elles pourraient leur offrir dans l'accès aux vaccins, la conférence des donateurs organisée le 4 mai par l'Union européenne et plusieurs États membres, a marqué une étape importante dans

7. « India Sending Hydroxychloroquine to 55 Coronavirus-Hit Countries », *The Economic Times*, 16 avril 2020, disponible sur : <https://economictimes.indiatimes.com>.

la coopération internationale autour d'un projet de vaccin contre le coronavirus.

L'objectif affiché était de coopérer pour le bien commun en vue du développement d'un vaccin, mais aussi de son déploiement universel⁸. Lors de cet événement, à l'appel de l'OMS, des États développés et des acteurs globaux dans le champ de la santé, tels la Fondation Gates, le Wellcome Trust, le Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), le CEPI, le Fonds mondial, la *Vaccine Alliance* et Unitaïd, se sont engagés à hauteur de 7,4 milliards d'euros aux côtés de l'OMS dans ce qui a été présenté comme le début d'un marathon de donations.

Ces promesses de dons se sont appuyées notamment sur la réorientation de fonds destinés à la recherche. Elles visent à mettre en place, pour les deux ans à venir, un dispositif de collaboration et d'alignement des efforts des organismes de recherche, des industriels, des régulateurs, des fondations et des organisations internationales, autour d'un projet associant recherche, développement, production industrielle, puis distribution. Les organismes destinataires des financements doivent s'engager à rendre le vaccin accessible mondialement et à un prix abordable quel que soit le lieu de son développement.

En mai 2020, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté de façon consensuelle une résolution visant la mise en commun volontaire de brevets, et l'octroi volontaire de licences de brevets pour faciliter un accès rapide, équitable et économiquement abordable au futur vaccin. Dans cette perspective, de nombreux pays, ainsi que le secrétaire général de l'ONU, ont formulé le vœu que le vaccin contre ce coronavirus puisse être considéré comme un bien public mondial, au sens d'un bien accessible à tous les États, y compris ceux qui n'ont pas une capacité ou un intérêt individuel à le produire.

Les financements importants mobilisés sous forme de dons et octroyés pour la recherche et le développement du vaccin, ainsi que les conditions posées pour l'accès à ces financements, portant notamment sur la quantité à produire et le prix, créent certaines conditions pour que le futur vaccin contre le coronavirus, s'il est mis au point, soit effectivement considéré comme un bien public mondial produit par l'homme. Ces conditions ne seront cependant pas suffisantes. Pour relever ce défi de grande ampleur, il faudra nécessairement aussi un minimum d'entente entre les États.

8. Commission européenne, « Coronavirus Global Response: €7.4 Billion Raised for Universal Access to Vaccine », 4 mai 2020.

* * *

Beaucoup plus qu'une simple crise sanitaire, la pandémie de COVID-19 a constitué un nouveau défi pour l'humanité face au risque épidémique. Elle a mis en lumière le danger que constituent des agents infectieux responsables de graves maladies, et pour lesquels il n'existe ni test diagnostic, ni traitement, ni vaccin.

Si la pandémie a paru frapper plus durement certains pays parmi les plus développés, il importe de souligner d'une part, que le virus n'a sans doute pas terminé sa trajectoire et, d'autre part, que le recueil de données précises sur le recensement des cas et la mortalité reste l'apanage des pays développés. Pour les pays les plus pauvres, qui manquent de médecins et d'infirmiers, il faut redouter que l'impact meurtrier du virus s'exerce sans grande publicité, ni illustration statistique.

Poussant les États à adopter des mesures comme la fermeture des frontières et le confinement à domicile de la population – qui ont rappelé certaines méthodes employées au Moyen-Âge contre les grandes épidémies –, le COVID-19 a suscité un climat de confrontation, plutôt que de coopération internationale. Toutefois, des initiatives récentes ont visé à inverser cette tendance, et sont parvenues à déclencher un effort de solidarité réel, notamment en vue de la production de vaccins. Cette pandémie a mis en lumière le rôle essentiel de leadership de l'OMS, mais elle a aussi souligné la cible que peut constituer cette organisation, et le peu de pouvoir dont elle dispose face à des États membres confrontés à de graves difficultés internes.

Sans préjuger des conclusions de l'évaluation indépendante de cette crise sanitaire, elle pourrait vraisemblablement estimer que l'OMS a été très réactive, a joué son rôle de leadership, est parvenue à mobiliser des fonds, et a tenu une place importante dans la réponse à la pandémie.

On tirera sûrement d'autres leçons, dans différents domaines et sur des sujets variés : transports aériens internationaux, méthodes de confinement de la population, port du masque, nécessité de mieux anticiper la recherche et le développement des tests diagnostics, des traitements et des vaccins, coordination des essais cliniques, etc. On hésitera sans doute à ré-ouvrir la négociation sur le Règlement sanitaire international, par crainte que les tensions géopolitiques internationales et le démon de la souveraineté n'aboutissent à une perte des acquis de 2005.

On conclura certainement que le monde n'était pas préparé à un tel événement, et qu'il faut désormais se préparer au suivant, en espérant que l'oublieuse mémoire n'exerce pas trop vite sa néfaste influence...



Mots clés

COVID-19

Politique de santé

Coopération sanitaire internationale

Organisation mondiale de la santé

Découvrez nos nouvelles offres d'abonnement sur le site www.revues.armand-colin.com

- ✓ Bénéficiez de services exclusifs sur le portail de notre diffuseur
- ✓ Accédez gratuitement à l'ensemble des articles parus depuis 2007
- ✓ Choisissez la formule papier + numérique ou e-only



TARIFS 2020

► S'abonner à la revue

		France TTC	Étranger HT*
Particuliers	papier + numérique	■ 80,00 €	■ 100,00 €
	e-only	■ 65,00 €	■ 80,00 €
Institutions	papier + numérique	■ 175,00 €	■ 195,00 €
	e-only	■ 130,00 €	■ 150,00 €
Étudiants**	papier + numérique	■ 70,00 €	■ 75,00 €
	e-only	■ 50,00 €	■ 55,00 €

* Pour bénéficier du tarif **Étranger HT** et être exonéré de la TVA à 2,1 %, merci de nous fournir un numéro intra-communautaire

** Tarif exclusivement réservé aux étudiants sur présentation d'un justificatif

► Acheter un numéro de la revue

	Tarif	Numéro (format X-20XX)	Quantité
Numéro récent (à partir de 2014)	■ 23,00 €
Numéro antérieur à 2014	■ 20,00 €
TOTAL DE MA COMMANDE		 €

Bon de commande à retourner à :

DUNOD ÉDITEUR - Service Clients - 11, rue Paul Bert - CS 30024 - 92247 Malakoff cedex, France
Tél. 0 820 800 500 - Fax. 01 41 23 67 35 - Étranger +33 (0)1 41 23 66 00 - revues@armand-colin.com

Adresse de livraison

Raison sociale :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_| Ville : Pays :

Courriel :@.....

Règlement à l'ordre de Dunod Éditeur

- Par chèque à la commande
- À réception de facture (institutions uniquement)
- Par mandat administratif (institutions uniquement)

Date : __/__/____

Signature (obligatoire)

Je souhaite effectuer mes démarches en ligne ou par courriel/téléphone

- ✓ Je me connecte au site www.revues.armand-colin.com, onglet « ÉCO & SC. POLITIQUE »
- ✓ Je contacte le service clients à l'adresse revues@armand-colin.com ou au 0 820 065 095

En vous abonnant, vous consentez à ce que Dunod Editeur traitent vos données à caractère personnel pour la bonne gestion de votre abonnement et afin de vous permettre de bénéficier de ses nouveautés et actualités liées à votre activité. Vos données sont conservées en fonction de leur nature pour une durée conforme aux exigences légales. Vous pouvez retirer votre consentement, exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité, ou encore définir le sort de vos données après votre décès en adressant votre demande à infos@dunod.com, sous réserve de justifier de votre identité ou, à l'autorité de contrôle. Pour en savoir plus, consultez notre Charte Données Personnelles <https://www.revues.armand-colin.com/donnees-personnelles>. Toute commande implique que vous ayez préalablement pris connaissance des conditions générales d'abonnement sur notre site : <https://www.revues.armand-colin.com/cga>

