

LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE FACE AU SRAS

LA SANTÉ PUBLIQUE A L'ÉPREUVE DE LA GLOBALISATION

PAR

MICHÈLE POULAIN (*)

Les premiers cas d'une pneumonie atypique, dénommée syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) par les experts de l'OMS, sont apparus en Chine, dans la province du Guangdong, en novembre 2002 et ont donné naissance à une épidémie qui s'est répandue en quelques semaines, touchant 8 096 personnes dans 29 pays et occasionnant 774 décès (1). Cette première épidémie du XXI^e siècle a frappé les esprits par sa virulence et par le fait que le personnel médical semblait particulièrement exposé. Elle a également provoqué une double surprise, due à l'apparition d'une pathologie inédite, à vitesse de propagation sans précédent, et à la réfutation *in vivo* d'un dogme bien installé au cours du XX^e siècle, celui selon lequel la maîtrise des phénomènes infectieux dans le monde développé mettrait celui-ci à l'abri de catastrophes sanitaires, cependant que corollairement l'accroissement notable du risque frapperait les seuls États en développement (2).

Si la dimension internationale des questions de santé s'imposait depuis longtemps comme une évidence (3), elle ne s'est traduite que récemment dans l'histoire de l'humanité par un souci de gouvernance internationale puisque la première conférence sanitaire a été réunie à Paris en 1851. A partir de là, l'évolution des phénomènes socio-économiques a conduit à une véritable mondialisation des risques épidémiologiques transfrontières (4).

(*) Ingénieur d'études au CNRS (France).

(1) Selon des données recueillies au 31 décembre 2003 par l'OMS et disponibles sur le site Internet www.who.int/csr/sars/country, des recensements antérieurs donnent des chiffres plus élevés, car ils incluent des cas par la suite écartés, le résultat des analyses ayant finalement montré l'implication d'un autre agent infectieux. Il faut ajouter aux chiffres de la fin 2003 les 9 cas, dont 2 décès, survenus au 1^{er} semestre 2004 à la suite, pour le premier d'entre eux, d'une exposition en laboratoire.

(2) Plus généralement, sur le mythe de la santé parfaite, son élitisme et ses dangers, cf. Bernard HOURS, « Pour une anthropologie de la santé en sociétés », in Bernard HOURS (dir), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Karthala, Paris, 2001, pp. 5-21.

(3) Venise institua dès 1377 une quarantaine pour se protéger des maladies apportées par les navires. Cf. l'excellent ouvrage de Patrice BOURDELAIS, *Les Epidémies terrassées*, La Martinière, Paris, 2003, 247 p.

(4) Cf. OMS, *Sécurité sanitaire mondiale : alerte et action en cas d'épidémie*, doc A54/9, 2 avril 2001, § 2 : « La mondialisation des maladies infectieuses n'est pas un phénomène nouveau. Toutefois, les mouvements accrus de population, à des fins touristiques ou migratoires, ou à la suite de catastrophes, l'essor du commerce international de produits alimentaires et biologiques, les changements sociaux et environnementaux liés à l'urbanisation, à la déforestation et aux perturbations du climat, l'évolution des méthodes de préparation et de distribution des aliments ainsi que les nouvelles habitudes des consommateurs ont rappelé que les poussées de maladies infectieuses observées dans un pays font planer une menace sur le monde entier. »

Toutefois, la gouvernance de ces risques «*fait encore largement figure d'objectif inachevé*» (5), en dépit de nombreux efforts comme, notamment, la politique suivie par le Conseil de sécurité des Nations Unies qui, pour la première fois de son histoire, a considéré une question relative à la santé – la pandémie de SIDA – comme une menace à la paix et à la sécurité. Le peu de considération dans lequel l'organisation compétente, l'OMS, était tenue, à la fois du fait d'une gestion interne calamiteuse (6), de l'irréalisme de la politique de «Santé pour tous en l'an 2000» qu'elle avait adoptée (7) et du caractère devenu parfaitement inadapté de la réglementation internationale existante n'y est sans doute pas étranger.

Jusqu'à l'explosion du SRAS, les relations entre mondialisation et santé (8) étaient plutôt évoquées en termes de développement, de justice sociale, d'économie ou même, plus récemment, d'anthropologie – accès des populations les plus démunies à la santé, prix des médicaments, problème des brevets –, les unes et les autres de ces questions étant d'ailleurs liées. En revanche, les hypothèses de lutte contre la transmission frontalière de pathologies infectieuses faisaient rarement l'objet d'études autres que celles des spécialistes de la santé (9). La gestion de l'épidémie de SRAS est venue bouleverser les choses : confirmant qu'aujourd'hui comme hier, la maîtrise des maladies transmissibles n'était pas chose aisée, elle a marqué un tournant en termes de gouvernance de la santé publique car, s'appuyant sur une stratégie internationale novatrice, elle permet par là même de prendre la mesure de sa vulnérabilité.

UNE STRATÉGIE INTERNATIONALE NOVATRICE

La transmission redoutablement rapide de l'épidémie de SRAS a confirmé la réalité de l'interdépendance dans laquelle se trouve le monde contemporain, entraînant une réaction sensible à différents niveaux : organisations intergouvernementales, Etats et, bien que dans une moindre mesure, organisations non gouvernementales. Cette réaction s'est traduite dans les faits par une implication exceptionnelle de tous les acteurs con-

(5) Promotion 2002-2004, *Organisations internationales et santé*, ENA, p. 7, disponible sur le site Internet www.ena.fr.

(6) Cf. notamment Bertrand DEVEAUD/Bertrand LEMMENICIER, *L'OMS, bateau ivre de la santé publique : les dérives et les échecs de l'agence des Nations Unies*, L'Harmattan, Paris, 1997, 177 p.

(7) Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma-Ata, 1978 : «*L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en 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.*»

(8) Cf. notamment les quelques lignes éclairantes contenues dans le rapport 2003 de l'ONG «Médecins du monde», pp. 8-10; Didier FASSIN, «La globalisation et la santé. Eléments pour une analyse anthropologique», in Bernard HOURS (dir), *Systèmes et politique de santé*, op. cit., pp. 25-40; David WOODWARD et al., «Mondialisation et santé : un cadre pour l'analyse et l'action», *Bulletin de l'OMS*, n° 6, 2002, pp. 36-42.

(9) Cf. néanmoins Mario BETTATI, «Droit international et pathologies transfrontalières», *Etudes et documents du Conseil d'Etat*, vol. XCIX, 1998, pp. 403-418. Pour un historique de la diplomatie sanitaire, cf. David P. FIDLER, «The globalization of public health : the first 100 years of international health diplomacy», *Bulletin of the World Health Organization*, vol. CXXIX, 2001, pp. 842-849.

cernés, ainsi que par le renouveau de la légitimité internationale de l'OMS.

L'implication exceptionnelle de tous les acteurs concernés

Au risque sérieux d'apparition d'une pandémie a répondu une forte mobilisation des moyens existants qui a été suivie d'un retour d'expérience très rapidement organisé.

Une forte mobilisation des moyens existants

Institutions et techniques ont été impliquées dans la lutte contre l'épidémie. Les efforts des Etats, du moins de ceux dont les structures de santé publique le permettaient – à cet égard on ne peut que se demander ce qui ce serait passé si le SRAS avait atteint l'Afrique (10) –, se sont portés dans une double direction : à l'extérieur ils se sont engagés dans une coopération selon leurs canaux habituels d'action (11) – concrètement, il s'est agi par exemple de l'envoi, dans les pays touchés, de spécialistes ou de matériel, cas de la France ou de la Suisse –, cependant qu'à l'intérieur des frontières, les administrations publiques se sont organisées autour de dispositifs de veille sanitaire et de contrôle des voyages internationaux. Ainsi, en France, la division du travail a été faite de la manière suivante : coordination interministérielle animée par la Direction générale de la santé (DGS) et les services du premier ministre; expertise épidémiologique et surveillance sanitaire assurées par l'Institut de veille sanitaire (InVS); expertise biologique par l'Institut Pasteur (12). On ne trouve comparativement que peu d'informations sur l'investissement des ONG; il est vrai que leur domaine d'action privilégie davantage les questions humanitaires en relation avec les conflits armés, les catastrophes naturelles, l'accès aux soins des populations les plus démunies ou bien les droits de l'homme. Même s'agissant d'organisations à vocation médicale («Médecins du monde», «Médecins sans frontières»), la santé publique n'apparaît que comme secondairement et à travers le prisme de l'une ou de l'autre de ces questions. Il n'est donc pas surprenant que les ONG soient restées un peu en marge, sauf au plan strictement local, où elles se sont impliquées sur le terrain, le plus sou-

(10) Certains commentateurs ont estimé que «*l'alerte mondiale concernant le SRAS était justifiée par le risque de la transmission de la maladie à des pays ne possédant pas l'infrastructure nécessaire pour faire face au SRAS*», *Leçons de la crise du SRAS : renouvellement de la santé publique au Canada*, Publications Santé-Canada, Ottawa, 2003, n° 1211, 242 p., p. 209. Disponible en ligne sur le site du ministère canadien de la Santé [<http://www.hc-sc.ca>].

(11) On sait que la France, pour des raisons principalement historiques, privilégie cette voie, à tel point que l'on a pu observer que «*l'orientation de notre politique internationale de santé apparaît ainsi plus comme un héritage que comme le résultat d'une réflexion stratégique sur la répartition de notre effort entre le canal bilatéral et multilatéral*», *Organisations internationales et santé*, *op. cit.*, p. 41.

(12) Bertho Audifax, *Rapport*, *op. cit.*, pp. 10-12.

vent dans des opérations de soutien logistique aux mesures prises par les autorités sanitaires (13).

A des degrés divers certes, c'est donc toute la communauté internationale qui a été sensibilisée à la lutte contre l'épidémie par l'alerte de l'OMS. La course de vitesse engagée a alors permis de vérifier l'efficacité de différentes techniques déjà éprouvées dans le combat contre les maladies infectieuses. La circulation de l'information s'est faite principalement à travers les réseaux d'alerte et d'action de l'OMS, également connus sous leur acronyme anglais GOARN (*Global Outbreak Alert and Response Network*): ces réseaux ont pour objet l'identification rapide, la vérification et la communication de menaces qui nécessitent une réponse coordonnée et consistent en une alliance de partenaires – actuellement 112 équipes – dont les tâches de surveillance, de vérification et de suivi sur le terrain sont coordonnées par un comité à large représentation géopolitique; leur fonctionnement est optimisé par le recours à l'outil développé par le ministère canadien de la Santé, le *Global Public Health Intelligence Network (GPHIN)*, logiciel qui, balayant Internet en permanence à la recherche de mots-clefs auprès d'un millier de sources (notamment organes de presse, groupes de discussion), permet de recueillir quotidiennement quelque 18 000 informations, lesquelles sont ensuite analysées par une équipe genevoise qui en fait la synthèse et soumet à une analyse plus poussée les éléments qui le nécessitent (14). La lutte contre la propagation du virus a, quant à elle, combiné deux techniques déjà utilisées au cours des siècles passés: la quarantaine, qui consiste à isoler les malades, et la néo-quarantaine, plus récente puisqu'elle n'apparaît qu'au XIX^e siècle (15), qui consiste à relever les coordonnées des personnes potentiellement impliquées de manière à pouvoir assurer un suivi effectif. Les exemples de quarantaine, utilisée dans les cas de suspicion de SRAS, abondent; la néo-quarantaine a quant à elle servi à retrouver les contacts, notamment les passagers des vols internationaux dans lesquels voyageait un cas suspect ou probable. L'une et l'autre de ces mesures, adoptées par les États touchés, ont été complétées par la mise en

(13) On trouve cependant des exemples d'intervention, telle celle de «Médecins sans frontières» qui a envoyé une équipe à Hong Kong, pour mener des séminaires de formation sur la maladie ainsi qu'une équipe au Vietnam pour soutenir l'hôpital de Hanoï et y organiser des locaux pouvant accueillir des personnes en isolement ainsi que la formation du personnel. L'Organisation a également expédié des antibiotiques et des antiviraux (MSF, *Communiqué de presse*, 2 avril 2003). La Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge a, pour sa part, lancé un appel en vue du renforcement de la mobilisation des sociétés nationales dans la lutte contre l'épidémie dans leur propre pays (Fédération internationale Croix-Rouge/Croissant-Rouge, *Communiqués de presse*, 3 et 11 avril 2003, 5 et 14 mai 2003, [http://www.ifrc.org].

(14) On trouvera une description du fonctionnement du système dans le document préparé par le Département «Maladies transmissibles: surveillance et action» de l'OMS pour la réunion technique du 20 mai 2003, *Syndrome respiratoire aigu sévère: Statut de la flambée et leçons pour l'avenir*, p. 5 (publication non officielle disponible sur le site de l'Organisation).

(15) Plus précisément au Royaume-Uni dans les années 1860-1880. Cf. Patrice BOURDELAIS, *Les Epidémies terrassées*, op. cit., pp. 118-120.

œuvre d'autres moyens, destinés à anticiper la possibilité de contacts (16).

Il apparaît donc que le rôle de l'Etat aura été fondamental, au cœur même du système de réaction : les caractéristiques des moyens employés ont en effet privilégié la prise de décision au niveau le plus haut. C'est ainsi que les systèmes à centralisation poussée, comme celui de la France, semblent avoir mieux fonctionné que les systèmes régionalisés, où coexistent un réseau fédéral ou national et des réseaux provinciaux et/ou locaux (Allemagne, Canada) : ces derniers ont en effet connu des problèmes d'information et de coordination de l'action (17). La réponse de la communauté internationale s'est également concrétisée dans un retour d'expérience rapidement organisé.

Un retour d'expérience rapidement organisé

Le bilan a été directement fonction de la gravité potentielle de l'épidémie, c'est-à-dire qu'il a été réalisé rapidement, ce qui mérite d'être souligné (18). Dès le courant de l'année 2003, des études se sont multipliées, analysant la gestion de la crise, les mesures adoptées et leur efficacité. La réelle implication de tous les acteurs concernés a ainsi été confirmée, mais les conclusions tirées peuvent être radicalement différentes.

En France, le rapport présenté à l'Assemblée nationale estime ainsi que les dispositifs de veille sanitaire et de coopération internationale ont parfaitement fonctionné et montré leur efficacité, prenant pour preuve l'absence de contamination sur le sol français (19). Au contraire au Canada, «*la gravité de l'épidémie et les défis qui se sont présentés au cours de la crise du SRAS sont généralement considérés à juste titre comme des indicateurs du besoin de renforcer les systèmes canadiens de santé publique*» (20). Le ministère canadien de la Santé estime également que les contacts n'ont pas été suffisamment étroits avec les pays concernés (surtout Hong Kong, Singapour et la Chine), de telle sorte que la gestion canadienne de la crise en a été affectée et que «*le Canada a laissé passer de précieuses occasions d'apprendre des autres pays*» (21). On peut toutefois se demander si l'impact de l'épidémie dans le pays n'a pas une inci-

(16) Telle l'interdiction prononcée par les autorités suisses à l'égard de toute personne, exposant, employé ou visiteur, venant d'un pays touché, quelle que soit sa nationalité, de participer au Salon de l'horlogerie et de la bijouterie BaselWorld, organisé à Bâle. V. *La crise du SRAS : impact, expériences en Chine et en Suisse, op. cit.*

(17) Bertho AUDIFAX, *Rapport, op. cit.*, p. 10; *Leçons de la crise de SRAS : renouvellement de la santé publique au Canada, op. cit.*, pp. 105-106 et 154 et s.

(18) Cf. *a contrario* la lenteur de la réflexion et, par voie de conséquence, de la mise en route d'actions concrètes dans d'autres domaines, considérés comme moins «urgents» parce qu'ils concernent des populations plus ciblées : insuffisance et/ou mauvaise qualité des ressources en eau; utilisation d'uranium appauvri dans les munitions (syndromes du Golfe et des Balkans) ou même VIH-SIDA.

(19) Bertho AUDIFAX, *Rapport, op. cit.*, p. 13.

(20) *Leçons de la crise du SRAS : renouvellement de la santé publique au Canada, op. cit.*, p. 217.

(21) *Ibid.*, pp. 207-208.

dence sur ces évaluations : en août 2003, alors que l'OMS avait déclaré interrompues les chaînes de transmission le 5 juillet, des 438 cas probables ou suspects au Canada (dont 100 concernaient le personnel médical), tous concentrés à Toronto et dans la région du grand Toronto, 44 avaient été mortels (22) ; à la même date, en France, 7 cas retenus comme probables ou suspects avaient occasionné un seul décès (23). La vérité est probablement à mi-chemin : la gestion canadienne de l'épidémie n'a sans doute pas été si médiocre que le laisse entendre le rapport publié par Santé-Canada, encore que le nombre des cas développés a poussé les autorités sanitaires à remettre en cause l'organisation sanitaire du pays et à se poser les bonnes questions pour l'avenir ; inversement, le très petit nombre de personnes touchées en France n'est certainement pas le fait du seul hasard (24).

Conscientes de ce que l'épidémie était enrayée mais le virus nullement éradiqué – tous les documents publiés par l'OMS insistent, sans exception, sur ce point –, les différentes institutions ne se sont pas limitées à exposer ce qui avait été réalisé ; elles ont cherché à anticiper l'arrivée d'une nouvelle flambée en proposant une conduite tenant compte de l'expérience acquise. La France a ainsi publié un plan de réponse très précis à une reprise de l'épidémie sur la base de l'expérience de 2003 (25), cependant que le Canada s'est placé dans une perspective plus large : « *étudier des approches à long terme sur la façon de mieux préparer le Canada à lutter contre d'éventuelles maladies infectieuses* » (26).

Sur le plan international, l'implication de l'OMS a été telle que la légitimité de l'Organisation, qui était en butte à de multiples critiques, en est sortie restaurée.

La restauration de la légitimité internationale de l'OMS

Dès l'avis reçu du ministère chinois de la Santé, le 11 février 2003, concernant une flambée de pneumonie atypique qui se propageait depuis le mois de novembre précédent (27), l'OMS s'est tenue en première ligne. Elle a joué un rôle moteur très net dans la gouvernance de ce qui est de plus en plus perçu comme un bien public mondial, la santé.

(22) *Ibid.*, *op. cit.*, p. 1.

(23) Institut de veille sanitaire, point au 1^{er} août 2003. La situation de la France face au risque infectieux donne d'ailleurs lieu à des évaluations divergentes. Didier Raoult, auteur d'un rapport sur le bioterrorisme et les maladies infectieuses, remis en juin 2003 au ministère de la Santé, estime pour sa part que l'infrastructure des hôpitaux est « déficiente » relativement au risque épidémiologique : « *à l'occasion de mon rapport je me suis aperçu qu'il n'y avait en France qu'une seule chambre capable d'accueillir une personne très contagieuse, à Lyon, dans le seul établissement de type P4 de France* », *Le Monde*, 12 octobre 2004.

(24) Il faut noter toutefois que la situation de la France face au risque infectieux donne lieu à des évaluations divergentes.

(25) Ministère de la Santé, Direction générale de la santé/Institut national de veille sanitaire, *Plan de réponse contre une menace de SRAS*, avril 2004, 47 p.

(26) *Leçons de la crise du SRAS...*, *op. cit.*, p. III.

(27) *SRAS, Statut de la flambée...*, *op. cit.*, p. 1.

Une impulsion efficace

Après avoir été officiellement avertie de la pathologie, l'Organisation a mené une action mobilisatrice et centralisatrice très forte que l'on peut schématiquement regrouper autour de deux pôles, la gestion de la flambée et la préparation de l'avenir. Sur le premier point : alerte générale de la communauté internationale par un avis lancé le 12 mars 2003, alertes particulières à tel ou tel pays ou communauté, définition de cas, conseils aux voyageurs, suivi épidémiologique quotidien et déclaration d'interruption des chaînes de transmission (28). Sur le second, la réaction a été extrêmement rapide puisque les premiers «bilans» ont été publiés avant même que la flambée ne soit officiellement déclarée éteinte (29) : continuation des recherches sur l'étiologie (les causes) de l'épidémie et la possibilité d'existence d'un réservoir animal ou humain, essai de modélisation, veille épidémiologique, large diffusion des conclusions critiques sur les leçons à tirer (30).

Si l'OMS est principalement intervenue seule, elle a également mis en œuvre une coopération avec deux autres institutions intergouvernementales – l'Organisation internationale des épizooties (OIE) et la Food and Agricultural Organization (FAO) (31) –, qui se traduit dans une approche très ciblée. Réalisée par mission conjointe en Chine du 10 au 22 août 2003 et, depuis lors, par échange régulier d'informations, elle a pour objet la recherche d'un «réservoir animal éventuel du coronavirus du SRAS et les risques associés de transmission vers l'homme» (32).

L'impulsion générée par l'OMS a certainement été un élément déterminant dans la lutte contre l'épidémie. Elle a été complétée par la gouvernance que l'Organisation a faite d'un bien public au niveau mondial.

(28) Plusieurs documents édités par l'OMS permettent d'évaluer la riposte mise au point. Une bonne synthèse figure dans le chapitre 5 du *Rapport sur la santé dans le monde 2003*, *op. cit.*, pp. 75-86.

(29) Les bilans principaux, tous disponibles sur le site de l'OMS, sont, par ordre chronologique : rapport du secrétariat du 17 mai 2003 (doc. A56/48); *Syndrome respiratoire aigu sévère : statut de la flambée et leçons pour l'avenir*, 20 mai 2003; *Conférence mondiale de l'OMS sur le SRAS*, Kuala Lumpur, 17 et 18 juin 2003, rapport de synthèse; *Alerte au SRAS, vérification et mesures de santé publique dans l'après-flambée*, 14 août 2003; *Rapport sur la santé dans le monde*, décembre 2003; rapport du secrétariat du 15 avril 2004 (doc A57/18).

(30) Cf. notamment la conférence que l'OMS a organisée à Kuala Lumpur (Malaisie) en juin 2003, où les débats, disponibles sur le site Internet www.who.int/csr/sars/conference, se sont tenus autour de trois thèmes : «Le SRAS peut-il être éradiqué?», «Les mesures de lutte actuelles sont-elles efficaces?», «Les systèmes actuels d'alerte et d'action sont-ils assez solides?». Cf. également *Médecine et Sciences*, vol. XIX, n° 11, nov. 2003, pp. 1161-1164.

(31) Cette coopération entre organisations n'est nullement conjoncturelle; il s'agit d'une pratique continue, qui repose sur une base juridique solide, les accords conclus, d'une part, entre l'OMS et chacune de ces institutions et, d'autre part, entre l'OIE et la FAO.

(32) OIE, *Communiqué de presse*, 27 août 2003.

La gouvernance d'un bien public au niveau mondial

L'idée de bien public mondial fait son chemin (33). Celle qui fait rentrer la santé dans cette catégorie de bien, dont les éléments juridiques sont loin d'être complètement établis, également, à tel point que l'on a pu estimer que celle-ci «*apparaît emblématique de ces biens publics mondiaux en devenant grâce à la nécessaire traduction en actes concrets qu'elle impose*» (34). L'OMS a en effet saisi l'occasion fournie par l'épidémie de SRAS pour fournir conseils et expertises. L'interruption de la chaîne de transmission semble couronner de façon concrète cette action.

Bien loin de la «*rhétorique figée et incantatoire*» (35) qu'on a pu fréquemment lui reprocher – par exemple dans la Déclaration d'Alma-Ata évoquée *supra* –, l'OMS a publié des textes extrêmement précis et techniques pour définir les cas, tracer un historique des symptômes au cours des deux premières semaines, établir des recommandations sur la conduite à tenir et les mesures à prendre, ceci à l'usage de différents acteurs : compagnies aériennes, soignants en fonction de leur spécialité ou autorités sanitaires nationales (36). Sur le terrain, l'Organisation a activé dès le 17 mars 2003 trois réseaux spécifiquement consacrés à l'épidémie, rassemblant une équipe de 80 cliniciens qui ont étudié les symptômes de la pneumonie atypique et les traitements appliqués, une équipe de 13 laboratoires qui en ont cerné l'étiologie et une équipe d'épidémiologistes qui ont analysé sa propagation. Les résultats ont été partagés quotidiennement par voie de téléconférence, d'accès à un site Internet protégé et de recours à la technique cartographique du système d'information géographique (SIG), lequel permet la localisation précise des cas et une analyse en continu de la dynamique de l'épidémie par le recours à des tableaux et à des cartes (37). Grâce à la collaboration de ces réseaux, l'identification du virus, d'un type jusque-là inconnu, a pu être faite dans un délai record, un mois seulement après l'avis d'alerte mondiale (38).

L'épidémie de SRAS a donc entraîné une forte mobilisation : les organisations internationales ont joué leur rôle, les Etats se sont investis dans la

(33) Cf. notamment Inge KAUL, «Biens publics globaux, un concept révolutionnaire?» et «Des mécanismes d'action collective», *Le Monde diplomatique*, juin 2000, pp. 22-23. Ces biens présenteraient trois caractéristiques : non-exclusivité (chacun doit pouvoir en disposer); non-rivalité (chacun peut en jouir en même temps); universalité (franchissement de toutes les frontières : géographiques, économiques et socio-culturelles).

(34) Eric GAUVREIT, «La santé, un bien public mondial?», *Cahiers français*, n° 310, sept.-oct. 2002, pp. 84-91.

(35) Pierre de SÉNARCLENS, «Les organisations internationales face au défi de la mondialisation», *Revue internationale des sciences sociales*, n° 170, déc. 2001, p. 568. L'auteur ne vise pas spécialement l'OMS, mais les organisations internationales dans leur ensemble.

(36) Cf. en particulier le communiqué de presse de l'OMS du 15 mars 2003, ainsi que les textes établis par le Département «Maladies transmissibles : surveillance et action», *SRAS : statut de la flambée et leçons pour l'avenir*, op. cit. et *Recommandations à tous les soignants concernant le diagnostic du SRAS dans l'après-flambée*, disponibles sur le site Internet www.who.int/csr/sars/postoutbreakfr/en.

(37) Sur cette technique et un exemple d'application concrète, cf. OMS, *Normes recommandées par l'OMS pour la surveillance*, doc WHO/CDS/CSR/ISR/99.2, annexe 3, pp. 191-195.

(38) Le 16 avril 2003.

mesure de leurs moyens et les ONG n'ont pas été totalement absentes d'un terrain qui n'est pas spécifiquement le leur. Bien plus, l'OMS s'est comportée comme une véritable agence sanitaire supranationale; ce faisant, elle a démontré son «*avantage comparatif*» (39) par rapport à d'autres institutions, publiques ou privées, et apporté la preuve de l'utilité d'un *leadership* en période de crise. C'est dire que la communauté internationale a utilisé de manière apparemment optimale les possibilités de réponse existantes, procédé rapidement à un examen critique constructif et préparé une réponse dans l'hypothèse d'un retour de l'épidémie. Un tel phénomène, dans lequel il est permis de voir, malgré ses imperfections, un exemple de bonne gouvernance, n'est pas si fréquent. Ces conclusions ne sont cependant idéales qu'en apparence et l'examen de la stratégie mise au point montre que celle-ci souffre d'une vulnérabilité importante.

UNE STRATÉGIE INTERNATIONALE VULNÉRABLE

Au vu des exigences qu'elle suppose dans le but d'assurer la promotion de l'intérêt général, exigences qui passent par le développement d'une culture de l'urgence, ainsi que par celui d'une éthique sanitaire, cette stratégie présente de nombreux points sensibles.

Une culture de l'urgence

Si les risques sanitaires auxquels on était confronté par le passé n'ont certes pas toujours été prévisibles, du moins disposait-on de temps et d'espace pour construire un essai de riposte. L'apparition du SRAS est venue rappeler que les maladies émergentes sont une donnée bien réelle du monde contemporain et que les effets de la mondialisation raccourcissent dans tous les pays les délais de réponse. «*Apprendre à se confronter à la surprise et à l'impensable*» (40) semble donc être devenu une priorité qui suppose, pour que le traitement d'un événement imprévu puisse intervenir sans délai, que l'on passe d'une gestion des risques à une gestion des crises et que l'on se place dans une logique consensuelle.

De la gestion des risques à la gestion des crises (41)

Les différents bilans tirés de la crise du SRAS se sont tous efforcés d'installer une réponse à une nouvelle flambée de l'épidémie, c'est-à-dire qu'ils se placent dans une perspective de gestion des risques qui consiste à réflé-

(39) Pierre de SÉNARCLENS, *op. cit.*, p. 567.

(40) Patrick LAGADEC, in «Faire face à l'imprévisible», *La Recherche*, hors-série n° 13, oct. 2003, p. 68.

(41) Sur la gestion des crises, cf. quelques-unes des nombreuses contributions de Patrick Lagadec, directeur de recherche à l'école Polytechnique, sur son site Internet www.patricklagadec.net, où d'autres références sont données.

chir sur des risques connus, dans le cas présent ceux résultant d'une réapparition du SRAS, et à mettre en place des dispositifs de sécurité sanitaire se traduisant par des plans de riposte détaillés. Cette construction n'est pas totalement dépourvue de pertinence, puisqu'elle montre qu'il y a eu un double travail d'analyse et d'anticipation. Elle demeure toutefois inadaptée à la survenance d'une nouvelle pathologie, puisqu'il est impossible de réfléchir sur les risques, par hypothèse inconnus, d'une maladie nouvelle qui a toutes les chances, au surplus, de passer à travers les mailles des outils de veille, lesquels ne peuvent, bien évidemment, identifier que des signaux déjà connus et répertoriés. En matière épidémiologique, une anticipation sur la nature des risques est donc par nature insuffisante et il serait préférable que la construction d'un plan de réponse à un risque connu fasse place à la construction d'un plan de réponse à une situation de crise, quelle qu'elle soit (42). Une anticipation sur la gestion des crises ne permettrait certes pas d'éviter l'apparition d'une crise, mais du moins pourrait-elle en amoindrir les conséquences.

Il est intéressant de noter que le projet de révision du Règlement sanitaire international (RSI) va tout à fait dans ce sens. Ce projet, en chantier depuis quelques années (43), s'est trouvé conforté par la survenance de l'épidémie de SRAS et la 56^e Assemblée mondiale de la santé a demandé au directeur général de «*tenir compte des données, de l'expérience, des connaissances et des enseignements de la riposte au SRAS dans la révision du RSI*» (44). On y trouve le remplacement d'une liste de maladies transmissibles dont la déclaration est demandée – toute pathologie non inscrite sur la liste n'est donc pas assujettie à déclaration –, par le concept d'«*urgence de santé publique internationale*», adaptable à toute situation nouvelle, même imprévisible (art. 5). Un instrument de décision permettant aux administrations sanitaires nationales d'évaluer les événements complète le dispositif (annexe 2) (45).

La problématique de la gestion des crises est donc en émergence. Déjà existante avant l'épisode du SRAS, la réflexion sur son installation a été

(42) L'analyse canadienne s'inscrit dans cette approche. Cf. *Leçons de la crise du SRAS, op. cit.*, notamment le chapitre 12, pp. 217-227.

(43) Le RSI, adopté à la 4^e Assemblée mondiale de la santé, le 25 mai 1951 (résolution WHA4.75 du 25 mai 1951), n'a jamais concerné que quatre maladies dont la déclaration était obligatoire : le choléra, la peste, la fièvre jaune et la variole. Depuis l'origine insuffisant, puisque limité, il a toujours été l'objet des réticences étatiques par peur d'une mise à l'index entraînant des répercussions économiques. La révision en a donc été décidée lors de la 48^e Assemblée mondiale de la santé (résolution WHA48.7 du 12 mai 1995). Le dernier état du projet a été établi, après différentes consultations, le 12 janvier 2004 (document OMS : IGWG/IHR/Working paper/12.2003). Sur l'historique complet de la révision, cf. le document A56/25 du 24 mars 2003 publié par le secrétariat de l'OMS.

(44) Résolution WHA56.29 du 28 mai 2003.

(45) Il s'agit d'une liste de questions regroupées autour de quatre thèmes : 1. Les répercussions de l'événement sur la santé publique sont-elles graves? ; 2. L'événement est-il inhabituel ou inattendu? ; 3. Y a-t-il un risque important de propagation internationale? ; 4. Y a-t-il un risque important de restriction aux voyages ou aux échanges? Des réponses apportées dépend la communication à l'OMS qui reste, dans un premier temps, confidentielle.

avivée par celui-ci. La culture de l'urgence nécessite également que l'on se place dans une logique consensuelle.

Une logique consensuelle

Le développement d'une culture de l'urgence suppose la mise en place, dans le processus de détermination des normes pertinentes, d'une «*négociation multiforme et continue*» (46) entre les différents acteurs, dans le droit fil de la gouvernance globale. C'est dire qu'au niveau étatique, chaque membre de la communauté doit pouvoir servir de référence et apporter sa contribution au débat. Se plaçant dans cette logique, le Canada a estimé avoir «*laissé passer plusieurs occasions d'apprendre d'autres pays*», en particulier du fait qu'il n'a pas entretenu de rapports suffisamment étroits avec d'autres pays touchés, Hong-Kong, Singapour et la Chine (47). En d'autres termes, si les Etats ne peuvent plus se réfugier dans un isolement infécond, ce n'est pas seulement parce qu'ils sont «*sous la surveillance multiforme et croisée d'innombrables instances*» (48), mais parce qu'ils sont supposés adhérer pleinement au processus de bonne gouvernance. Dans la crise du SRAS, la Chine, dont l'ouverture au monde est récente et encore très imparfaite par la persistance d'une volonté de construire un système complet dans tous les domaines, a fait perdre beaucoup de temps en 2002-2003, mais semble s'être montrée plus coopérative lors des quelques cas survenus en 2004 (49).

Cette négociation doit également être ouverte aux acteurs non étatiques. Le projet de révision du RSI est à cet égard significatif : la procédure est en effet fondée sur la recherche d'un consensus très large puisque étendu, non seulement aux Etats membres de l'Organisation, mais également à ses bureaux régionaux, aux organisations internationales dont la mission est liée à une application correcte du règlement (FAO, OACI, OMC) et aux organisations non gouvernementales (50). L'adhésion des différents partenaires est recherchée par une large participation de chacun à l'établissement du projet, étant entendu que des arbitrages devront *in fine* être réalisés (51).

(46) Philippe MOREAU DEFARGES, *La Gouvernance*, PUF, Paris, 2003, p. 56.

(47) *Leçons de la crise du SRAS*, *op. cit.*, pp. 207-208.

(48) Philippe MOREAU DEFARGES, *op. cit.*, p. 40.

(49) Cf. notamment la conférence de Pierre GENTELLE, «La vision chinoise du monde», publiée sur le site Internet de l'association des professeurs d'histoire-géographie, aphg.free.fr/conf/gentelle.htm et l'article d'Henri TSIANG, «Le SRAS, un nouveau défi pour la Chine», n° 126-127, *Passages*, 2004. Sur les cas survenus en 2004, cf. les communiqués de l'OMS du 27 janvier au 18 mai 2004.

(50) Tous les agents de liaison officiels des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS sont invités au groupe de travail intergouvernemental sur la révision du RSI : ils peuvent y faire des déclarations expliquant leur position sur un point de l'ordre du jour et participer à d'éventuelles réunions informelles organisées par les Etats membres (document OMS A/IHR/IGWG/DIV/4 du 2 septembre 2004).

(51) Les consultations régionales et sous-régionales effectuées de mars à juillet 2004 ont donné lieu à un rapport récapitulatif des points à éclaircir, ceux qui emportent une adhésion générale et ceux qui restent en discussion, faute d'avoir atteint un consensus (document OMS A/IHR/IGWG/2 du 14 septembre 2004).

Enfin, l'adhésion des populations doit être recherchée de telle sorte que les comportements individuels ne soient pas un frein à la gestion d'une crise. Ainsi, le projet de RSI prévoit qu'après sa diffusion et son adoption, des recommandations relatives à une urgence de santé publique de caractère international, l'OMS peut «*diffuser ces informations auprès du grand public*» (art. 9.3). S'il est souhaitable, en théorie, que chacun puisse se faire sa propre idée afin de moduler son comportement, on ne peut que relever les difficultés concrètes de cette position : *quid* de la transparence et de la qualité de l'information, notamment de celle qui serait apportée par d'autres voies que des autorités médicales (on pense en particulier aux médias qui privilégient souvent le sensationnel au détriment du réel)? *quid* de l'information des populations dont l'accès aux médias est quasi inexistant, notamment dans les pays en voie de développement? *quid* de la réalisation d'une éducation à la santé (52)? *quid* enfin de la capacité des populations à accepter les mesures prescrites (quarantaine ou restriction aux voyages) dans l'intérêt collectif? La «société civile», notamment par la voie des ONG, serait-elle, et dans quelle mesure, capable de constituer un relais efficace? Autant de questions qui dépassent les limites de cette étude.

La crise du SRAS a démontré la nécessité de la mise en place d'une culture collective de l'urgence, dont certaines composantes sont d'ores et déjà en émergence. Toutefois si la communauté internationale se rallie pleinement à cette idée, une réalisation plus avancée de celle-ci ne peut que prendre du temps, d'autant plus qu'elle suppose le développement parallèle d'une éthique sanitaire.

Une éthique sanitaire

Toute éthique présente ses spécificités : dans le domaine de la santé, elle est fondée sur un ordre public particulier, qui permet de faire blocage à l'habituelle concurrence des priorités, et sur la responsabilité conjuguée des différents acteurs. L'un et l'autre point, touchant à des secteurs sensibles, donnent lieu à d'importantes difficultés, que la gestion de la crise du SRAS a mises en évidence.

Un ordre public spécifique

L'idée d'ordre public sanitaire n'en est encore qu'à ses prémises (53), mais la flambée de SRAS a permis d'en voir se dégager certains aspects, de manière toutefois imparfaite et provisoire. Elle consiste à donner à la santé

(52) «*La démocratie, même sanitaire, a ses propres limites. Les pratiques soignantes relèvent de savoirs et d'expériences qui ne sont pas à la portée de tous*» : Raymond CHABROL, «Réflexions autour de la démocratie sanitaire», *Les colonnes d'Epsos*, n° 66, avr. 2000.

(53) *Organisations internationales et santé*, *op. cit.*, pp. 12-13.

publique la primauté sur toute autre considération et à se doter de règles de conduite qui en assurent la promotion.

En santé publique, aucun problème n'est d'ordre strictement médical : des interactions complexes jouent selon des règles perpétuellement modifiées en fonction des priorités du moment qui se concurrencent entre elles. Des considérations économiques et commerciales (la question de l'accès aux médicaments en est emblématique) ou, plus largement, politiques (54) viennent interférer avec les considérations strictement sanitaires et constituent ainsi des scories qui viennent entacher un domaine que l'on aimerait par nature voir dégagé de toute contrainte. Dans l'absolu, « *personne ne voudrait certes que des programmes politiques déforment la réponse à une crise en santé publique* » (55), mais qu'en est-il en réalité ? L'analyse de la gestion de la crise du SRAS montre que la santé publique a souvent été privilégiée (56) ou que la crise a joué un rôle de catalyseur dans la détermination des priorités (57). Une double explication semble pouvoir être avancée. En premier lieu, ce sont des caractéristiques bien particulières qui ont fait que la réponse à l'épidémie a été si structurée et si rapide : les pays développés se sont sentis menacés en leur cœur même, la maladie frappant sans considération de ce que l'expérience avait enseigné et englobant dans une quasi simultanéité des pays à niveau socio-économique très différent. L'histoire de l'épidémie a donc directement influencé celle de sa gestion. En second lieu, les acteurs privés, qui viennent souvent perturber l'attention portée aux questions de santé publique, ont été écartés, presque naturellement, de la gestion de la crise : comme il n'existe aucun traitement, il n'y a eu pendant l'épidémie, à la différence de ce qui se passe par exemple dans le cas de la pandémie de VIH-SIDA, ni problème de brevet ni problème d'accès aux médicaments (58).

(54) Ainsi de la mise à l'écart de Taiwan par la Chine, qui s'oppose chaque année à la candidature à l'OMS de l'île, que celle-ci renouvelle régulièrement. Cf. l'argumentation de cette dernière, développée sur le thème « *des considérations politiques ne devraient pas permettre à la RPC de tenir Taiwan à l'écart de l'OMS* », disponible sur le site Internet du bureau de représentation de Taïpeh en France, www.roc-taiwan-fr.com. Dans le cas du SRAS, l'OMS a tenu compte de l'état sanitaire de Taiwan, qui figure dans les statistiques et communiqués de presse : elle a envoyé une équipe sur place (*Le Monde* 20 juin 2003).

(55) « *Leçons tirées du SRAS* », *Journal de l'association médicale canadienne*, 27 mai 2003, p. 1383, disponible sur le site Internet www.jamc.ca.

(56) Bertho AUDIFAX commente ainsi la compétence donnée à la seule Direction générale de la santé pour donner l'information tout au long de la crise : « *assurer une communication de nature politique aurait fait courir le risque de la controverse avec l'opposition alors qu'une information la plus objective possible était nécessaire* », *Rapport...*, *op. cit.*, p. 15. De même, le *Rapport sur la santé dans le monde 2003* de l'OMS relève « *la détermination des gouvernements de la région du Pacifique occidental à placer les considérations sanitaires au-dessus des préoccupations économiques* », *op. cit.*, p. 79.

(57) Un centre européen de contrôle des maladies infectieuses avait été proposé dès 1997, mais « *l'idée n'était pas mûre parce que les événements [le SRAS...] n'étaient pas survenus et n'avaient pu rendre la nécessité d'agir suffisamment pressante* ». D'autres priorités avaient donc été suivies et ce n'est que le 8 août 2003 que David Byrne, Commissaire à la santé, a présenté le projet à la Commission. Le Centre a été finalement institué, après avis du comité économique et social européen du 29 octobre 2003 (*JOCE* C32/57 du 5 février 2004) par le règlement n° 851/2004 du 21 avril 2004 (*JOCE* L142/1 du 30 avril 2004).

(58) Déjà des questions se posent, comme par exemple sur la propriété des données scientifiques produites pendant l'épidémie (*Leçons sur la crise de SRAS*, *op. cit.*, p. 197).

La question des droits des personnes mériterait également d'être approfondie. La crise du SRAS est en effet venue poser des questions importantes en la matière : quels sont les droits des personnes à refuser des mesures de santé publique (peut-on retenir quelqu'un en quarantaine contre sa volonté (59) ? peut-on obliger quelqu'un à communiquer une adresse où il peut être joint, cas de la néo-quarantaine ? les États doivent-ils mettre en place un système d'indemnisation (60) ?) Comme on l'a rappelé, «*il serait terrible de stigmatiser les malades comme les lépreux autrefois. Si l'épidémie s'étend, la société n'aura d'autre choix que d'imposer des mesures d'isolement et de précaution rigoureuses. Mais elles devront être temporaires et révisables, en fonction de l'évolution de la maladie et des connaissances. Il faut réfléchir dès maintenant, tous ensemble, aux problèmes éthiques soulevés par cette maladie*» (61).

Il convient de réfléchir à une éthique sanitaire dont un ordre public spécifique constituerait le socle et de dépasser les pesanteurs et les résistances que l'on a pu voir se lever pendant la gestion de l'épidémie, afin que soit instaurée et traduite en termes concrets une responsabilité très claire des différents protagonistes.

Une responsabilité des différents acteurs

La question d'une éthique de responsabilité se pose en termes particulièrement aigus en matière de gouvernance de la santé (62). Sur le plan international et sans même évoquer les questions juridiques relatives à l'existence et à la mobilisation de mécanismes de mise en œuvre (63), elle se traduit par des difficultés tenant en particulier à la nécessaire recherche d'un équilibre entre les souverainetés étatiques et le rôle de régulateur

(59) Au Canada, «*il n'est arrivé que très rarement que quelqu'un refuse de se soumettre à l'isolement et les représentants de la santé publique ont alors eu recours à des moyens légaux pour faire observer les mesures*», *Leçons de la crise de SRAS...*, *op. cit.*, p. 36. A Singapour, la mise en quarantaine s'est accompagnée de deux contrôles au vidéophone quotidiens et, dans les rares cas de violation, on a eu recours à des bracelets de localisation. En France, à la suite du départ intentionnel du CHU de Besançon d'une personne suspecte revenant d'Asie, d'ailleurs par la suite hospitalisée à Strasbourg, le maire de Besançon, Jean-Louis Fousselet, a demandé qu'un débat public soit organisé sur le point de savoir si on pouvait hospitaliser sous la contrainte un malade potentiellement contagieux (*Le Monde*, 20-21 avril 2003). La possibilité de mesures individuelles a depuis lors été autorisée par l'article 18 de la loi 2004-806 du 9 août 2004 (*JO* 11 août 2004), devenu article L-3110-1 du Code de la santé publique.

(60) Singapour a indemnisé toutes les personnes concernées, tandis qu'au Canada, seulement certaines d'entre elles ont été admissibles à des prestations.

(61) Propos de François GROS, généticien et secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, disponibles sur le site Internet www.coe.int/t/f/com/dossiers. Ce point est également soulevé dans le processus de révision du RSI : cf. le *Rapport récapitulatif sur les consultations régionales*, *op. cit.*, §13.

(62) «*La généralisation et la pérennisation des avancées déjà constatées est [...] tributaire in fine de l'élaboration progressive d'une gouvernance mondiale en santé qui reposerait tout entière sur le pari d'une 'éthique de responsabilité'*» : Eric GAUVRIT, «*La santé, un bien public mondial?*», *op. cit.*, p. 90. Le scandale du sang contaminé ou le développement de l'ESB et de ses prolongements humains démontrent à l'envi à quels errements conduit une absence de responsabilité en la matière ; ces affaires ont eu pour conséquence un recours massif au principe de précaution.

(63) Sur les difficultés tenant à l'état actuel du droit de la responsabilité internationale, cf. les commentaires de Mario BETTATI, «*Droit international et pathologies transfrontalières*», *op. cit.*

dévolu à l'OMS ainsi qu'à l'adoption de règles de conduite sanitaires à tous les niveaux de la société.

Dans un contexte de gouvernance globale, dans lequel chaque acteur a son importance, il est indispensable qu'une autorité de régulation intervenue. Si l'on admet que ce rôle puisse revenir à l'OMS, laquelle a apporté la preuve de ses capacités pendant la crise du SRAS, on constate aussitôt la présence de difficultés tenant aux rivalités entre l'Organisation et ses membres. On sait que les Etats laissent davantage d'autonomie aux organisations internationales lorsqu'ils jugent leurs programmes de peu d'importance et que, *a contrario*, l'activité d'une organisation intergouvernementale est entravée si ses membres estiment devoir conserver leur liberté d'action (64). La pratique internationale en fournit de nombreux exemples et la gestion de la crise du SRAS n'échappe pas à la règle. Ainsi, des difficultés d'ordre technique ont été occasionnées par des différences dans les définitions de cas adoptées par l'OMS et celles venant des Etats membres, comme la France qui, pendant quelque temps, a considéré que toute la Chine continentale était zone à risque alors que l'OMS limitait celle-ci aux provinces où une transmission locale avait été enregistrée; les choses se sont cependant harmonisées peu à peu. Un second exemple, relatif à l'avis édité par l'OMS le 23 avril 2003, prescrivant aux voyageurs d'éviter la région de Toronto, a déclenché les virulentes protestations du Canada au motif qu'il n'y avait eu ni consultation officielle ni même débat scientifique sérieux (65). Dans les deux cas, les capacités de l'OMS à gérer la crise ont été mises en cause, mais le second exemple a été beaucoup plus conflictuel que le premier, car portant atteinte à l'image même du Canada. La réalisation d'un équilibre entre les souverainetés et le mandat de l'OMS, comme les Etats le demandent eux-mêmes dans les observations qu'ils ont faites lors des consultations régionales organisées en février-mars 2004 sur le projet de révision du RSI (66), pour difficile qu'elle soit à mettre en œuvre, doit être recherchée.

L'adoption de règles de conduite de santé publique est également nécessaire. Un référentiel global, en l'occurrence le règlement sanitaire international, existe déjà. Les améliorations indispensables qui sont en cours de discussion seront à même d'en faire un texte reconnu de façon universelle.

(64) Cf. Pierre de SÉNARCLENS, «Les organisations internationales face au défi de la mondialisation», *op. cit.*, p. 566. La question prend ici une importance particulière car «la mondialisation menace la maîtrise des maladies au niveau national en portant atteinte à la souveraineté cependant que le recours à l'idée de souveraineté nationale empêche leur maîtrise au niveau international»: David P. FIDLER, «The globalization of public health», *op. cit.*, p. 847.

(65) «Les représentants canadiens ont réagi promptement et avec colère», peut-on lire dans le *Rapport*, *op. cit.*, p. 209, alors même que la stratégie mise en place dans le pays y est appréciée de manière globalement négative et que l'OMS ne faisait qu'exercer ses responsabilités. L'avis avait, semble-t-il, été émis au mauvais moment, alors que l'épidémie était en régression (il a été levé après qu'une délégation de politiciens et représentants de la santé publique s'est rendue à Genève pour fournir à l'OMS les preuves de la maîtrise de l'épidémie au Canada); en outre – et peut-être surtout –, les critiques provenaient d'une autorité extérieure.

(66) OMS, *Rapport récapitulatif sur les consultations régionales*, *op. cit.*, §8.

L'accessibilité du RSI est en effet prévue de la manière la plus large possible, puisque l'article 53 du projet prévoit que les Etats non membres de l'OMS qui sont déjà parties à des conventions sanitaires internationales ou «auxquels le Directeur général a notifié l'adoption du présent règlement par l'assemblée mondiale de la santé», pourront devenir partie au RSI. La communauté des Etats tout entière, puisque l'on pourra ainsi contourner des situations telles que la mise à l'écart de Taiwan, aura ainsi la possibilité de se reporter à un texte unique. La portée de cette disposition est encore confortée par le contenu de l'article 50, qui n'autorise les réserves que dans la mesure où elles auront été acceptées par l'assemblée mondiale de la santé, laquelle ne devrait entériner – sauf à remettre en cause le principe même du règlement – que celles qui portent sur des questions mineures. L'adoption du RSI en sa nouvelle formule faciliterait donc la promotion de l'intérêt collectif, lequel serait alors moins dépendant de comportements «personnels», tels celui des Etats industrialisés pour conforter leur propre modèle de santé publique dans une modélisation souvent dénoncée comme moyen d'expansion de l'Occident (67) ou encore celui des Etats les moins pourvus pour orienter vers soi les efforts consentis au niveau international (68).

Au plan interne, les gouvernements ont dans cette optique une responsabilité précise, celle de se préparer à l'imprévisible; leur véritable mission devient alors «de traiter la non-prédictibilité, l'instabilité, l'irrégularité, le non-sens et le désordre» (69). Ils ont également celle de donner aux autorités sanitaires les moyens d'exister. Dans les conclusions tirées par l'OMS de sa gestion de la crise, aussi bien que dans les termes de l'article 4 combiné avec l'annexe I du projet de RSI, les Etats doivent ainsi se doter de capacités de veille sanitaire pour détecter les urgences à caractère international et pour que la prise en charge des malades soit optimisée. L'article 40 de ce même projet impose en outre aux autorités sanitaires l'obligation «d'instaurer et de maintenir des pratiques efficaces de lutte contre l'infection». C'est là une cause importante de difficultés : comment satisfaire à cette obligation et avec quelles ressources pour ceux des Etats qui, pays les moins avancés, ne disposent même pas d'un système de santé digne de ce nom? Si l'OMS prend à cet égard le relais des Etats défaillants (70), ce n'est que

(67) Ce qui est souvent le cas dans les organisations intergouvernementales. Sur cette question, cf. Jean-Marc COICAUD, «Réflexions sur les organisations internationales et la légitimité internationale : contraintes, pathologies et perspectives», *Contestation et gouvernance globale, op. cit.*, spécialement pp. 582-585.

(68) Sur la promotion par les Etats de leurs intérêts propres dans le cadre de l'action multilatérale en matière de santé, cf. *Organisations internationales et santé, op. cit.*, p. 32.

(69) Patrick LAGADEC, «Risques, crises et gouvernance : ruptures d'horizons, ruptures de paradigmes», *Annales des Mines*, 3 novembre 2003, p. 10. On en trouve d'ores et déjà quelques traces : ainsi les exercices de sécurité personnellement effectués par Rudolf Giuliani, alors maire de New York, en juillet 2001, qui ont abouti à sa gestion remarquable – et unanimement remarquée – des attentats du 11 septembre suivant.

(70) *Organisations internationales et santé, op. cit.*, pp. 19-22; OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2003, op. cit.*, p. 84; *Statut de la flambée, op. cit.*, notamment pp. 8-9. Une aide a pu être consentie aux PVD par le lancement d'un programme de formation des responsables de la santé publique grâce à une subvention de la Fondation Bill et Melinda Gates (OMS, *Communiqué de presse* 2004/56, 24 août 2004).

dans une mesure bien évidemment imparfaite et limitée. Enfin, supposant autonomie et responsabilité individuelle à tous les niveaux, cette logique aboutit également à l'obtention de l'adhésion des populations, engagées à suivre tel ou tel comportement.

Dans une perspective de gouvernance mondiale de la santé publique, perspective que la lutte contre l'épidémie de SRAS a contribué à matérialiser, les normes qui président au fonctionnement actuel de la communauté internationale sont donc loin d'être satisfaisantes. A été ainsi mis en évidence le besoin de nouvelles formes de gouvernance : celles-ci restent pour la plupart à inventer.

* *
*

La gestion de l'épidémie de SRAS, en dépit de ses balbutiements et de ses imperfections, a ouvert une fenêtre sur ce que pourrait être une gouvernance de la santé au niveau mondial. Le paysage entrevu est inhabituel, entièrement fonction des spécificités d'une épidémie dont la virulence a incité les différents acteurs à se mobiliser à tous les niveaux. Il ne faut cependant pas se leurrer : les déficiences internationales et les égoïsmes nationaux sont toujours présents, tout autant que la désinvolture et les incohérences des comportements individuels. Estimer que la société internationale pourrait se rassembler autrement que de manière ponctuelle et sous l'effet d'une nécessité impérieuse, prend l'allure d'un défi et l'espérer, celle d'une utopie. Quoi qu'il en soit, des institutions et des pays ont, par leur célérité, contribué à ce que l'épidémie ne se propage pas davantage et c'est là un fait positif. Probablement la principale leçon à retenir de la gestion de la crise.