

ANNUAIRE FRANÇAIS
DE
RELATIONS
INTERNATIONALES

2016

Volume XVII

**PUBLICATION COURONNÉE PAR
L'ACADÉMIE DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES**

(Prix de la Fondation Edouard Bonnefous, 2008)



Université Panthéon-Assas
Centre Thucydide

LES SYSTÈMES INTERNATIONAUX DE SÉCURITÉ A L'ÉPREUVE D'UNE ÉPIDÉMIE RÉGIONALE : LA MALADIE A VIRUS EBOLA EN AFRIQUE

PAR

ANNE MILLET-DEVALLE (*)

La maladie à virus Ebola, dernier avatar d'une série d'épidémies et de pandémies (1) prospérant dans un contexte propice de mondialisation – de circulation des personnes et marchandises, d'atteintes à l'environnement (2) – a suscité des mobilisations collectives s'étendant, par une véritable contagion juridique, aux différents systèmes de sécurité.

Le virus Ebola provoque une maladie aiguë et grave, apparue pour la première fois en 1976, lors de deux flambées simultanées au Soudan et en République démocratique du Congo (RDC) (3). Si les 22 épisodes de la maladie déclarés depuis avaient pu être endigués (4), la flambée qui a sévi en Afrique de l'Ouest depuis la notification des premiers cas en mars 2014 (5) a en revanche été caractérisée par son ampleur et sa fulgurance. Les débuts de l'épidémie ont été silencieux : les premiers cas sont apparus en décembre 2013 en Guinée mais, compte tenu d'une faible capacité de surveillance, ce n'est que quatre mois plus tard, le 21 mars 2014, qu'un cas confirmé a été effectivement signalé. Dès le 17 avril 2014, les ministres de la Santé de l'Union africaine (UA) appelaient les Etats membres à combattre Ebola. Entre le début de la flambée et le 4 octobre 2015, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a recensé 28 421 cas en Guinée, au Liberia et en Sierra Leone et 11 297 décès. Sept pays (Espagne, Etats-Unis d'Amérique, Italie, Mali, Nigeria, Royaume-Uni et Sénégal) ont notifié

(*) Maître de conférences à l'Université Nice Sophia Antipolis (France).

(1) Les dictionnaires définissent une épidémie comme l'apparition accidentelle d'un grand nombre de cas d'une maladie transmissible et une pandémie comme une maladie atteignant un grand nombre de personnes dans une zone géographique très étendue. Les deux termes sont utilisés par les organisations internationales de manière parfois assez confuse, notamment au sujet de la tuberculose, du paludisme, de la grippe ou de la pneumonie. La grippe A(H1N1), le sida, le choléra sont en revanche systématiquement qualifiés de pandémies.

(2) H. DE POOTER rappelle ainsi que « *le virus Ebola, présent dans la forêt tropicale au centre de l'Afrique, est entré en contact avec l'homme à la suite de la déforestation massive de cette région* », *Le Droit international face aux pandémies : vers un système de sécurité sanitaire collective*, Pedone, 2015, p. 9.

(3) OMS, « Maladie à virus Ebola », Aide-mémoire n°103, août 2015, disponible sur le site Internet www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/fr/. La maladie est apparue à proximité de la rivière Ebola qui lui a donné son nom.

(4) De 1976 à 2012, outre la République démocratique du Congo et le Soudan, le Gabon, l'Ouganda et le Congo avaient déjà été touchés par de sérieuses épidémies, causant 2 200 victimes en 40 ans.

(5) L'OMS a déclaré le 23 mars 2014 qu'une flambée de maladie à virus Ebola sévissait en Afrique de l'Ouest.

un ou plusieurs cas importés. La République démocratique du Congo a connu simultanément une flambée qui a pu être maîtrisée en moins de deux mois grâce à un système sanitaire préparé et des plans d'urgence rodés.

Plusieurs facteurs se sont conjugués pour transformer une question sanitaire locale ou régionale en une crise d'envergure mondiale : le taux de létalité moyen de plus de 50%, la croissance exponentielle du nombre de victimes, la multiplication des foyers menaçant les zones urbaines sont sans doute les éléments déclencheurs d'une réaction internationale qui ont conduit le Directeur général de l'OMS à déclarer le 8 août 2014 une « *urgence de santé publique de portée internationale* » en vertu du Règlement sanitaire international (RSI). Sans y ajouter les « *worst case scenarios* » prospérant sur la rémanence de représentations imaginaires des fléaux médiévaux ou la peur du bioterrorisme, c'est la fragilité des pays les plus touchés, tant sur le plan des systèmes de santé, des ressources humaines et des infrastructures, après de longues périodes de conflits et d'instabilité, qui a été déterminante pour définir les réactions à l'épidémie.

Loin d'être une simple crise sanitaire, le virus a eu des effets dévastateurs sur la région tout entière (6). L'épidémie a été rapidement considérée, à ce niveau, comme une crise globale, « *humanitaire, sociale, économique et sécuritaire* » (7), conduisant le Conseil de paix et de sécurité (CPS) de l'UA à reconnaître dès le 19 août 2014 « *la gravité des implications sécuritaires* » (8) d'une épidémie affectant trois Etats dans une situation de reconstruction post-conflit. En un mois, la crise régionale est devenue une crise de sécurité globale, le Conseil de sécurité des Nations Unies ayant, par la résolution 2177 du 18 septembre 2014, jugé « *que l'ampleur extraordinaire de l'épidémie d'Ebola en Afrique constitue une menace pour la paix et la sécurité internationales* ».

Le nombre de nouveaux cas est désormais en net recul dans les pays touchés. Le 1^{er} octobre 2015, le Comité d'urgence du RSI de l'OMS (9) a constaté que le Liberia était exempt, depuis septembre, de transmission de la maladie et que la Guinée enregistrait une incidence globale inférieure à 10 cas par semaine (10). La Sierra Leone a également été déclarée le 7 novembre 2015 exempte de la maladie. Le Comité a néanmoins prorogé le régime de « *l'urgence de santé publique de portée internationale* », mais les enjeux sécuritaires se sont estompés pour être désormais cantonnés à la reconstruction des systèmes sanitaires nationaux et à l'organisation de la

(6) L. BALMOND, « Le Conseil de sécurité et la crise d'Ebola : entre gestion de la paix et pilotage de la gouvernance globale », *Questions International Law (QIL)*, 23 déc. 2014.

(7) Union africaine, Conférence internationale sur la lutte de l'Afrique contre Ebola, 20-21 juil. 2014, p. 2, disponible sur le site Internet pages.au.int/sites/default/files/Note%20conceptuelle-Conference%20Internationale-Ebola-FR%20Rev270515-1.pdf.

(8) Conseil de paix et de sécurité, 450^e réunion, 19 août 2014, Communiqué, PSC/PR/COMM.(CDL).

(9) OMS, Déclaration du Comité, 5 oct. 2015, disponible sur le site Internet www.who.int/mediacentre/news/statements/2015/ihr-ebola-7th-meeting/fr/.

(10) Cf. le site Internet apps.who.int/iris/bitstream/10665/189591/1/ebolasitrep_7Oct2015_fre.pdf?ua=1.

résilience. A cette fin, le Secrétaire général des Nations Unies a convoqué, les 9 et 10 juillet 2015, une conférence sur « *le relèvement après l’Ebola* », la réponse passant de la phase d’opération d’urgence à celle d’appui pluridimensionnel sur le long terme (11).

Le virus a entraîné une réflexion foisonnante sur l’efficacité et la pertinence des mécanismes de sécurité dans le domaine de la santé publique. Le constat qui s’impose d’emblée est celui de la fragmentation du droit international en matière de maladies infectieuses (12) à laquelle répond celle des systèmes de sécurité. Dans ce contexte, le reflux de l’épidémie est désormais propice à une analyse des réactions de ces différents systèmes, de l’articulation des mécanismes de sécurité régionaux, universels, politique et technique, de leurs évolutions concomitantes et postérieures à la crise afin d’améliorer les moyens de prévenir et juguler une épidémie.

Si le Conseil de sécurité s’est vu attribuer en 1945 « *la responsabilité principale du maintien de la paix et de la sécurité internationales* » (13), le jeu des articles 55 et 60 de la Charte aurait pu être utilisé ici pour conférer à l’Assemblée générale l’action en matière de santé publique (14). Toutefois, l’épidémie se rattachant à des situations de conflits armés récents, le système de sécurité collective a été, pour la première fois, mis en œuvre face à une maladie. Le constat de son inadéquation en matière d’urgence sanitaire renvoie à la nécessaire prééminence d’un système de sécurité sanitaire dont l’épidémie a pourtant démontré de manière implacable les faiblesses.

L’INADÉQUATION DU SYSTÈME DE SÉCURITÉ COLLECTIVE A L’URGENCE SANITAIRE

La crise d’Ebola s’inscrit dans le renversement du système de sécurité collective conçu originellement en tant que « système par lequel une collectivité d’États conclut, en vue de prévenir l’emploi de la force contre l’un d’entre eux, des engagements de règlement pacifique des différends aux termes desquels chacun pourra bénéficier, sous forme d’actions communes, de la garantie de l’ensemble de la collectivité » (15). Ici, l’élément institutionnel – l’action du Conseil – est devenu prépondérant, obnubilant l’élément normatif (16), faisant pencher la balance de l’équilibre

(11) Déclaration à l’issue de la Conférence, disponible sur le site Internet www.banquemondiale.org/fr/topic/ebola/brief/from-ebola-to-more-resilient-health-systems-statement-of-the-meeting-convening-partners.

(12) Sur la fragmentation, cf. notamment D. P. FIDLER, *International Law and Infectious Diseases*, Clarendon Press, Oxford, 1999 ; H. DE POOTER, *op. cit.*

(13) Charte, art. 24.

(14) Le document final du Sommet mondial de 2005 indiquait en outre que « *les maladies infectieuses constituent de graves dangers pour le monde entier* », disponible sur le site Internet www.un.org/french/ga/document/overview2005summit.pdf.

(15) J. SALMON (dir.), *Dictionnaire de droit international public*, Bruylant, 2001, p. 1 024. Cf. S. SUR, « La sécurité collective, une problématique », *Cahier de la Fondation Res Publica* « L’ONU en 2005 ».

(16) S. SUR, *Relations internationales*, Montchrestien, 2011, pp. 444 et s.

politico-juridique. La sécurité collective est utilisée en tant que régime d'exception, à visée correctrice, sous la responsabilité du Conseil, mais dépouillée de sa dimension militaire (17). Dès lors, le concept prend le pas sur le système (18) dans un basculement entraînant la sécurité collective vers des domaines où la notion de force n'est pas pertinente, où l'adoption de mesures dérogatoires est moins appropriée que l'exercice d'un pouvoir normatif et l'organisation d'une assistance matérielle.

Le recours à la sécurité collective ne constituerait alors qu'un traitement symptomatique de l'épidémie par le système des Nations Unies, justifié par la seule urgence, méritant à ce titre d'être qualifié de palliatif, alimentant les interrogations sur les limites de la flexibilité de la sécurité collective en matière d'assimilation des questions de sécurité humaine.

L'utilisation palliative du système de sécurité collective

L'épidémie d'Ebola a sollicité la sécurité collective dans ses dimensions universelle et régionale, en éprouvant l'articulation des institutions et des régimes normatifs. Dans ce contexte d'urgence sanitaire, les dispositions des chapitres VII et VIII de la Charte, dont on sait qu'elles ont prêté à une mise en œuvre évolutive, en particulier depuis la fin de la Guerre froide, ont démontré leur plasticité. La notion de menace à la paix et à la sécurité internationales a ainsi fait l'objet d'une interprétation extensive, conforme aux propositions du Rapport du Groupe de personnalités de 2004 (19), dont on peut se demander s'il s'agit d'une réelle nouveauté, tandis que les relations entre l'ONU et les organisations régionales se sont une nouvelle fois organisées davantage dans une logique partenariale que dans celle définie dans le chapitre VIII.

La résolution 2177, nouvelle dilatation de la notion de menace à la paix et la sécurité internationales ?

La dimension de sécurité des questions sanitaires avait trouvé un accueil dans des textes fondateurs de l'institutionnalisation des relations internationales, tels que la Charte des Nations unies – dont l'article 55 mentionne la santé publique parmi les problèmes internationaux ayant des incidences sur la stabilité et les relations pacifiques – ou le Préambule de la Constitution de l'OMS, en 1946 – « *la santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité* ». Ce n'est qu'à partir de 2000, avec la pandémie de VIH/SIDA, que le Conseil de sécurité considérera une maladie comme une question de sécurité (20), la résolution 1308 rappelant dans son préambule « *la responsabilité principale*

(17) Cf. notamment G. COHEN JONATHAN, « Article 39 », in J.-P. COT / A. PELLET / M. FORTEAU, *La Charte des Nations Unies, commentaire article par article*, Economica, 2005, p. 655.

(18) L. BALMOND, « La sécurité collective », in S. DOUMBE BILLE (dir.), *La régionalisation du droit international*, Bruylant, 2012, p. 24.

(19) A/59/565*.

(20) Réunion du Conseil de sécurité du 10 janvier 2000 sur « les incidences du SIDA à l'égard de la paix et de la sécurité en Afrique », résolution 1308 (S/RES/1308 (2000)). Cf. S/PV.4087 n.6.

du Conseil pour le maintien de la paix et de la sécurité internationales » avant de l'attirer plus précisément vers le système de sécurité collective par l'inclusion, en novembre 2011, de nombreuses pandémies (paludisme, tuberculose, etc.) parmi « *les nouveaux défis à la paix et à la sécurité internationales et la prévention des conflits* » (21), la résolution 1983 appelant à « *une réponse mondiale exceptionnelle et globale* » (22).

Dans son appréciation discrétionnaire des situations, fondée sur les articles 24 et 39 de la Charte, le Conseil de sécurité a, on le sait, progressivement ajouté depuis les années 1990 l'exceptionnalité (23) à l'illégalité, les dimensions non militaires de l'insécurité incluant notamment la démocratie, le sous-développement, les droits de l'homme ou la sécurité des personnes.

Malgré la prise en considération des implications sécuritaires des maladies contagieuses, le Conseil n'était cependant jamais allé jusqu'à qualifier une épidémie ou une pandémie de menace à la paix et la sécurité internationales, utilisant des formules proches mais distinctes, faisant référence, notamment, à la mise « *en danger de la paix et la stabilité* ». Avec l'adoption de la résolution 2177, présentée par 134 Etats, ces velléités se sont déployées de manière prévisible. Déjà, en 2004, le rapport du Groupe de personnalités de haut niveau sur les menaces, les défis et le changement « *Un monde plus sûr : notre affaire à tous* », qui proposait la notion de sécurité globale, interprétait de manière très large la résolution 1308 « *faisant dire au Conseil qu'il voyait pour la première fois dans le VIH/SIDA une menace contre la paix et la sécurité internationales* » (24). La qualification a été faite non seulement par la résolution 2177, mais réaffirmée le 21 novembre 2014 dans la déclaration du président du Conseil de sécurité, selon laquelle « *le Conseil de sécurité se dit de nouveau gravement préoccupé par l'ampleur sans précédent de l'épidémie due au virus Ebola en Afrique, qui constitue une menace pour la paix et la sécurité internationales* » (25).

La formule du Conseil suscite cependant des interrogations quant au caractère autonome ou contextualisé de la menace : la résolution 2177 indique à la fois que « *la menace pèse directement sur la paix et la sécurité parce qu'elle touche des Etats engagés dans des processus de consolidation de la paix, qui ont justement pour objectif un rétablissement de la paix et de la sécurité durables* » et que « *l'ampleur extraordinaire de l'épidémie d'Ebola en Afrique constitue une menace pour la paix et la sécurité internationales* ».

(21) Conseil de sécurité, « *Maintien de la paix et de la sécurité internationales. Nouveaux défis à la paix et à la sécurité internationales et prévention des conflits* », S/PV.6668, 23 nov. 2011.

(22) S/RES/1983 (2011).

(23) Cf. notamment J.-M. SOREL, « *L'élargissement de la notion de menace contre la paix* », in SFDI, *Le Chapitre VII de la Charte des Nations Unies*, Colloque de Rennes, Pedone, 1995, et N. THOMÉ, *Les Pouvoirs du Conseil de sécurité au regard de la pratique récente du chapitre VII de la Charte des Nations Unies*, PUAM, 2005, pp. 99 et suiv.

(24) H. DE POOTER, *op. cit.*, p. 221 ; cf. le §48 du Rapport.

(25) S/PRST/2014/24.

Dès lors, on peut se demander si des crises sanitaires majeures advenant hors d'un contexte conflictuel recevraient la même qualification de la part du Conseil. Le choix politique du Conseil en la matière interroge quant à la pertinence de ce cadre d'action face à l'exigence d'une réaction systématique aux épidémies. En outre, l'action du Conseil au titre de l'article 39 prive en principe l'Assemblée générale de ses attributions en matière de recommandation (article 12§1 de la Charte), ce qui peut présenter certains inconvénients lorsque le Conseil choisit de ne pas exercer ses pouvoirs coercitifs sans disposer pour autant des compétences mieux adaptées à la riposte sanitaire sur le long terme de l'Assemblée générale et du Conseil économique et social.

Ces limites pourraient être compensées par un recours au chapitre VIII, qui intègre le régionalisme dans le système de sécurité collective.

L'accentuation de la lecture partenariale du chapitre VIII

Bien que les Etats aient « la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées » (26), l'intervention des organisations régionales paraissait constituer le niveau de réaction le plus pertinent en matière d'épidémies, dans un contexte d'effondrement de structures sanitaires nationales suite à des conflits armés. Dans la crise d'Ebola, les organisations régionales et sous-régionales dotées de compétences militaires ou économiques ont agi conformément à la notion d'« action de caractère régional » de l'article 52 de la Charte, bien que la délimitation de leurs fonctions ne soit pas toujours aisée et que leurs attributions dépassent souvent leurs capacités. L'intervention des organisations régionales a reposé sur de multiples partenariats, caractérisés par leur autonomie à l'égard de l'ONU et « ne présentant plus qu'une relation distendue avec les règles du chapitre VIII » (27), recourant à des moyens pacifiques sans exclure les instruments militaires.

Le Conseil de paix et de sécurité de l'Union africaine, dès sa réunion d'août 2014, a ainsi autorisé « le déploiement immédiat d'une Mission médicale mixte civile et militaire humanitaire de l'UA, composée de médecins, d'infirmières et autre personnel médical et paramédical, ainsi que de personnel militaire nécessaire à la protection et à l'efficacité de la Mission » (28). Cette référence, certes assez floue, à l'usage de la force est symptomatique d'un « exceptionnalisme africain » (29) dans l'interprétation

(26) Préambule de la Constitution de l'OMS. Cf. aussi la résolution 2176 du CS.

(27) L. BALMOND, *op. cit.*, p. 49. Cf. également V. RICHARD, « L'action des organisations régionales », in R. MEHDI / S. MALJEAN-DUBOIS (dir.), *La Société internationale et les grandes pandémies*, Pedone, 2007, pp. 119-133.

(28) 450^e réunion, 19 août 2014, PSC/PR/COMM.(CDL). Il s'agit de la Mission d'appui de l'UA à la lutte contre Ebola en Afrique de l'Ouest (ASEOWA).

(29) L. BOISSON DE CHAZOURNES, « Les relations entre organisations régionales et organisations universelles », *Recueil des cours de l'Académie de droit international*, t. 347, 2010, p. 296.

du chapitre VIII, souvent conçu comme un « outil de pression » sur l'organisation universelle.

Les organisations sous-régionales ont été également en première ligne : dès mars 2014, la Communauté économique des Etats d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) avait préconisé une réaction régionale à l'épidémie qui ne touchait alors que la Guinée, en la qualifiant de « *menace sérieuse pour la sécurité régionale* » (30). Par la suite, les actions de la Commission de la CEDEAO, de l'Organisation ouest-africaine de la santé (OOAS, son institution spécialisée en la matière) et de l'Union du fleuve Mano (31) ont visé globalement à réduire la mortalité et à mobiliser des fonds, mais la coopération est restée limitée. Les Etats de l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA) ont pour leur part octroyé une aide financière.

Très vite, l'Union européenne est aussi intervenue en établissant un contact régulier avec les Nations Unies, les agences d'aide humanitaire sur place, les gouvernements et les organisations régionales. Elle a mené à la fois des actions d'urgence, notamment par le biais de son mécanisme de protection civile, et des programmes de rétablissement à long terme, mobilisant près de 2 milliards d'euros, tout en réalisant des actions de préparation en son sein.

Sans se référer expressément au chapitre VIII de la Charte, la résolution 2177 fera une mention appuyée des efforts déployés par les organisations régionales et leur demandera de « *se mobiliser sans tarder et fournir immédiatement aux pays touchés et à ceux qui leur prêtent assistance, des compétences techniques et des moyens médicaux supplémentaires* ». L'absence de référence aux aspects militaires – qui avaient été mentionnés par l'Union africaine – semble à tout le moins indiquer que, bien que fondée sur la qualification de menace à la paix et la sécurité internationales et intégrant à ce titre les organisations régionales dans une action de sécurité collective, la résolution 2177 ne leur ouvre pas la possibilité d'user des moyens coercitifs encadrés par l'article 53 de la Charte.

Cette émancipation du formalisme strict du chapitre VIII, ne faisant que confirmer une pratique désormais bien établie de néo-régionalisme (32), constitue aussi un indice des distorsions du système de sécurité collective dans son utilisation face à des enjeux de sécurité humaine.

(30) PANA SEG/FJG/IS/SOC, 28 mars 2014.

(31) Déclaration des chefs d'Etat et de gouvernement de l'Union du fleuve Mano, 28 juin 2015, disponible sur le site Internet manoriverunion.int/DECLARATION%20DES%20CHEFS%20D.pdf.

(32) Cf. notamment L. BOISSON DE CHAZOURNES, *op. cit.* ; E. KODJO / H. GHERARI, « Article 52 », in J.-P. COT / A. PELLET / M. FORTEAU, *La Charte des Nations Unies, commentaire article par article*, Economica, 2005 ; H. VILLANI, « Les rapports entre l'ONU et les organisations régionales dans le maintien de la paix », *Recueil des cours de l'Académie de droit international*, t. 290, 2001.

L'assimilation de la sécurité humaine par la sécurité collective

Bien que le concept de sécurité humaine divise toujours les Etats membres de l'ONU, qui redoutent pour certains un avatar du droit d'ingérence (33), ses contours dessinés depuis 1994 par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) (34) puis par la Commission sur la sécurité humaine (35) intègrent les pandémies parmi les menaces nécessitant un nouveau paradigme de sécurité. L'expression, certes floue (36), a d'ailleurs été utilisée par l'OMS, comme englobant la sécurité sanitaire (37). Cette conception critique de la sécurité (38) réclame des mécanismes centrés sur l'individu dans une compréhension multisectorielle des menaces, en insistant sur la nécessité d'une démarche préventive (39). Sans se référer au concept, les instruments classiques de la sécurité collective s'y sont adaptés partiellement en matière sanitaire, au prix d'« *un étirement de la légalité* » (40). Mesures coercitives et opérations de maintien de la paix ont été non pas écartées mais adaptées, avec la création d'un nouveau type de mission des Nations Unies à caractère sanitaire et un abandon de l'« *obligatorité* » dans les dispositions de la résolution 2177.

Si la Mission « classique » des Nations Unies au Liberia (MINUL), fondée sur le chapitre VII, a vu son mandat prorogé du fait des graves préoccupations suscitées par « *l'ampleur de l'épidémie due au virus Ebola en Afrique de l'Ouest* » (41) et de la nécessité de protéger la « *riposte accélérée contre la récurrence de l'épidémie d'Ebola* », la spécificité de la réaction des Nations Unies à l'épidémie tient à l'objet et aux conditions de création de la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (MINUAUCE). La MINUAUCE a été lancée le 19 septembre 2014 par décision

(33) Lors du sommet mondial de 2005, les Etats membres s'étaient engagés à définir le concept, objectif qui n'a pu être atteint depuis. Cf. notamment A/64/407/Add.1.

(34) L'expression a été utilisée pour la première fois par le *Human Development Report 1994* du PNUD.

(35) La Commission sur la sécurité humaine a été créée en janvier 2001 en réponse à l'appel du Secrétaire général de l'ONU au Sommet du Millénaire. Rapport de la Commission sur la sécurité humaine, *La Sécurité humaine maintenant*, Presses de Sciences-Po, 2003.

(36) F. BASTY, « La sécurité humaine : un renversement conceptuel pour les relations internationales », *Raisons politiques*, n°32, Presses de Sciences-Po, 2008.

(37) OMS, Plan stratégique à moyen terme 2008-2013, disponible sur le site Internet apps.who.int/gb/f/f_amtsp.html.

(38) Cf. notamment E. NEWMAN, « Critical human security studies », *Review of International Studies*, vol. XXXVI, janv. 2010, pp. 77-94 ; C. S. BROWNING / M. MACDONALD, « The future of critical security studies: Ethics and the politics of security », *European Journal of International Relations*, vol. XIX, n°, 2011, pp. 235-255.

(39) Cf. notamment P. LAGRANGE, « La sécurité sanitaire : sécurité humaine et santé », in R. KHERAD (dir.), *La Sécurité humaine. Théorie(s) et pratique(s). Colloque international en l'honneur du Doyen Dominique Breillat*, Pedone, 2010, p.99-118 ; J.-F. RIOUX (dir.), *La Sécurité humaine. Une nouvelle conception des relations internationales*, Coll. Raoul-Dandurand, 2001.

(40) M. ARCARI / L. BALMOND (dir.), *La Sécurité collective, entre légalité et défis à la légalité*, Giuffrè, 2008, p. XI.

(41) Rés. 2176.

du Secrétaire général de l'ONU (42), suite à l'adoption à l'unanimité, par l'Assemblée générale, de la résolution 69/1, au lendemain de l'adoption de la résolution 2177. Outre l'interprétation large de sa capacité d'initiative par le Secrétaire général, on relèvera que l'intervention de l'Assemblée repose moins sur la revendication d'une compétence subsidiaire en matière de sécurité collective – l'article 12§1 de la Charte indiquant que l'Assemblée ne peut faire de recommandation sur une situation examinée par le Conseil à moins que le Conseil ne le lui demande – que sur l'interprétation des termes assez vagues de la résolution 2177, appelant toutes les entités compétentes des Nations Unies « à contribuer aux efforts déployés ».

La MINUAUCE, dont les principaux objectifs étaient de stopper l'épidémie, traiter les malades, assurer les services essentiels, préserver la stabilité et éviter d'autres épidémies, a utilisé des principes opérationnels d'approche régionale, de centralité de l'appropriation nationale, de collaboration avec les partenaires sur le terrain et de diffusion d'un message clair aux gouvernements (43). Elle a pris fin le 31 juillet 2015.

Cette mission d'un nouveau genre – qui pourrait être qualifié d'« *health making* » –, dépourvue de tout moyen coercitif, correspond à l'approche quasi exclusivement incitative employée par la résolution 2177, malgré les possibilités offertes par l'article 39 de la Charte. Le texte utilise en effet le vocabulaire classique de la persuasion (« *encourage* », « *demande* », « *prie* »), limitant la forme impérative à « *enjoindre* » à « *tous les acteurs compétents de coopérer étroitement avec le Secrétaire général* » (§8) et à « *décider* » de rester saisi de la question (§13).

L'absence d'usage de la contrainte, s'il est tout à fait adéquat pour de nombreux aspects de la riposte, n'est pas sans surprendre en matière de restrictions à la liberté de déplacement, dont les implications en matières économique, sociale et politique mais surtout sanitaire ont été particulièrement graves pour la sécurité des Etats touchés par l'épidémie (44). Le Règlement sanitaire international de l'OMS – obligatoire pour les Etats membres – vise à restreindre les limitations apportées aux déplacements et aux échanges commerciaux internationaux. Les recommandations relatives à Ebola adoptées sur son fondement précisaient qu'il « *ne doit pas y avoir d'interdiction générale appliquée*

(42) Lettres identiques datées du 17 septembre 2014, adressées au président de l'Assemblée générale et au président du Conseil de sécurité par le Secrétaire général, A/69/389-S/2014/679 : « *J'ai décidé de créer une mission des Nations Unies* ». Dans la lettre datée du 20 août 2015, adressée au président de l'Assemblée générale, le Secrétaire général emploiera des termes différents : « *j'ai proposé à l'Assemblée générale qu'une Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola – la première mission sanitaire d'urgence jamais créée par l'Organisation des Nations Unies – soit mise en place* ».

(43) La première équipe d'experts de la MINUAUCE fut déployée dès septembre 2014 pour une période de six mois.

(44) Selon le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, les restrictions de voyage « *ont compromis le déploiement de l'aide d'urgence, y compris le personnel et les produits de première nécessité* ». OMS, Comité régional de l'Afrique, 64^e session, Rapport du Secrétariat, AFR/RC64/9, 5 nov. 2014.

aux voyages ou au commerce » (45). Ce type de mesures n'est pas non plus conforme aux recommandations du groupe de travail conjoint comprenant l'OMS, les ministres régionaux de la santé et l'Organisation de l'aviation civile internationale (46). De nombreux Etats de la région, ainsi que l'Australie ou le Canada, les avaient pourtant adoptées. En octobre 2015, le Comité d'urgence du RSI était toujours « *préoccupé par le fait que 34 pays continuent de promulguer des mesures qui sont disproportionnées par rapport aux risques posés et qui entravent les activités de riposte et de relèvement. En outre, plusieurs compagnies aériennes n'ont pas encore repris les vols vers les pays touchés par Ebola* » (47).

Le Conseil de sécurité s'est cependant contenté de « *demander* » aux Etats de lever les restrictions aux déplacements et aux frontières et de « *demander* » aux « *compagnies aériennes et maritimes de maintenir les liens de commerce et de transport avec les pays touchés et la région* », affaiblissant ainsi l'intérêt du recours au chapitre VII en matière sanitaire. Il est ainsi intervenu moins pour imposer des normes sanitaires internationales que pour afficher un rôle centralisateur et de coordination des nombreux acteurs de la réponse à l'épidémie, utilisant les instruments les plus doux de la sécurité collective pour compenser les défaillances du système de sécurité sanitaire dont il reconnaît néanmoins la prééminence dans le contexte des crises sanitaires (48).

DES ADAPTATIONS NÉCESSAIRES
A LA PRÉÉMINENCE
DU SYSTÈME DE SÉCURITÉ SANITAIRE INTERNATIONALE

La notion de sécurité sanitaire internationale, expression apparue dans deux résolutions de l'OMS en 1995, « *avant même que ses contours et que son contenu aient été appréhendés de manière précise* » (49), a exprimé « *l'intérêt croissant de la communauté internationale pour les questions sanitaires en raison du lien entre santé et sécurité internationale* » (50). Pour l'OMS, la sécurité sanitaire internationale correspond à « *l'ensemble des activités, tant préventives que correctives, mises en œuvre pour réduire au minimum la vulnérabilité à des événements sanitaires graves menaçant*

(45) Déclaration de l'OMS sur la réunion du Comité d'urgence du RSI concernant la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014, 8 août 2014.

(46) Cf. notamment RSI, Annexe 1b, pp. 41-42) ; OMS, *Lignes directrices provisoires*, sept. 2014, pp. 3-4 ; OACI, Procédures pour les services de navigation aérienne – gestion du trafic aérien ; OACI Annexe 9 – Facilitation ; RSI: Annexe 9 ; Documents pertinents de l'OACI santé, disponibles sur le site Internet www.capsca.org/CAPSCARef.html.

(47) OMS, *Déclaration sur la septième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international concernant la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest*, 5 oct. 2015.

(48) La résolution 2 177 mentionne « *le rôle central* » de l'OMS.

(49) C. COLETTE, « Contribution de la sécurité sanitaire à la sécurité internationale », in M. ARCARI / L. BALMOND (dir.), *La Gouvernance globale face aux défis de la sécurité collective*, Editoriale Scientifica, 2012, p. 338.

(50) *Id.*

l'état de santé collectif des populations quelles que soient les régions géographiques ou les frontières qui les séparent » (51). Cette approche, propice à une large mobilisation de la communauté internationale, a commencé à faire l'objet d'une interprétation nuancée à partir de 2011, la directrice de l'OMS affirmant devant le Conseil de sécurité que « *la plupart des problèmes sanitaires dont s'occupe l'OMS ne menacent pas directement la paix et la sécurité* » (52). Confrontée à ses défaillances dans la gestion de la crise d'Ebola et à la concurrence d'un Conseil de sécurité occupant le rôle centralisateur que l'Organisation spécialisée tient de l'article 2 de sa Constitution, les institutions onusiennes ont entrepris un bilan révélant d'importantes lacunes du système de sécurité sanitaire internationale, esquissant une réponse s'orientant vers une mise en cohérence des systèmes de sécurité qui pourrait préfigurer une nouvelle gouvernance mondiale de la santé (53).

Les lacunes du système de sécurité sanitaire internationale face à Ebola

Alors qu'en 2002, puis en 2011, la réaction de l'OMS aux épidémies de SRAS et H1N1 avait démontré un ferme pilotage, celle apportée à Ebola a fait l'objet de vives critiques, tant internes qu'externes (54), portant sur le report sur les Etats de la responsabilité des soins, l'OMS agissant moins en tant qu'autorité « *directrice et coordinatrice* » (55) qu'« *agence technique* » (56). Une résolution adoptée au cours de la session extraordinaire du Conseil exécutif sur Ebola en janvier 2015 a chargé un groupe d'experts indépendants d'entreprendre une évaluation de tous les aspects de l'action de l'organisation face à l'épidémie (57). Ce rapport (58), présenté à la 68^e Assemblée mondiale de la santé en mai 2015, a été suivi d'une réponse du Secrétariat de l'OMS le 19 août (59). La crise d'Ebola n'a pas seulement révélé des failles organisationnelles dans le fonctionnement de l'OMS, mais également des lacunes dans le RSI, principal vecteur de l'action en matière de sécurité sanitaire internationale.

(51) OMS, *Un avenir plus sûr, la sécurité sanitaire mondiale au XXI^e siècle – Rapport sur la santé dans le monde 2007*, p. IX.

(52) H. DE POOTER, *op. cit.*

(53) S/PV.6668, *op. cit.*, n° 78, p. 8. Cf. H. DE POOTER, *op. cit.*

(54) Un rapport interne d'octobre 2014, critiquant la lenteur de l'OMS et l'incompétence du Bureau régional de l'OMS, a été révélé par l'agence Associated Press ; le 23 mars 2015, Médecins sans frontières a également publié un rapport accusant l'OMS d'avoir ignoré ses alertes pour n'intervenir que le 8 août, soit cinq mois après le premier signal d'alarme de l'ONG.

(55) Constitution de l'OMS, art. 2a.

(56) Selon les termes employés par M. Chan, directrice de l'OMS, le 7 février 2011, lors d'une conférence à Kinshasa.

(57) OMS, EBSS/3.

(58) Rapport du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola, disponible sur le site Internet www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-panel-report-fr.pdf.

(59) Réponse du Secrétariat de l'OMS au rapport du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola, disponible à l'adresse www.who.int/csr/resources/publications/ebola/who-response-to-ebola-report_fr.pdf?ua=1.

Le groupe d'experts, qui, « *après avoir passé en revue toutes les possibilités [...] est parvenu à la conclusion que l'OMS devrait être l'organisme chef de file pour la riposte aux urgences sanitaires* », a mis en exergue des enjeux d'organisation dépendant largement des ressources de l'OMS. La réduction assez significative du budget de l'organisation (60) – passé ces dernières années de 5 à 4 milliards de dollars – l'avait par exemple contrainte à dissoudre son département de réaction aux épidémies et pandémies et à réduire le nombre d'experts en urgences épidémiques pour l'Afrique d'une douzaine à trois. Il n'existe pas non plus de fonds de base pour les actions d'urgence. Par-delà la question cruciale des ressources, pour être l'autorité de référence en matière de communication, pour exercer son rôle fédérateur dans les efforts de recherche-développement, « *l'OMS doit être en mesure de prendre des décisions et d'agir rapidement et d'adapter et d'ajuster en conséquence l'allocation des ressources, les méthodes de travail et les pratiques d'information* » (61), en redistribuant notamment ses moyens pour tenir compte des Etats les plus vulnérables et en créant un centre de préparation et de réaction aux situations d'urgence. Sur la base des recommandations du Groupe, le Directeur général a déjà adopté un plan visant au renforcement des ressources humaines sanitaires mondiales pour l'action d'urgence, qui devrait être financé en étroite collaboration avec la Banque mondiale.

Le Règlement sanitaire international, principal vecteur de la sécurité sanitaire internationale, organisant les actions au niveau national et international, a fait l'objet des plus vives critiques, portant à la fois sur ses lacunes et sa mise en œuvre défaillante par les Etats. Décision adoptée en 1951 par l'Assemblée mondiale de la santé sur la base de l'article 21 de la constitution de l'OMS (62), révisée régulièrement jusqu'à sa dernière version de 2005, le RSI impose à 195 Etats de développer leurs capacités minimales en santé publique – fixant un niveau élevé d'exigence difficile à atteindre pour les Etats les plus faibles – et de notifier à l'OMS tout événement pouvant « *constituer une urgence de santé publique de portée internationale* ».

Le groupe d'experts a rappelé qu'en 2011, après la grippe H1N1, le Comité d'examen du RSI (63) avait déjà recommandé d'accélérer la mise en place des capacités nationales, mais 110 Etats avaient demandé un délai. Selon le Rapport, si les propositions de l'OMS « *avaient été appliquées, la communauté mondiale se serait trouvée en bien meilleure posture pour affronter la crise d'Ebola* ». En amont de la propagation d'une épidémie, il

(60) Moins de 25% du budget programme de l'OMS proviennent des contributions fixées (le reste provenant des fonds volontaires).

(61) Rapport, *op. cit.*, p. 6.

(62) L. BOISSON DE CHAZOURNES, « Le pouvoir réglementaire de l'Organisation mondiale de la santé à l'aune de la santé mondiale : réflexions sur la portée et la nature du Règlement sanitaire international de 2005 », *Droit du pouvoir, pouvoir du droit. Mélanges offerts à Jean Salmon*, Bruylant, 2007, pp. 1171 et suiv.

(63) OMS, document A64/10.

a donc été demandé à l'OMS de proposer à tous les Etats un plan chiffré établissant les priorités, fondé sur des informations évaluées de manière indépendance, afin d'acquérir les principales capacités requises par le RSI. Le seuil d'alerte déclenchant la déclaration de l'urgence de santé publique de portée internationale a été également considéré comme trop élevé, le Groupe proposant la mise en place d'un niveau d'alerte intermédiaire qui avertirait et mobiliserait la communauté internationale dès le début d'une crise sanitaire. Des mesures visant à inciter les pays à notifier à l'OMS les risques pour la santé publique devraient en outre être prises, sous la forme de mécanismes de financement innovants tels qu'une assurance qui permettrait d'atténuer les effets économiques néfastes. Enfin, « *le Comité d'examen du RSI pour Ebola devrait envisager des mesures visant à dissuader les pays de prendre des mesures qui perturbent le trafic et le commerce au-delà de celles recommandées par l'OMS* ».

Le RSI, dont le périmètre inclut acteurs nationaux et internationaux dans un véritable multilatéralisme, a été qualifié par la directrice de l'OMS, le 1^{er} septembre 2015, de « *nouveau régime de gouvernance globale* » (64). La vision de la gouvernance fournie par le Rapport est en revanche plus inclusive, son spectre n'étant pas limité au seul système de sécurité sanitaire organisé dans le cadre de l'OMS pour intégrer les interactions avec le système de sécurité collective, dans une approche englobante esquissant une « *gouvernance mondiale de la santé* » (65).

Vers une gouvernance mondiale de la santé ?

Le concept de gouvernance globale, fluide sinon flou (66), recouvre un ensemble de normes s'imposant aux Etats, mises en œuvre par des organisations internationales avec l'appui d'acteurs privés multiples, fonctionnant en réseau (67), visant à atténuer les conséquences d'un ordre international fragmenté par une « *régulation globale* » (68).

Si les réactions à l'épidémie d'Ebola ne correspondent qu'imparfaitement à certains pans de ce schéma théorique, les Etats étant demeurés les acteurs centraux de la riposte (l'Allemagne, les Etats-Unis et le Royaume-Uni ayant par exemple respectivement envoyé 4 500, 4 000 et 750 militaires dans les Etats touchés), la résolution 2177 a marqué une étape dans la constitution d'une « *gouvernance mondiale sanitaire* » (69), en adoptant une

(64) Allocution sur la gouvernance mondiale de la santé : 18 mois après la flambée Ebola, Londres, disponible sur le site Internet www.who.int/dg/speeches/2015/18months-after-ebola-outbreak/fr/.

(65) *Id.*

(66) Cf. notamment A. MACGREW / D. HELD (dir.) *Governing Globalization : Power, Authority and Global Governance*, 2002 ; G. DE BURCA / C. KILKPATRICK / J. SCOTT (dir.), *Critical Legal Perspectives on Global Governance : Liber Amicorum David M. Trubek*, Hart Publishing, 2015 ; G. ANDREANI, « Gouvernance globale, origine d'une idée », *Politique étrangère*, n°3, 2001, pp. 549-568.

(67) Cf. notamment M. ARCARI / L. BALMOND (dir.), *La Gouvernance globale face aux défis de la sécurité collective*, Editoriale Scientifica, 2012.

(68) S. CASSESE, « Administrative law without the State ? The challenge of global regulation », *New York University Journal of International Law and Politics*, nov. 2006, p. 670.

(69) Selon l'approche proposée par L. BALMOND, « Le Conseil de sécurité et la crise d'Ebola... », *op. cit.*

méthode holistique pour adresser des recommandations tant aux Etats qu'aux organisations internationales universelles spécialisées, régionales, gouvernementales ou non, ainsi qu'aux institutions onusiennes. Le Conseil, derrière le « faux nez » de la résolution, fort de la légitimité du parrainage sans précédent du texte, s'est en réalité comporté davantage comme le « prête-nom » du Secrétariat général, dont l'action s'inscrit parfaitement dans une approche de pilotage de la gouvernance globale et qui confirme ainsi son statut d'« *outil critique du système de sécurité collective* » (70). Dès le 12 août 2014, mesurant les défaillances de l'OMS, le Secrétaire général déclenchera en effet le mécanisme de réponse d'urgence de l'ONU et nommera un Coordonnateur principal du système des Nations Unies pour l'Ebola, ainsi qu'un Coordonnateur adjoint et un Responsable de la gestion de la crise, afin d'aider les gouvernements des pays de la région à faire face à l'épidémie. C'est aussi lui qui décidera en septembre de la création de la MINUAUCE.

A compter du 1^{er} août 2015, avec la fin de cette dernière, la responsabilité de l'action d'urgence du système onusien contre Ebola est revenue entièrement à l'OMS. Les institutions spécialisées, fonds et programmes des Nations Unies, Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies, Mission des Nations Unies au Liberia et partenaires nationaux et internationaux ont pris des dispositions de transition. Ses responsables restent dans les pays concernés, placés sous le contrôle de l'OMS, avec le soutien du Coordonnateur résident des Nations Unies. L'Envoyé spécial pour l'Ebola continue de fournir les orientations stratégiques de l'action d'urgence.

Le fonctionnement en réseau, impliquant de multiples acteurs, a été particulièrement mis en évidence dans le cadre de la mobilisation des fonds destinés à lutter contre l'épidémie (71) ou en matière de recherche et d'expérimentation d'un vaccin. Il a néanmoins manifesté des dysfonctionnements qui sont l'objet d'analyses et de propositions correctrices.

Le Secrétaire général a mis en place un Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires. Parallèlement, une étude portant expressément sur les enseignements tirés de l'expérience de la MINUAUCE est actuellement en cours, l'objectif étant de déterminer comment la Mission a fonctionné en tant que dispositif de gestion de crise pour coordonner les acteurs du système des Nations Unies de façon à renforcer l'action opérationnelle, en vue de recenser également les leçons susceptibles d'être transposées dans le cas de crises autres que sanitaires.

(70) Selon les termes de la Note du Secrétaire général, §20, A/59/565*.

(71) 50 Etats ont apporté leur contribution, de même que la Banque mondiale, la Banque africaine de développement, des ONG, le secteur privé (des entreprises africaines ont mobilisé 28 millions de dollars), des donateurs bilatéraux, fondations, le Fonds monétaire international. Cf. *Resources for Results (RR) Series*, IV, août 2015. Le Secrétaire général a en outre créé un Fonds d'affectation spéciale pluri-partenaires pour financer les situations critiques dépourvues d'autres sources de financement.

C'est la même démarche d'évaluation qui a été adoptée dans le cadre de l'OMS, mettant en évidence un défaut majeur du réseau : l'incohérence, voire l'imperméabilité des systèmes sanitaire et humanitaire. Le rapport du Groupe d'experts de l'OMS chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola a souligné le caractère tardif de l'intervention du système humanitaire et l'absence de coordination des niveaux d'urgence du Cadre d'action d'urgence de l'OMS, du système humanitaire des Nations unies et du RSI (72). Déplorant que la MINUAUCE n'ait pas été suffisamment efficace en matière de coordination et déconseillant de créer à l'avenir de telles missions (73), le Rapport affirme que sa création « *n'aurait peut-être pas été nécessaire si le système humanitaire au sens large était intervenu à travers le Comité permanent inter-organisations des Nations Unies à un stade plus précoce de la crise. Par exemple, le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (OCHA) et d'autres institutions des Nations Unies auraient dû intervenir plus tôt et de manière plus ferme* ».

Le rapport préconise ainsi que le Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires du Secrétaire général de l'ONU mette les questions de santé mondiale au cœur du programme mondial de sécurité et définisse « *des procédures pour porter des questions de santé devant le Conseil de sécurité des Nations Unies et envisager des mesures incitatives et dissuasives afin d'améliorer la sécurité sanitaire mondiale* » (74). Ces procédures de transfert d'une institution spécialisée au Conseil de sécurité, renvoyant à celles qui existent notamment en matière nucléaire dans le cadre de l'Agence internationale à l'énergie atomique (AIEA) (75), constitueraient alors une manifestation très visible de l'intégration des questions sanitaires dans les mécanismes de la sécurité collective, attribuant à la résolution 2 177 le caractère de précédent et non d'« *incident isolé* » (76). Un tel mécanisme, garant d'une nouvelle cohésion au sein du système des Nations Unies et de l'organisation d'un réseau d'acteurs à géométrie variable, réaliserait une gouvernance sanitaire mondiale crédible.

* *

*

Le rapport « Dans une liberté plus grande : vers le développement, la sécurité et les droits de l'homme pour tous » (77) affirmait en 2005 que

(72) Le Rapport recommande la création d'un centre OMS pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence, axé sur deux domaines de travail actuellement distincts : la lutte contre les flambées épidémiques et l'action humanitaire.

(73) Rapport, recommandation 21.

(74) Rapport, recommandation 6.

(75) Statut de l'AIEA, art. III-B-4 et XII-C.

(76) G. L. BURCI, « Ebola, the Security Council and the securitization of public health », *QIL*, 23 déc. 2014 ; G. L. BURCI / J. QUIRIN, « Ebola, WHO, and the United Nations : convergence of global public health and international peace and security », *ASIL Insight*, n°18, 2014, disponible sur le site Internet www.asil.org/insights/volume/18/issue/25/ebola-who-and-united-nations-convergence-global-public-health-and.

(77) §80-81.

la riposte face à certaines maladies contagieuses doit être aussi énergique que celle utilisée face au terrorisme. L'épidémie à virus Ebola a démontré qu'elle ne doit cependant pas nécessairement employer les mêmes stratégies ni les mêmes moyens. Ceux-ci ont été mobilisés dans le cadre de deux systèmes de sécurité, sans que celui de l'OMS soit renforcé par les mécanismes de sécurité collective. La sécurité sanitaire aura en revanche apporté une contribution conceptuelle à la sécurité collective, accentuant son ouverture à la sécurité humaine. Sur le plan matériel, cette évolution est cependant encore loin d'avoir développé ses potentialités, tant dans le domaine de la contrainte que dans celui de l'absence de coercition.