Le Règlement sanitaire international (RSI) dans le contexte de la mondialisation

Saada CHOUGRANI et Leila HOUTI

Mots clés : RSI, OMS, Mondialisation, Risque sanitaire, Surveillance, Riposte

Introduction

Le nouveau règlement sanitaire international (RSI) est entré en vigueur le 15 juin 2007. Les Etats qui ne disposent pas des capacités nécessaires à sa mise en œuvre auront une période de grâce de cinq années pour une mise à niveau. Pendant cette période, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) assurera une assistance technique et un renforcement des capacités des personnels de santé. Cette nouvelle version, dont les discussions ont duré assez longtemps de 1995[1] à 2005[2], est élaborée dans un contexte de mondialisation des échanges, de restructuration de l'économie des pays hors OCDE[3] et de l'apparition de nouvelles menaces sanitaires naturelles et intentionnelles. Des discussions intenses préalables ont eu lieu avec des organisations comme l'OMC, l'OMI, l'OACI, l'AIEA[4] par exemple. La notion de sécurité sanitaire a été intégrée à la sécurité globale, option défendue par les pays occidentaux. De plus, des pays comme les

[1] OMS. Résolution WHA48.7
[2] OMS. Résolution WHA58.3 portant révision du règlement Sanitaire Internationale. Genève, 2005.
[3] Organisation de coopération et de développement économiques
[4] Organisation Mondiale du Commerce, Office Mondial de l'Immigration, Organisation de l'Aviation Civile Internationale, Agence Internationale de l'Energie Atomique

USA, ont carrément englobé sécurité intérieure, politique étrangère et santé dans leur approche générale. Dans cet ordre d'idées, la perception des risques, par les pays occidentaux, est orientée et penche du côté des intérêts de ces pays au détriment des pays pauvres confrontés aux menaces ; risques qui sont de nature, de portée et de conséquences complètement différentes. Parmi ces risques à perception variable, notons les changements climatiques et leur lot de conséquences sanitaires, induits par les grands producteurs mondiaux de pollution et les produits alimentaires génétiquement modifiés, plus disponibles dans les pays bénéficiant de l'aide alimentaire que dans les pays où ils sont produits.

Les menaces sanitaires

Les fléaux sanitaires sont de causes multiples, naturelles ou malveillantes, et surviennent à des échelles locale, régionale ou planétaire. Hier le virus d'Ebola, le VIH et l'encéphalopathie spongiforme bovine, le botulisme, l'anthrax, le SRAS et enfin la grippe aviaire aujourd'hui. Et puis, de temps à autre, la réapparition de maladies longtemps ignorées, comme la peste en Algérie qui a ré-émergé durant l'été 2003.

L'inquiétude touche tous les pays, riches ou pauvres. Sur un plan international, dans le domaine de la santé humaine, le chef de file de l'alerte demeure l'OMS à travers son service de gestion des épidémies, à l'écoute de tout frémissement précurseur de maladies à risque majeur pour l'humanité. L'Office International des Epizooties (OIE) pilote, quant à lui, la surveillance mondiale de la santé animale. La coopération entre les deux organismes est très étroite. En fait, c'est toute une mise en dynamique d'un réseau de collaboration entre les agences onusiennes, y compris la FAO, et les institutions non gouvernementales civiles ou militaires.

La menace globale peut survenir de n'importe où et à tout moment. Elle est amplifiée par les échanges commerciaux et les voyages. Deux ensembles de facteurs sont incriminés dans l'origine de l'émergence, d'une part les modifications des écosystèmes, des pratiques, des modes de vie qui ont engendré les infections par les virus du Nipah, Hendra, maladie de Lyme… ; et de l'autre les changements climatiques entrainant des phénomènes comme Mitch ayant favorisé l'explosion de cas de dengue, de paludisme, de leptospirose et de choléra en Amérique Centrale ou encore Katherina ravageant une contrée toute entière, la transformant en région du tiers monde. Ce qui parait évident, à travers ces exemples, c'est que la source la plus probable nous provient du monde animal sauvage [5] et/ou domestique, à l'instar du SRAS et de la grippe aviaire depuis 2003. L'Algérie n'a pas été épargnée par ce genre de phénomènes, d'abord la peste en 2003[6] dont la piste de la perturbation de l'écosystème est la plus probable et puis l'amplification de la leishmaniose, sortant de son territoire naturel pour remonter vers le Nord de plus en plus, dès la fin des années 1990[7], due en partie à la lutte contre la désertification dans les Hauts-Plateaux en favorisant la pullulation des rongeurs de type Mériones shawi réservoir de la maladie.

[5] The Lancet Infectious Diseases. Getting out into the field, and forest. Editorial. 4, March 2004, 127.

[6] Makrerougras B., Chougrani S., Ablaoui F., Bentabet A., Benabdellah L., Houti L. Aspects épidémiologiques et contraintes lors de l'épidémie de peste à Oran durant l'été 2003. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique (RESP). Volume 52 No Hors-série 1. septembre 2004 : 10. ISSN : 0398-7620.

[7] Houti L et al. Impact des changements climatiques sur la santé : Cas de la leishmaniose cutanée en Algérie. Rapport d'étude. Association Recherche Climat et Environnement. 2004.

La mondialisation, la sécurité internationale et la surveillance en santé publique

Le rapprochement entre l'OMS, l'OMC et le CCA[8], remonte au milieu des années 1990. L'OMC, plus rompue aux longues négociations que l'OMS, a semble-t-il, fait basculer les résultats plus en faveur des intérêts commerciaux que de ceux de la santé publique. Ce déséquilibre a fait naitre chez de nombreux pays, majoritairement pauvres, une franche résistance au nouveau règlement sanitaire international (RSI) qui a finalement été adopté en 2005[9]. Ainsi, aucune mesure restrictive sur le commerce ne peut être prise si des raisons légitimes et nécessaires ne sont pas identifiées. Tout obstacle non « nécessaire » devra être supprimé. C'est alors qu'en cas d'épidémie, le Règlement Sanitaire International (RSI) de l'OMS servira de cadre juridique. Comment et par qui sera décidé ce caractère « non nécessaire » ?

La répartition mondiale des menaces sanitaires

Nous pouvons synthétiser la répartition des menaces sanitaires à l'échelle mondiale avec, d'une part l'émergence et la réémergence de maladies infectieuses dans les pays sub-sahariens et d'Asie du Sud-Est de type Ebola, peste, fièvre jaune, leptospiroses essentiellement ; alors, que dans les pays du Nord, ce sont par exemple E.Coli O 157, cryptosporidiose, maladie de Lyme, salmonellose multi-résistante. La grippe aviaire étant un phénomène assez récent, qui a touché l'Asie du Sud-Est, l'Europe centrale et l'Afrique et n'a pas encore infecté les Amériques à la mi-avril 2007. Selon le bilan 2006 [10] du Département « Alerte et action en cas d'épidémie et de pandémie » de l'OMS, sur les 197 évènements signalés et vérifiés, près de la moitié a concerné le

[8] Commission du Codex Alimentarius, respectivement

[9] OMS. Résolution WHA58.3 portant révision du règlement Sanitaire Internationale. Genève, 2005.

[10] OMS. Alerte et vérification en cas d'épidémie : compte rendu analytique 2006. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2007 ; 8213 : 111-16.

choléra/diarrhée aigue aqueuse (19%), la grippe/syndrome respiratoire aigu (15%) et les méningococcies (12%). La quasi-totalité de ces signalements a concerné l'Afrique sub-saharienne.

D'un autre côté et à titre d'exemple, nous avons examiné les signalements ayant eu lieu la journée du 18 avril 2007 auprès de deux réseaux mondiaux de surveillance des menaces sur la sécurité sanitaire. Sur les 45 évènements signalés par le réseau GPHIN[11], près de 40% concernaient des affections touchant l'Homme, 20% le risque chimique et 15% le risque nucléaire. Un tiers de ces risques était localisé en Amérique du Nord et un autre tiers en Asie. Dans le réseau Promed[12] il y a eu 6 signalements dont quatre concernaient des affections touchant les animaux réparties sur tous les continents.

La différence entre ces deux réseaux, est que le premier opère une veille globale touchant à l'ensemble des menaces infectieuses animale et humaine, chimique, nucléaire, environnementale, biologique… tandis que le second se concentre sur les menaces infectieuses humaines et animales.

Globalement, les signalements touchent toutes les questions de sécurité sanitaire et de sécurité «économique», de changements climatiques et environnementaux (inondations, Ouragan…). Il serait naïf de ne pas reconnaître que les évènements chimiques et radioactifs, notamment les menaces bioterroristes et de stabilité du commerce international, n'obsèdent pas plus particulièrement les puissances économiques mondiales. Notons que le SRAS a coûté près de 60 milliards $US pour 10.000 cas observés au seul trimestre de 2003. La pandémie de grippe aviaire, en plus du nombre de cas inestimable de malades et de morts, fait surtout craindre la paralysie totale de l'économie mondiale.

[11] Global Public Health Intelligence Network

[12] Program for Monitoring Emerging Diseases de la société internationale des maladies infectieuses -ISID

Le Règlement Sanitaire International : première ligne de défense

La sécurité sanitaire, à l'échelle internationale, est de plus en plus exposée à de multiples risques tant naturels, accidentels ou intentionnels. La rentrée en vigueur du nouveau RSI en juin 2007, longtemps discuté et amendé, constituerait une première ligne de défense contre ces menaces. Les pays membres de l'OMS, qui ne disposent pas encore des capacités de mise en œuvre des systèmes de surveillance et de riposte, ont jusqu'à 2012 pour se mettre à niveau. Jusqu'à cette échéance, beaucoup d'efforts devront être consentis aussi bien par l'OMS que par les hommes politiques et les leaders d'opinion pour une sérieuse collaboration pour atteindre cet objectif de lutte contre une menace commune. La réunion à Singapour du 2 avril 2007[13] devrait être une occasion pour un fort plaidoyer en faveur de cette approche communautaire. Beaucoup d'obstacles sanitaires, commerciaux et diplomatiques s'opposent à l'amélioration de la coopération transfrontalière selon les dirigeants politiques.

Dans son document de présentation des grandes lignes du RSI, l'OMS avait, en 2002, estimé que cette nouvelle révision permettrait de gérer les urgences mondiales de portée internationale[14]. Le nouveau concept de mondialisation, introduit dans les termes d'échanges dans la communauté internationale, n'a pas seulement concerné la libre circulation des biens et des personnes, mais a touché collatéralement le principe de la sécurité sanitaire nationale et internationale.

L'OMS, en tant qu'agence internationale chargée de la santé, a depuis les années 1990 renégocié sa place et son rôle dans le concert international, à un moment où un modèle économique

[13] OMS. Investir dans la santé, bâtir un avenir plus sûr. Document de fond. Genève, 2007

[14] OMS. Projet de révision du Règlement sanitaire international. Genève, 2002. WHO/CDS/CSR/GAR/2002.4.

mondial unique se mettait en place. Les fortes crises économiques que vivaient beaucoup de pays non occidentaux, y compris les pays à revenus intermédiaires, ont conduit à des prescriptions draconiennes de mesures de réajustement structurel de leur économie. C'est ainsi que les dernières poches de résistance au marché sont tombées.

C'est dans ce contexte, que le nouveau RSI a été rédigé avec la préoccupation majeure de ne pas entraver le commerce international sans raisons « nécessaires ». Dans le règlement de 1969, révisé en 1973, les auteurs du texte parlaient « d'assurer le maximum de sécurité contre la propagation des maladies d'un pays à l'autre moyennant le minimum d'entraves au trafic mondial »[15] . Les préoccupations majeures étaient « de détecter et d'enrayer les maladies transmissibles…sur le plan international, de faciliter l'identification, l'endiguement ou l'élimination des sources d'infection, d'améliorer l'hygiène dans les ports, les aéroports et les zones avoisinantes, de prévenir la dissémination des vecteurs… de telle sorte qu'il y ait peu de risques qu'une infection venue de l'extérieur puisse s'implanter »[16]. Mais il est vrai, qu'à cette époque, les risques sanitaires s'appelaient, presque exclusivement, choléra et variole et à un degré moindre la fièvre jaune. Le premier est actuellement confiné dans quelques régions du monde, quant au second il a été complètement éradiqué de la planète depuis 1978.

Cette configuration de la réglementation sanitaire mondiale n'était plus valable après les années 1980 pour deux raisons essentielles :

La première, les risques supplémentaires qui, en plus des agents microbiens classiques, nouveaux ou mutants, la résistance bactérienne est considérée comme une émergence qui s'installe

[15] OMS. Résolution WHA26.55 portant modification du RSI de 1969.

[16] Houti L et al. Impact des changements climatiques sur la santé : Cas de la leishmaniose cutanée en Algérie. Rapport d'étude. Association Recherche Climat et Environnement. 2004.

dans le temps et l'espace. Les autres risques ayant comme origine des agents chimiques, biologiques, radiologiques et nucléaires sont de plus en plus incriminés aussi bien dans les causes d'origine naturelle ou malveillante. Le risque est élargi, en définitive, à toute flambée épidémique ou urgence de santé publique ayant une importance internationale.

La seconde est caractérisée par le caractère supranational de la décision. Les décisions sont désormais entre les mains des regroupements basés sur des appartenances régionales, communautaire, économique, continentale (UE[17], OCDE, OTAN …)

Les actions déjà en place et coordonnées par les organisations internationales

Une assistance technique, en matière de lutte contre les épidémies, est pratiquement effective au niveau de quasiment toutes les régions du monde. La surveillance mondiale est en place à travers de nombreux réseaux. Les ECDC[18] de l'UE[19] rayonnent sur tout l'espace européen en priorité avec des actions collaboratives avec les autres centres de décision en la matière.

Pratiquement, tous les continents sont quadrillés avec une présence incontournable des CDC. Ainsi, à travers l'Initiative intégrée contre le Malaria, les CDC aident plusieurs pays africains comme le Benin, le Kenya, le Malawi, le Congo Démocratique (RDC), le Nigeria, l'Ouganda, le Sénégal et la Zambie à surveiller les progrès contre cette maladie.

L'Unité de recherche médicale de l'US Army à Nairobi (Kenya) coordonne la surveillance du VIH/SIDA, du paludisme, de la fièvre jaune et des maladies entériques dans l'Afrique de

[17] Union Européenne, Organisation du Traité de l'Atlantique Nord
[18] European Centres for Diseases Control
[19] Paquet C, Coulombier D, Kaiser R, Ciotti M. Epidemic intelligence : un nouveau cadre pour renforcer la surveillance des maladies en Europe. Eurosurveillance, dec. 2006 ; 212-14. Visité le 10/03/07.
En ligne : http://www.eurosurveillance.org/em/v11n12/1112-223.asp

l'Est. Elle travaille en collaboration avec les ministères de la santé, des centres de recherche et le poste avancé sur le terrain des CDC au Kenya. La surveillance de la grippe aviaire en Egypte est prise en charge par le NAMRU-3[20], en coordination avec l'OMS région EMRO[21] et les CDC[22]. Cette unité a comme rayon d'action, en plus de l'Egypte, le Yémen, le Pakistan et les territoires palestiniens. Certains auteurs pensent, que de plus en plus, les unités militaires, mêmes celles des pays en développement, impliquées dans le maintien de la paix dans le monde, pourraient jouer un rôle supplémentaire de sécurisation sanitaire[23].

En Asie, le même quadrillage est en place. Le réseau de surveillance du Delta du Mekong comprend la région du Yunan (Chine), le Cambodge, le Laos, la Thaïlande, le Myanmar et le Vietnam. Le PacNet (réseau de surveillance du Pacifique) inclut une vingtaine d'iles du Pacifique. Enfin, dans le réseau EWORS (Early Warning Outbreak Recognition System) le NAMRU-2 collabore avec le ministère de la santé Indonésien pour la surveillance, l'alerte et la riposte rapide.

Par ailleurs, un ensemble de réseaux thématiques, sous tutelle de l'OMS, complètent la couverture contre des maladies ayant un potentiel épidémique important comme le Flunet (grippe), le Salm-Surv (salmonellose), le GeoSentinel (réseau de la société internationale de la médecine des voyages)…

Enfin, les CDC sont le siège de 25 centres collaborateurs agréés par l'OMS et 13 centres sont en voie d'agrément et/ou sont en cours de soumission.

Que ramène de nouveau cette dernière révision du RSI ?

[20] US Naval medical research unit 3
[21] Région OMS Méditerranée Orientale
[22] Anonyme. Navy labs play public health rôle. Bulletin of the World Health Organization. March 2007, 85 (3).
[23] Chretien JP, Blazes DL, Coldren RL, Lewis MD, Gaywee J,et al. Importance du personnel militaire des pays en développement dans la surveillance mondiale des maladies infectieuses. Bulletin of the World Health Organization 2007;85:174-180.

Le raisonnement sur lequel s'est bâti le nouveau RSI suit la logique suivante : tout évènement sanitaire doit être détecté le plus tôt possible et au niveau le plus local possible. Il doit être confiné à des zones les plus limitées possibles avec un degré d'expression le plus faible. Si le pays ne dispose pas des ressources nécessaires pour cela, la communauté internationale se charge d'apporter les soutiens possibles en compétences et en moyens matériels. L'OMS jouera de fait un rôle de coordination internationale pour s'assurer de la conformité des procédures engagées en matière de lutte, de notification et de riposte appropriée. Le but de l'ensemble de ces mesures est de ne pas affecter le commerce mondial, les voyages et le tourisme, en somme de réduire les obstacles au commerce par des mesures sanitaires injustifiées.

L'exercice délicat auquel se soumet l'OMS est de rechercher à tout prix un équilibre entre commerce et santé publique, en d'autres termes de respecter les conventions et le partage des rôles entre l'OMS, l'OMC (à travers le comité des mesures sanitaires et phytosanitaires) et le CCA (Commission du Codex Alimentarius entre l'OMS et la FAO[24]) et ce depuis 1998[25].

En matière de droit et d'obligations des Etats, l'OMC permet, pour des raisons de santé, de restreindre unilatéralement les échanges et d'outrepasser les recommandations et normes internationales, contrairement à l'OMS qui se limite strictement aux dispositions approuvées par le RSI et en fin de compte par l'assemblée mondiale. Cette différence est apparemment une des rares divergences entre les logiques des deux organisations.

Si l'on continue notre raisonnement, ce hiatus va se réduire lors d'interactions obligatoires avec d'autres organisations ou organismes internationaux, de type militaire ou sécuritaire.

[24] Organisation Mondiale de l'Alimentation

[25] OMS. Santé publique et commerce. Comparaison des rôles de 3 organisations internationales. Relevé Epidémiologique Hebdomadaire. 1999, 74, 193-208.

Globalement, nous notons les nouveautés suivantes :

1. La notification des urgences sanitaires, de portée internationale, est justifiée par quatre critères applicables pour la notification :

a. Gravité des répercussions de l'événement sur la santé publique, en termes de cas, décès, de besoin d'aide extérieure pour la maîtrise du phénomène,

b. Evénement inhabituel ou inattendu,

c. Importance du risque de propagation internationale,

d. Importance du risque de restrictions aux voyages ou aux échanges internationaux.

Organisés dans un algorithme, ces critères vont aider à déterminer si un événement constitue une situation d'urgence pour la santé publique et s'il est de portée internationale[26].

Globalement, si deux des quatre critères sont remplis, l'Etat est dans l'obligation de notifier les cas à l'OMS conformément aux dispositions du RSI.

2. La désignation du centre national (point focal national) chargé du RSI dans chaque pays[27].

3. La capacité nationale d'analyse rapide de l'évènement pour savoir s'il reste confiné au pays ou si le risque peut se propager à d'autres pays. De son coté l'OMS juge de l'opportunité d'en référer ou pas à d'autres organisations internationales, comme par exemple l'AIEA[28] (article 6, alinéa 2 du RSI).

4. Le RSI permet l'utilisation d'autres canaux de remontée de l'information, autre que la notification officielle. Pour cela, des réseaux basés sur l'information informelle sont mis en place, tel que le GOARN[29], le GPHIN…. Habituellement l'OMS consulte

[26] Annexe 2 de la résolution WHA58.3 de 2003.
[27] OMS. Guide des points focaux nationaux RSI. Visité le 06/04/2007 URL : www.who.int/entity/csr/ihr/ihrnfpfrench.pdf
[28] Agence internationale de l'énergie atomique
[29] Global outbreak alert and response network

l'Etat Partie avant de rendre publique ce type d'informations, tout en pouvant garder confidentielle la source émettrice.

5. Le bureau OMS de Lyon assure un appui technique en matière d'« Alerte et action en cas d'épidémie et de pandémie » et contribue au renforcement des capacités des pays à l'implémentation du RSI. Cette structure de l'OMS a été renforcée par le SHOC (Strategic Health Operation Centre) en 2003, centre d'appui pour les opérations sur le terrain.

6. Un processus d'évaluation permanent est mis en place dès l'entrée en vigueur du présent règlement, ce qui a constitué la principale défaillance de la précédente version.

Même si le RSI n'est pas encore rentré en vigueur, les dispositifs sont déjà en place, notamment en matière de remontée d'information informelle. Ainsi, en 2005[30] sur les 310 évènements qui ont été répertoriés 73% (225) ont été vérifiés, 14% (45) ont été écartés et 13% (40) n'ont pas été vérifiés.

Les médias ont constitué la source la plus importante avec 43% des signalements dont 61% ont été reconnus fiables. Les sources officielles étaient moins fréquentes (40%) mais plus fiables (91%).

La même tendance a été observée en 2006[31], avec 279 événements dont 71% ont été vérifiés. Les médias sont restés la principale source d'information avec 53%, contre 33% pour les sources officielles.

Quelles incertitudes produit-elle cette nouvelle révision ?

La démarche de surveillance est inspirée par le modèle des CDC, l'Epidemic Intelligence Service, qui a été mis en place, suite aux recommandations de l'Institute of Medicine[32]. Celui-ci attirait

[30] OMS. Alerte et vérification en cas d'épidémie : rapport récapitulatif 2005. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2006, 81: 357-62

[31] Anonyme. Navy labs play public health role. Bulletin of the World Health Organization. March 2007, 85 (3).

[32] Lederberg J, Shope RE, Oaks SC.(eds). Committee on Emerging Microbial

l'attention des autorités sur les menaces véhiculées par les maladies émergentes et ré-émergentes. La surveillance est conçue, réfléchie et organisée selon des principes et une philosophie nord-américaine pure et dure.

L'agenda de la surveillance mondiale a été soutenu par de nombreux acteurs, autres que l'OMS, représentant principalement les intérêts sécuritaire et économique.

Cet agenda n'a pas tenu compte du niveau de performance des systèmes de santé des pays pauvres caractérisés par une gouvernance faible, des services de santé rendus médiocres et une capacité réduite de leurs ressources humaines notamment en matière de collecte d'information et de riposte rapide[33].

Certains auteurs, dont Calain P, citent un nombre de questions à prendre en compte avec l'application de cette nouvelle révision et la conception qui la supporte[34], principalement la souveraineté des pays et les standards éthiques.

La souveraineté a constitué la principale question lors des consultations sur le nouveau RSI à l'OMS. Avec l'adoption du RSI, les pays auront à chercher un difficile équilibre entre la perception des menaces sanitaires et leurs conséquences politique et économique.

Malgré son aspect non contraignant et non sanctionnant, le RSI influencera fortement les relations internationales, en partie à cause de la portée et de la flexibilité des mécanismes de signalement à partir de sources diverses, notamment informelles. Ces dernières peuvent être soumises à des censures pour des raisons de souveraineté et de protectionnisme, comme cela a été le cas pour les premiers cas de SRAS, identifiés dès novembre

Threats to Health, Institute of Medicine Emerging Infections: Microbial Threats to Health in the United States (Free Executive Summary) Visité le 10/03/2007. En ligne : http://www.nap.edu/catalog/2008.html

[33] Calain, P., From the field side of the binoculars: a different view on global public health surveillance. Health Policy and Planning 2007 22(1):13-20

[34] Calain, P., Exploring the international arena of global public health surveillance. Health Policy and Planning 2007 22(1):2-12

2002 mais qui n'ont été notifiés qu'en février 2003. On peut aussi observer que des pays, comme le Canada, remettent en question et protestent après que des conseils de restriction des voyages non essentiels, vers la Chine et Toronto au Canada, aient été émis par l'OMS. Ces deux exemples montrent bien les difficultés qui attendent l'OMS. Afin d'éviter ce genre de difficultés, les articles 47-49 du RSI[35] prévoient de mettre en place un comité d'urgence, instauré auprès du DG de l'OMS, pour déterminer si des situations sont de portée internationale, de décider de leur fin et d'émettre des recommandations temporaires à mettre en œuvre.

Les questions d'éthique constituent une autre préoccupation. Les enquêteurs sont parfois confrontés à la confidentialité et à la nature stratégique des données, notamment dans des zones où des conflits territoriaux ont une forte composante démographique. Des conflits d'intérêt peuvent surgir entre les investigateurs et les objectifs de l'étude. D'autres manquements peuvent être observés, tels que l'obligation de rendre compte à la communauté, objet de l'étude, des résultats, ou encore l'obtention du consentement éclairé avant d'entamer le travail[36] [37].

Face à ces préoccupations d'éthique, chacun de son côté a essayé d'y répondre. L'OMS a édicté des guides de bonne conduite, lors des missions d'alerte et de réponse rapide sur le terrain[38]… Les ONG humanitaires ont privilégié les aspects humanitaires en adoptant en 1997 le projet SPHERE[39]. Le RSI, de son côté, n'a prévu que la question de la confidentialité des

[35] OMS. Résolution WHA48.7

[36] Coughlin, S. S., "Ethical issues in epidemiologic research and public health practice"e. Emerging Themes in *Epidemiology* 2006, 3:16. Visité le 13/04/07. En ligne http://www.ete-online.com/content/3/1/16

[37] CDC. HIPAA Privacy Rule and Public Health Guidance from CDC and the U.S. Department of Health and Human Services. MMWR ; 2003 : 52(S-1);1-12

[38] WHO. Guiding Principles for International Outbreak Alert and Response. Visité le 13/06/07.
En ligne http://www.who.int/csr/outbreaknetwork/guidingprinciples/en/print.html

[39] SPHERE. Charte humanitaire. Visité le 13/04/07.
En ligne http://www.sphereproject.org/french/handbook/index.htm

données personnelles dans son article 45[40]. Peut être qu'une référence appuyée à cette problématique, y compris à ses propres lignes directrices (guidelines), aurait montré l'attachement de l'OMS à ces principes fondamentaux revendiqués par beaucoup de pays.

L'impartialité des équipes d'intervention est également parmi les questions récurrentes, compte tenu de la faible indépendance de l'OMS vis-à-vis des grandes puissances contributrices financièrement. Il est évident que l'OMS s'appuie techniquement et scientifiquement en grande partie sur les CDC. Cette aide est encouragée par le Senat US à travers le Global Pathogen Surveillance Act (GPSA) où il est clairement explicité que les experts épidémiologistes américains sont parmi les meilleurs au Monde. Leurs interventions directes dans les pays étrangers constituent une manière de parer aux menaces qui sont dirigées contre les USA y compris en termes de lutte contre le bioterrorisme[41]. L'USAID[42], en tant qu'agence de financement, complète ce dispositif. D'autres organisations peuvent compléter le financement pour des axes comme les menaces intentionnelles biologiques, comme le Nuclear Threats Initiative qui dispose d'un Fonds d'intervention rapide[43].

Où sommes-nous en Algérie en matière de préparation de l'entrée en vigueur du RSI ?

A l'évidence et au vu de la préparation des autorités de la santé à appliquer le RSI, en termes de formation et de renforcement des ressources, on s'oriente vers une application différée. Aucune des structures sanitaires à l'échelle d'une grande ville comme

[40] OMS. Résolution WHA48.7

[41] US Senate. 2005, Global Pathogen Surveillance Act. Pages S14399-S14402. Visité le 15/04/07. En ligne : URL : http://thomas.loc.gov/cgi-bin/query/D?r109:2:./temp/~r109HPVA1u

[42] Agence US pour l'aide internationale au développement

[43] En ligne. Visité le 15/04/07. URL : http://www.who.int/mediacentre/news/releases/pr92/fr/

Oran par exemple, qui dispose de plateformes portuaire et aéroportuaire, n'était prête pour l'échéance du 15 juin 2007. A un niveau central, le point focal, devant coordonner les actions intersectorielles, n'est pas encore connu des opérateurs périphériques. Enfin, les correspondants locaux n'étaient ni formés ni désignés à deux mois de la date d'entrée en vigueur du nouveau règlement sanitaire.

Il est vrai que les évènements surveillés, ayant un fort potentiel de menaces sanitaires, restent surtout les catastrophes naturelles ou accidentelles. Les évènements épidémiques émergents, comme la peste en 2003, sont restés gérés de manière per-évènementielle, comme pour toute menace sanitaire, c'est-à-dire sans anticipation, ni méditation.

Les évènements naturels, comme le séisme de Zemmouri et les inondations de Bab el Oued ou accidentels, à l'instar des incidents répétés aux complexes des hydrocarbures de Skikda et d'Arzew, ont été des révélateurs du concept de sécurité sanitaire et de gestion des risques.

Nous restons optimistes en pensant que ces expériences malheureuses ont poussé les responsables à relire différemment les notions de risque sanitaire et de vulnérabilité, tant sur le plan humain que matériel[44]. Gérer ces questions aujourd'hui, sans une volonté forte de collaboration et de coopération sans limite entre les différents partenaires, est inconcevable et impensable. Il ne suffit plus d'être réactif vis-à-vis des risques, il s'agit d'être proactif et d'aller à la rencontre des évènements de rupture, précurseurs de l'alerte et déclencheur de la riposte. C'est ce genre d'attitude qui doit être cultivée intensivement[45]. C'est sur ces aspects que beaucoup d'efforts devront être consentis.

[44] CNES Rapport sur l'état de l'Environnement en Algérie. Alger, 2003. Visité le 04/04/2007 ; En ligne URL http://www.cnes.dz

[45] James Grant. Leading with Safety: Shaping Culture and Behaviors. Biosafety and Biorisks Conference, 2005. Visité le 15/03/2007. En ligne URL : http://www.upmc-biosecurity.org/website/events/2005_biosafety/speakers/grant/grant_thumb.html

Conclusion

Il est vrai qu'aucune frontière ne résiste à la propagation de nombreuses maladies à potentiel épidémique. La notion de sécurité sanitaire dépasse les capacités d'un seul pays et c'est pourquoi il est indispensable de mutualiser les capacités de lutte et de réponse rapide face à ces fléaux. Les pays du Sud sont confrontés à des situations inconciliables, au sein des organisations internationales, lorsqu'ils ont à débattre de résolutions abordant ces questions, les intérêts ne convergent pas. D'un côté, la charge de morbidité et de mortalité est quasiment imputable aux maladies infectieuses, connues, émergentes ou ré-émergentes. La menace est essentiellement interne. De l'autre côté, les menaces auxquelles sont exposées les pays riches proviennent pour l'essentiel de l'extérieur et peuvent être, en partie, de nature intentionnelle.

De plus, les pays riches ayant accédé à l'OMC, depuis fort longtemps, cherchent à faire admettre les règles de cette organisation en matière de liberté des échanges des biens et des personnes, mais toujours en faisant pencher la balance de leur côté.

Devant ces considérations multiples, l'organisation chargée de la santé mondiale se retrouve quelque peu dépassée et en position de vulnérabilité. D'une part son statut technique la différencie des Fonds, ce qui l'oblige le plus souvent à rechercher des financements pour ses actions mondiales comme la lutte contre les malnutritions énergétiques et en micronutriments (GAIN[46]) ou le programme élargi de vaccination (GAVI[47]) qui sont gérées selon le modèle de partenariat public-privé, où collaborent des fondations, des ONG, des organisations de l'ONU, des multinationales… De plus, l'OMS dépend des cotisations des pays membres. Rappelons nous la période où certains pays riches,

[46] Global Alliance for Improved Nutrition
[47] Global Alliance for Vaccines and Immunisation

et par conséquent les plus contributeurs, ont gelé le paiement de leurs annuités.

C'est pour cela que pour plus d'efficacité, il devient impératif de dépasser les conflits d'intérêt, générés par la prédominance de la relation marchande dans les rapports inter-Etats, et d'aller vers des actions cohérentes en matière de santé publique mondiale[48] et de consolider les faibles et rares acquis où il y a eu un consensus mondial. Rassembler toutes les préoccupations autour d'une convention ou d'un traité international est aujourd'hui presque illusoire[49]. L'exemple des désaccords entre firmes pharmaceutiques et pays émergents producteurs de médicaments génériques anti-rétroviraux, concernant les licences obligatoires, illustrent bien le fossé qui existe entre les volontés des pays à réduire la charge de morbidité du SIDA et la défense des privilèges des royalties générées par les brevets.

Enfin, il est important, comme le prévoit l'article 44 du RSI, de mettre l'accent sur la capacité des personnels à détecter, à évaluer les situations et à mettre en œuvre des ripostes adaptées. L'OMS avait déjà constaté le déficit en compétences en matière de RSI. Elle recommande de former les staffs impliqués dans la mise en œuvre ainsi que les preneurs de décision concernés par le dossier. En outre, elle suggère d'inscrire le RSI dans les programmes de formation en épidémiologie de terrain et dans les cursus de graduation. Le rapport mondial de la santé de 2006[50] annonçait qu'il y avait une crise des ressources humaines essentiellement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Dans beaucoup de pays les programmes de santé publique sont menés par des cliniciens sans background en santé publique, alors que des besoins se font sentir en termes de nouveaux défis et

[48] Blouin C. Bulletin of the World Health Organization 2007;85:169-173.
[49] Dragera N, Fidler DP. Foreign policy, trade and health: at the cutting edge of global health diplomacy. Bulletin of the World Health Organization. March 2007, 85 (3).
[50] OMS. Rapport mondiale de la santé. Genève, 2006.

menaces sanitaires mondiales[51]. Cet autre défi est également important à relever.

Note

Le point focal Algérie a été créé par arrêté ministériel (ministère chargé de la santé) du 6 Aout 2007 portant création, organisation et fonctionnement du point focal national relatif au règlement sanitaire international chargé des urgences de santé publique de portée internationale. Journal Officiel de la RADP n°63 du 07/10/2007.

[51] Sadana, R, Mushtaque, A, Chowdhury, R, Petrakoa, A. Strengthening public health education and training to improve global health. Bull. *WHO*. 2007, 85(3):163