



Préparation et riposte aux situations d'urgence sanitaire de portée internationale : un besoin de réformes en profondeur

Patrick Zylberman
Professeur émérite
d'histoire de la santé,
École des hautes
études en santé
publique (Sorbonne
Paris Cité), membre
du HCSP

Depuis Ebola – et même depuis la campagne de vaccination contre la grippe pandémique en 2009 – la mise en accusation de l'OMS est devenue une espèce de *cottage industry*. Chacun y va de son mot ; c'est comme un jeu de société. Les réseaux sociaux s'en mêlent également, et c'est beaucoup moins drôle. Il est temps de passer à une analyse un peu plus constructive.

Semblable analyse ne saurait toutefois faire l'économie du diagnostic. Surveillance insuffisante, alertes trop tardives, systèmes de soins balayés par une morbidité et une mortalité effrayantes, perte de confiance des populations dans les autorités, absence de plans de riposte, institutions internationales trop lentes, trop bureaucratiques et trop incoordonnées : Ebola 2013-2015 a mis au jour de graves faiblesses à tous les niveaux de la santé publique nationale et internationale. On nous pardonnera donc de revenir un instant sur les critiques émises par le Groupe d'experts intérimaire (2015)¹, dans un rapport au ton iconoclaste, hélas fort peu connu en France², ainsi que sur celles de l'Académie de médecine des États-Unis (2016)³, les unes et les autres jetant les bases d'une réforme en profondeur de la gouvernance internationale des crises sanitaires en analysant de plus près les ratés de la riposte à la crise.

1. « Rapport du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola », remis à Margaret Chan, directrice générale de l'OMS, le 7 juillet 2015 (ci-après : Rapport intérimaire). Créé par le Conseil exécutif extraordinaire de janvier 2015, le Groupe d'experts intérimaire était présidé par Barbara Stocking, ancienne directrice générale d'Oxfam Grande-Bretagne.

2. Voir toutefois : « Un rapport accable l'OMS pour sa gestion d'Ebola », Le Monde, 7 juillet 2015.

3. GHRF Commission (Commission on a Global Health Risk Framework for the Future). Neglected Dimensions of Global Security. A Framework to Counter Infectious Disease Crises. The National Academy of Medicine, 2016 (ci-après : GHRF Commission).

Sur le plan technique, les mesures à prendre et à appliquer sont connues (*voir l'encadré ci-dessous*). Au préalable, il incombe aux États concernés de reconstruire leurs systèmes de santé avec l'aide des institutions financières internationales (Banque mondiale) et l'assistance technique de l'OMS et, ce faisant, de restaurer la confiance de leurs populations.

Pour les mesures politiques, sur lesquelles insiste le Rapport intérimaire, elles relèvent de deux grands chapitres : la mise en œuvre d'un authentique *leadership* de l'OMS, et c'est l'affaire de la direction générale ; l'application intégrale du Règlement sanitaire international (RSI), un traité ayant force contraignante adopté en 2005, et c'est l'affaire des États membres de l'OMS. Ces questions sont à la base d'une meilleure organisation de la riposte.

Le Rapport intérimaire va bien au-delà de ce que Margaret Chan proposait devant la 68^e Assemblée mondiale en mai 2015⁴. D'abord, il ne craint pas d'égratigner les États membres. Il faut dire qu'à la date du 1^{er} novembre 2014, 67 % d'entre eux ne satisfaisaient pas aux normes établies par le RSI ; 81 sur 193 avaient demandé un délai afin de se mettre en conformité ; 48 n'avaient pas même répondu à l'injonction du traité⁵. Tout logiquement, le Rapport intérimaire veut que Genève dispose d'un réel pouvoir de contrainte.

Mais l'OMS elle-même n'est pas épargnée. « L'OMS ne possède à ce jour ni les capacités ni la culture organisationnelle » qui lui permettraient de « rétablir sa prééminence ». Cramponnée à une approche réactive, Genève est incapable d'une décision rapide. Elle est en outre fermée à tout dialogue critique entre ses personnels

4. P. Benkimoun, « Une réforme de l'OMS pour tirer les leçons d'Ebola », Le Monde, 20 mai 2015.

5. Rapport intérimaire (2015), p. 11.

Mesures à prendre en cas de nouvelle épidémie Ebola

1. Isoler les patients dans des centres de prise en charge, avec soins de soutien et soutien psychosocial.
2. Promouvoir des inhumations sécurisées.
3. Sensibiliser les populations à la nature de la maladie, aux mesures de protection et à la lutte contre la transmission.
4. Promouvoir une surveillance active de l'incidence.
5. Organiser le traçage des contacts.
6. Garantir l'accessibilité des soins aux malades non liés à Ebola.

Source : Médecins sans frontières. *Poussés au-delà de nos limites*, rapport de mars 2015 disponible sur le site de MSF.

et sa direction générale, barrant ainsi la route à la prise de risque dans les décisions. Du reste, plutôt qu'à l'urgence, elle préfère le train-train diplomatique⁶. Surtout ne pas fâcher les gouvernements de la région qui, fin juin 2014 encore, minimisaient l'ampleur de l'épidémie⁷. Les gouvernements locaux, tous coupables ? Soulignons tout de même (ce que l'on manque presque toujours de faire) que l'urgence mondiale a été déclarée le 8 août, soit deux jours après le cri d'alarme lancé par Ellen Johnson Sirleaf. Sa police et son armée touchées par le virus, son système de santé en ruine, la présidente du Libéria voyait l'État lui-même menacé dans son existence⁸. L'avertissement lancé par Al Gore lors d'une réunion du Conseil de sécurité en janvier 2000 (« Le VIH/sida, menace contre la sécurité globale et la viabilité des États africains »⁹) était sur le point de se concrétiser. Venant s'ajouter à la menace planant sur la sécurité internationale apparue fin juillet avec la traversée du virus de l'autre côté de l'océan vers l'Amérique (l'humanitaire de Samaritan's Purse et l'homme infecté à Dallas en provenance de Monrovia) puis vers l'Europe (en Espagne), une menace contre la sécurité nationale (du Libéria) est ainsi partiellement à l'origine de la décision de l'OMS de déclarer l'urgence mondiale. Comme le notera Médecins sans frontières, dans le courant du mois d'août « l'agitation sociale et la peur que ces États (ne) s'effondrent se faisaient de plus en plus sentir¹⁰ ». Quoi d'étonnant si le Rapport intérimaire demande qu'une plus grande attention soit accordée au secteur de la sécurité nationale et internationale¹¹ ?

Afin de pallier ces faiblesses, le Rapport intérimaire, que l'Académie de médecine des États-Unis s'attache à suivre pas à pas, propose la création d'un « Centre OMS pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence », centre piloté par un comité indépendant rapportant au Conseil exécutif, à l'Assemblée mondiale de la santé ainsi qu'au Comité permanent inter-organisations des Nations unies. Son président-directeur général devra être « un dirigeant solide et un penseur stratégique¹² », à même de favoriser entre autres la mobilisation des populations (quartiers, villages), « fonction-clé de la gestion des urgences sanitaires¹³ ». Car l'échec de l'OMS dans la gestion d'Ebola tient aussi à l'absence de toute « analyse sociale et politique », en sus des évaluations épidémiologiques, absence qui explique les maladroites et les difficultés de l'Organisation dans

ses rapports avec les populations et les médias. Or ne faut-il pas, si l'on veut restaurer la confiance des populations, « avoir en tête la coexistence (dans ces populations) de modèles explicatifs contradictoires de la diffusion de la maladie, et adapter ses comportements en fonction des spécificités locales, en privilégiant les approches compréhensives et participatives¹⁴ » ? L'OMS s'attachera donc anthropologues et autres spécialistes en sciences sociales, indispensables collaborateurs, y compris pour les travailleurs sur le terrain¹⁵. Voilà qui va tout de même demander un gros effort quand on sait que les économistes représentent 0,1 %, les juristes 1,4 % et les spécialistes de sciences sociales dans leur ensemble 1,6 % des personnels de l'OMS¹⁶.

Autre point de contention entre Genève et les États membres : la gestion des alertes. Tant le Rapport intermédiaire que la Commission de l'Académie de médecine des États-Unis proposent d'en normaliser les procédures. Il importe d'abord que l'OMS soit en mesure d'identifier des risques et de déclarer des alertes de manière indépendante. Une gouvernance efficace est à ce prix. L'alerte du 11 juin 2009 avait fait l'objet de pressions et de tractations étrangères à la santé publique¹⁷. Pour amortir d'éventuels conflits, il serait peut-être expédient de créer des alertes de niveau intermédiaire, le Comité d'urgence étant convoqué plus tôt en cas de crise¹⁸. Le Centre OMS pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence pourrait créer une liste d'événements épidémiques de basse intensité, ne constituant pas une alerte mondiale en eux-mêmes mais pouvant y conduire, ce qui permettrait de normaliser la déclaration des alertes sanitaires mondiales¹⁹.

Nombreux sont les auteurs demandant que le Centre OMS pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence ait aussi pour tâche de coordonner la recherche-développement, une autre des missions cardinales de Genève, pendant la crise et entre les crises. Dans le droit fil de ce qui vient d'être dit, des voix s'élèvent pour que les programmes de recherche soient rédigés de manière plus intégrative, tenant compte notamment des sciences de l'ingénieur et des sciences sociales, sans oublier l'éthique²⁰. La recherche-développement est peut-être le secteur où l'OMS a le moins fait. En août-septembre 2014, avec la déclaration de l'urgence mondiale, puis celle du Conseil de sécurité déclarant Ebola menace contre la paix et la sécurité internationale

6. Rapport intérimaire (2015), p. 6 et 13.

7. *Poussés au-delà de nos limites, rapport de mars 2015*, MSF, p. 11 et 13.

8. Le 9 septembre, le ministre de la Défense libérien réitère ce cri d'alarme (AFP, Ebola) : « L'existence du Libéria est gravement menacée », Libération, 9 septembre 2014.

9. Références in P. Zylberman. *Tempêtes microbiennes. Essai sur la politique de sécurité sanitaire dans le monde transatlantique*. Paris : Gallimard, 2013 : p. 72.

10. MSF (2015), p. 23.

11. Rapport intérimaire (2015), p. 20.

12. Rapport intérimaire (2015), p. 16. GHRF Commission (2016), p. 5.

13. Rapport intérimaire (2015), p. 7.

14. A. Epelboin, « Le regard de l'anthropologue sur l'épidémie d'Ebola. Adapter les protocoles aux réalités locales », propos recueillis par C. Garré, *Le Quotidien du médecin*, n° 9358, 20 octobre 2014.

15. Rapport intérimaire (2015), p. 21.

16. « Too big to ail », *The Economist*, 13 décembre 2014.

17. P. Zylberman, « Les 90 premiers jours d'une pandémie », *Pour la science*, n° 383 (septembre 2009) : p. 84-87.

18. Rapport intérimaire (2015), p. 14.

19. GHRF Commission (2016), p. 6.

20. J. Currie, B. Grenfell, J. Farrar, « Beyond Ebola. The Ebola epidemic provides lessons for how to respond to futur epidemics », *Science* n° 351 (2016) : p. 815-816. Rapport intérimaire (2015), p. 23. GHRF Commission (2016), p. 7.



(18 septembre), la mobilisation des chercheurs s'est accélérée; l'OMS donne alors son accord pour l'utilisation de produits contre Ebola non encore essayés sur l'homme²¹. Une réforme de l'OMS sur ce point suppose néanmoins un effort financier portant sur tous les secteurs de la nouvelle stratégie, effort estimé par l'Académie de médecine des États-Unis à 4,5 milliards de dollars. Quand on sait que les contributions statutaires des États n'ont pas bougé depuis 1990; que le budget 2014-2015 de l'OMS était inférieur à celui de l'année précédente (4 milliards de dollars contre 5); que celui des CDC (l'agence fédérale étasunienne de santé publique) se hausse, lui, à 7 milliards de dollars par an... on a le droit d'être perplexe²².

Resteraient à considérer les retouches à apporter à la réponse clinique et logistique, ainsi qu'à la communication publique. La place nous manque pour ce

21. MSF (2015), p. 28.

22. « Too big to ail », The Economist, 13 décembre 2014.

faire. Tout le monde souhaite ardemment que l'OMS recouvre sa prééminence, qu'elle redevienne le leader de la santé mondiale qu'elle n'aurait jamais dû cesser d'être. En matière de recherche et développement, elle doit jouer « un rôle fédérateur²³ ». Comme le dira le directeur général de MSF, « il incombe à l'OMS, non à MSF, de combattre Ebola²⁴ ». Et si d'aventure l'OMS n'était pas à la hauteur de la tâche, alors que l'on crée une structure technique en urgence, « débarrassée des contraintes et des considérations politiques²⁵ », comme, vingt ans plus tôt, l'ONU avait créé UNUSida pour pallier les carences idéologiques de Genève²⁶.

23. Rapport intérimaire (2015), p. 5, 7. GHRF Commission (2016), p. 4.

24. Christopher Stokes, MSF (2015), p. 13.

25. F. F. Mbow, O. G. Yabi, « Face à Ebola, l'impératif de la cohérence et de la justesse technique de la réponse sur le terrain » FBlog, 22 octobre 2014.

26. Apparemment, la Mission des Nations unies pour l'action d'urgence contre Ebola (MINUAUCE), créée le 19 septembre 2014 mais dont la mise en place a demandé deux mois au plus fort de l'épidémie, ne répond nullement à cette suggestion : Rapport intérimaire (2015), p. 25.

Évaluation de l'état de préparation des établissements de santé de référence habilités

Au cours de l'épidémie de maladie à virus Ebola (MVE) qui a frappé l'Afrique de l'Ouest en 2014 et 2015, la France a été amenée à prendre en charge sur le territoire deux cas confirmés de MVE¹. Ces malades ont été diagnostiqués respectivement en Guinée et en Sierra Leone et rapatriés en toute connaissance de cause à l'Hôpital d'instruction des armées (HIA) Bégin (Saint-Mandé, Val-de-Marne). Ils en sont tous deux sortis guéris, sans avoir généré de cas secondaires. Par ailleurs, trente-trois cas possibles² ont été pris en charge dans les établissements de santé de référence habilités (ESRH) du territoire métropolitain et de l'île de La Réunion. Ces prises en charge devaient être réalisées dans des structures

spécifiques, auxquelles l'accès se faisait par des circuits spécifiques, et en mobilisant des personnels équipés et formés à l'usage de mesure de protection « d'un nouveau genre », tant pour le transport, la prise en charge clinique (équipements de protection individuelles), que pour la réalisation d'analyses biologiques variées en laboratoire de sécurité biologique de niveau 3 (LSB3) avec équipements de protection individuelle et recours aux postes de sécurité microbiologique de type III (PSMIII).

Dans les faits, les mesures déployées pour assurer la protection des personnels ont été développées, puis ajustées, en même temps que l'épidémie progressait. Initialement, aucun établissement n'était totalement prêt à une telle prise en charge. Il a alors été décidé de s'appuyer sur les établissements de santé de référence (ESR) qui avaient été désignés en 2005 pour la préparation à la prise en charge de victimes d'actes de bioterrorisme, après avoir vérifié en lien avec l'agence régionale de santé (ARS) qu'ils disposaient de moyens et d'un niveau de préparation suffisant – permettant alors de les qualifier d'établissements de santé de référence habilités (ESRH) dont l'habilitation était donnée par le ministère de la Santé pour prendre en charge des « cas possibles » ou « confirmés » de maladie à virus Ebola.

1. Selon la définition de l'InVs en date du 20 octobre 2014, un patient confirmé est défini comme toute personne pour laquelle on dispose d'une confirmation biologique d'infection par le virus Ebola réalisée par le Centre national de référence des fièvres hémorragiques virales (CNR FHV).

2. Un patient possible est défini comme toute personne présentant, dans un délai de 21 jours après son retour de la zone à risque, une fièvre supérieure ou égale à 38 °C et 1) pour laquelle une exposition à risque a pu être établie dans un délai de 21 jours avant le début des symptômes ou 2) pour laquelle il est impossible d'évaluer l'existence d'expositions à risque (patient non interrogeable quelle qu'en soit la raison, ou opposant aux questions par exemple).

Christian Rabaud
Infectiologue, service de maladies infectieuses et tropicales, CHU de Nancy, membre du HCSP

Audrey Merens
Microbiologiste, chef du service de biologie médicale de l'Hôpital d'instruction des armées Bégin, Saint-Mandé

Hervé Blanchard
Médecin hygiéniste, directeur adjoint du Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de l'inter-région Nord

Anne-Claire Amprou
Inspectrice des affaires sociales, membre de la Task Force interministérielle Ebola 2014-2015, directrice générale adjointe de la santé depuis le 1^{er} janvier 2016