

L'accord sur la pandémie de l'OMS : Un guide

Par David Bell et Thi Thuy Van Dinh

22 mars 2024, Gouvernement, Société, Lecture de 30 minutes

<https://brownstone.org/articles/the-who-pandemic-agreement-a-guide/>

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et ses 194 États membres sont engagés depuis plus de deux ans dans l'élaboration de deux "instruments" ou accords visant à changer radicalement la manière dont les pandémies et autres urgences sanitaires sont gérées.

L'un, constitué de projets d'amendements aux Règlements sanitaires internationaux (RSI) existants, cherche à transformer les recommandations actuelles du RSI, qui ne sont pas contraignantes, en exigences ou recommandations contraignantes, en demandant aux pays de "s'engager" à mettre en œuvre celles données par l'OMS lors des futures urgences sanitaires déclarées. Cela couvre toutes les "urgences de santé publique de portée internationale" (USPPI), avec une seule personne, le Directeur général de l'OMS (DG), déterminant ce qu'est une USPPI, où elle s'étend, et quand elle se termine. Il précise les vaccins obligatoires, les fermetures de frontières et autres directives comprises comme des confinements parmi les exigences que le DG peut imposer. Il est discuté plus en détail ailleurs et est encore en cours de négociation à Genève.

Un second document, précédemment connu sous le nom de (projet de) Traité sur la pandémie, puis Accord sur la pandémie, et plus récemment l'Accord sur la pandémie, cherche à spécifier la gouvernance, les chaînes d'approvisionnement et diverses autres interventions visant à prévenir, se préparer et répondre aux pandémies (prévention, préparation et réponse aux pandémies - PPR). Il est actuellement négocié par l'Organe de négociation intergouvernemental (INB).

Les deux textes seront soumis à un vote lors de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) de mai 2024 à Genève, en Suisse. Ces votes sont destinés, selon ceux qui promeuvent ces projets, à placer la gouvernance des futures urgences sanitaires multinationales (ou menaces de celles-ci) sous l'égide de l'OMS.

La dernière version de l'Accord sur la pandémie (désormais l' 'Accord') a été publiée le 7 mars 2024. Cependant, elle est encore négociée par divers comités composés de représentants des États membres et d'autres entités intéressées. Elle a subi de multiples itérations sur deux ans et cela se voit. Avec les propositions de réponse à la pandémie dans le RSI, l'Accord semble de plus en plus irréaliste, ou du moins

incertain de son objectif, reprenant des morceaux ici et là de manière peu convaincante que les amendements au RSI ne font pas, ou ne peuvent pas, inclure. Cependant, comme discuté ci-dessous, il est loin d'être sans importance.

Perspective historique

Ces initiatives visent à accroître la centralisation de la prise de décision au sein de l'OMS en tant qu'autorité "directrice et coordinatrice". Cette terminologie provient de la Constitution de l'OMS de 1946, élaborée après la Seconde Guerre mondiale alors que le monde faisait face aux conséquences du fascisme européen et aux approches similaires largement imposées par les régimes colonialistes. L'OMS devait soutenir les pays émergents, avec des populations en rapide expansion et peu de ressources, luttant contre de lourds fardeaux de maladies, et coordonner certains domaines du soutien international à la demande de ces pays souverains. L'accent de l'action était mis sur la coordination plutôt que sur la direction.

Dans les 80 années précédant l'existence de l'OMS, la santé publique internationale s'était développée dans un état d'esprit plus directif, avec une série de réunions de puissances coloniales et esclavagistes à partir de 1851 pour gérer les pandémies, aboutissant à l'inauguration de l'Office International d'Hygiène Publique à Paris en 1907, puis au Bureau de la Santé de la Société des Nations. Les puissances mondiales imposaient des diktats sanitaires à ceux moins puissants, dans d'autres parties du monde et de plus en plus à leur propre population à travers le mouvement eugéniste et des approches similaires. La santé publique dirigerait, pour le bien commun, comme un outil de ceux qui souhaitent diriger la vie des autres.

L'OMS, régie par l'AMS, devait être très différente. Les États nouvellement indépendants et leurs anciens colonisateurs étaient ostensiblement sur un pied d'égalité au sein de l'AMS (un pays – un vote), et le travail global de l'OMS devait être un exemple de la manière dont les droits de l'homme pourraient dominer le fonctionnement de la société. Le modèle pour la santé publique internationale, tel qu'exemplifié dans la Déclaration d'Alma-Ata en 1978, devait être horizontal plutôt que vertical, avec les communautés et les pays aux commandes.

Avec l'évolution de l'OMS au cours des dernières décennies d'un modèle de financement de base (les pays donnent de l'argent, l'OMS décide sous la direction de l'AMS comment le dépenser) à un modèle basé sur un financement spécifié (les bailleurs de fonds, publics et de plus en plus privés, instruisent l'OMS sur la manière de le dépenser), l'OMS a inévitablement changé pour devenir un partenariat

public-privé devant servir les intérêts des bailleurs de fonds plutôt que des populations.

Comme la majeure partie du financement provient de quelques pays possédant d'importantes bases industrielles pharmaceutiques, ou d'investisseurs privés et de sociétés de la même industrie, l'OMS a été contrainte de souligner l'utilisation de produits pharmaceutiques et de minimiser les preuves et les connaissances où ceux-ci entrent en conflit (si elle veut garder tout son personnel financé). Il est utile de voir l'Accord et les amendements au RSI dans ce contexte.

Pourquoi mai 2024 ?

L'OMS, en collaboration avec la Banque mondiale, le G20 et d'autres institutions, a souligné l'urgence de mettre en place les nouveaux instruments pandémiques rapidement, avant la « prochaine pandémie ». Cela se fonde sur l'affirmation que le monde n'était pas préparé pour le Covid-19 et que les dommages économiques et sanitaires auraient été de quelque manière évitables si nous avions eu ces accords en place.

Ils soulignent, contrairement aux preuves, que les origines du virus du Covid-19 (SARS-CoV-2) impliquent une manipulation en laboratoire, affirmant que les principales menaces auxquelles nous sommes confrontés sont naturelles et qu'elles augmentent de façon exponentielle, présentant une menace « existentielle » pour l'humanité. Les données sur lesquelles l'OMS, la Banque mondiale et le G20 fondent ces affirmations démontrent le contraire, avec des épidémies naturelles signalées en augmentation à mesure que les technologies de détection se sont développées, mais en réduction en termes de taux de mortalité et en nombre, au cours des 10 à 20 dernières années.

Un document cité par la Banque mondiale pour justifier l'urgence et cité comme suggérant une augmentation du risque de 3 fois dans la décennie à venir suggère en réalité qu'un événement similaire au Covid-19 se produirait environ tous les 129 ans, et une répétition de la grippe espagnole tous les 292 à 877 ans. De telles prédictions sont incapables de prendre en compte la nature rapidement changeante de la médecine et l'amélioration de l'assainissement et de la nutrition (la plupart des décès de la grippe espagnole n'auraient pas eu lieu si les antibiotiques modernes avaient été disponibles), et peuvent donc encore surestimer le risque. De même, la propre liste des maladies prioritaires de l'OMS pour de nouvelles épidémies n'inclut que deux maladies d'origine naturelle avérée qui ont plus de 1 000 décès historiques qui leur sont attribués. Il est bien démontré que le risque et le fardeau attendu des pandémies sont mal représentés par les principales agences internationales dans les discussions actuelles.

L'urgence pour mai 2024 est donc clairement insuffisamment soutenue, d'abord parce que ni l'OMS ni d'autres n'ont démontré comment les dommages accumulés à travers le Covid-19 seraient réduits grâce aux mesures proposées, et deuxièmement parce que le fardeau et le risque sont mal représentés. Dans ce contexte, l'état de l'Accord n'est clairement pas là où il devrait être en tant qu'accord international légalement contraignant à l'état de projet destiné à imposer des obligations financières et autres considérables aux États et aux populations.

Ceci est particulièrement problématique car les dépenses proposées ; le budget proposé est de plus de 31 milliards de dollars par an, avec plus de 10 milliards de dollars supplémentaires pour d'autres activités One Health. Une grande partie de cela devra être détournée de la lutte contre d'autres fardeaux de maladies qui imposent un fardeau bien plus grand. Ce compromis, essentiel à comprendre dans le développement des politiques de santé publique, n'a pas encore été clairement abordé par l'OMS.

Le DG de l'OMS a récemment déclaré que l'OMS ne souhaite pas le pouvoir d'imposer des mandats de vaccination ou des confinements à quiconque, et ne le souhaite pas. Cela pose la question de savoir pourquoi l'un des instruments pandémiques actuels de l'OMS est proposé, les deux en tant que documents juridiquement contraignants. Le RSI actuel (2005) établit déjà de telles approches en tant que recommandations que le DG peut faire, et il n'y a rien de non obligatoire que les pays ne peuvent pas faire maintenant sans pousser de nouveaux mécanismes de type traité par un vote à Genève.

Sur la base des affirmations du DG, elles sont essentiellement redondantes, et les nouvelles clauses non obligatoires qu'elles contiennent, telles qu'exposées ci-dessous, ne sont certainement pas urgentes. Les clauses qui sont obligatoires (les États membres « doivent ») doivent être considérées dans les contextes nationaux de prise de décision et apparaissent contrairement à l'intention déclarée de l'OMS.

Le bon sens suggérerait que l'Accord, et les amendements au RSI qui l'accompagnent, soient correctement réfléchis avant que les États membres s'engagent. L'OMS a déjà abandonné l'exigence légale d'un délai de révision de 4 mois pour les amendements au RSI (Article 55.2 RSI), qui sont également encore en négociation juste 2 mois avant la date limite de l'AMS. L'Accord devrait également avoir au moins une telle période pour que les États puissent correctement envisager s'ils sont d'accord – les traités prennent normalement de nombreuses années à développer et à négocier et aucun argument valable n'a été avancé quant à pourquoi ceux-ci devraient être différents.

La réponse au Covid-19 a entraîné un transfert de richesse sans précédent des personnes à faible revenu vers quelques très riches, complètement contraire à la manière dont l'OMS était censée affecter la société humaine. Une part considérable de ces profits pandémiques est allée aux sponsors actuels de l'OMS, et ces mêmes entités corporatives et investisseurs sont prêts à bénéficier davantage des nouveaux accords pandémiques. Tel qu'il est écrit, l'Accord sur la pandémie risque d'ancrer une telle centralisation et prise de profit, et les restrictions sans précédent sur les droits de l'homme et les libertés, en tant que norme de santé publique.

Poursuivre avec un accord manifestement défectueux simplement en raison d'une date limite précédemment fixée, lorsque aucun avantage clair pour la population n'est articulé et aucune véritable urgence démontrée, serait donc un grand pas en arrière dans la santé publique internationale. Les principes fondamentaux de proportionnalité, d'agentivité humaine et d'autonomisation communautaire, essentiels pour les résultats en matière de santé et de droits de l'homme, font défaut ou sont abordés de manière superficielle. L'OMS souhaite clairement augmenter son financement et montrer qu'elle « fait quelque chose », mais doit d'abord expliquer pourquoi les dispositions volontaires du RSI actuel sont insuffisantes. On espère qu'en passant en revue systématiquement certaines clauses clés de l'accord ici, il deviendra clair pourquoi une remise en question de l'approche globale est nécessaire. Le texte intégral se trouve ci-dessous.

Le commentaire ci-dessous se concentre sur les dispositions provisoires sélectionnées de la dernière version publiquement disponible de l'accord qui semblent être peu claires ou potentiellement problématiques. La majeure partie du texte restant est essentiellement superflue car elle réitère des intentions vagues que l'on retrouve dans d'autres documents ou activités que les pays entreprennent normalement dans le cadre de la gestion des services de santé, et qui n'ont pas leur place dans un accord international juridiquement contraignant et ciblé.

REVISED Draft of the negotiating text of the WHO Pandemic Agreement. 7th March, 2024

Préambule

Reconnaissant que l'Organisation mondiale de la santé... est l'autorité directrice et coordinatrice du travail sanitaire international.

Ceci est en contradiction avec une déclaration récente du DG de l'OMS selon laquelle l'OMS n'a aucun intérêt ni intention de diriger les réponses sanitaires des pays. Le

réitérer ici suggère que le DG ne représente pas la véritable position concernant l'Accord. « Autorité directrice » est cependant conforme aux amendements au RSI proposés (et à la Constitution de l'OMS), selon lesquels les pays « s'engageront » à l'avance à suivre les recommandations du DG (qui deviennent ainsi des instructions). Comme les amendements au RSI le précisent, cela est censé s'appliquer même à une menace perçue plutôt qu'à un dommage réel.

Rappelant la constitution de l'Organisation mondiale de la santé... le niveau de santé le plus élevé possible est l'un des droits fondamentaux de chaque être humain sans distinction de race, religion, croyance politique, condition économique ou sociale.

Cette déclaration rappelle les compréhensions fondamentales de la santé publique et est importante ici car elle soulève la question de savoir pourquoi l'OMS n'a pas fermement condamné les fermetures prolongées d'écoles, les fermetures de lieux de travail et autres politiques appauvrissantes pendant la réponse au Covid-19. En 2019, l'OMS a clairement indiqué que ces dangers devraient empêcher les actions que nous appelons maintenant « confinements » d'être imposées.

Préoccupé par les inégalités flagrantes aux niveaux national et international qui ont entravé l'accès opportun et équitable aux produits médicaux et autres liés à la pandémie de Covid-19, et les graves lacunes en matière de préparation aux pandémies.

En termes d'équité en santé (distincte de l'équité en matière de « vaccins »), l'inéquité dans la réponse au Covid-19 n'était pas de ne pas fournir un vaccin contre les anciennes variantes aux jeunes immunisés dans les pays à faible revenu qui étaient à bien plus grand risque de maladies endémiques, mais le préjudice disproportionné qui leur a été causé par des interventions non pharmaceutiques imposées uniformément qui ont réduit les revenus actuels et futurs et les soins de santé de base, comme cela a été noté par l'OMS dans les recommandations sur la grippe pandémique de 2019. L'échec du texte à reconnaître cela suggère que les leçons du Covid-19 n'ont pas informé cet accord de projet. L'OMS n'a pas encore démontré comment la « préparation » aux pandémies, dans les termes qu'ils utilisent ci-dessous, aurait réduit l'impact, étant donné qu'il existe une faible corrélation entre la rigueur ou la rapidité de la réponse et les résultats finaux.

Réitérant la nécessité de travailler vers... une approche équitable pour atténuer le risque que les pandémies exacerbent les inégalités existantes dans l'accès aux services de santé,

Comme ci-dessus – au cours du siècle dernier, le problème de l'iniquité a été le plus prononcé dans la réponse à la pandémie, plutôt que dans l'impact du virus lui-même (à l'exclusion de la variation physiologique du risque). La plupart des décès enregistrés lors de pandémies aiguës, depuis la grippe espagnole, ont eu lieu pendant le Covid-19, où le virus a principalement affecté les personnes âgées malades, mais la réponse a eu un impact important sur les adultes en âge de travailler et les enfants, et continuera d'avoir un effet en raison de l'augmentation de la pauvreté et de la dette ; de l'éducation réduite et des mariages d'enfants, pour les générations futures.

Cela a affecté de manière disproportionnée les personnes à faible revenu, et en particulier les femmes. Le manque de reconnaissance de cela dans ce document, bien qu'il soit reconnu par la Banque mondiale et les agences de l'ONU ailleurs, doit soulever de réelles questions sur le fait que cet Accord ait été bien réfléchi et que le processus de développement ait été suffisamment inclusif et objectif.

Chapitre I. Introduction

Article 1. Utilisation des termes

(i) « pathogène à potentiel pandémique » désigne tout pathogène qui a été identifié pour infecter un humain et qui est : nouveau (pas encore caractérisé) ou connu (y compris une variante d'un pathogène connu), potentiellement très transmissible et/ou très virulent avec le potentiel de causer une urgence de santé publique de portée internationale.

Cela offre une très large portée pour modifier les dispositions. Tout pathogène pouvant infecter les humains et potentiellement très transmissible ou virulent, bien que pas encore caractérisé, signifie pratiquement n'importe quel coronavirus, virus de la grippe, ou une myriade d'autres groupes de pathogènes relativement courants. Les amendements au RSI prévoient que le DG seul peut prendre cette décision, contre l'avis des autres, comme cela s'est produit avec la variole du singe en 2022.

(j) « personnes en situation de vulnérabilité » désigne les individus, groupes ou communautés ayant un risque accru disproportionné d'infection, de gravité, de maladie ou de mortalité.

C'est une bonne définition – dans le contexte du Covid-19, cela signifierait les personnes âgées malades, et donc pertinent pour cibler une réponse.

« Couverture sanitaire universelle » signifie que toutes les personnes ont accès à la gamme complète des services de santé de qualité dont elles ont besoin, quand et où elles en ont besoin, sans difficultés financières.

Bien que le concept général de CSU soit bon, il est temps d'adopter une définition sensée (plutôt que manifestement absurde). La société ne peut pas se permettre la gamme complète des interventions et remèdes possibles pour tous, et il y a clairement une échelle de coût par rapport au bénéfice qui en priorise certaines par rapport à d'autres. Des définitions sensées rendent l'action plus probable et l'inaction plus difficile à justifier. On pourrait argumenter que personne ne devrait avoir la gamme complète jusqu'à ce que tous aient de bons soins de base, mais clairement, la terre ne soutiendra pas « la gamme complète » pour 8 milliards de personnes.

Article 2. Objectif

Cet Accord concerne spécifiquement les pandémies (un terme mal défini mais essentiellement un pathogène qui se propage rapidement à travers les frontières nationales). En contraste, les amendements au RSI qui l'accompagnent ont une portée plus large – pour toute urgence de santé publique de portée internationale.

Article 3. Principes

2. le droit souverain des États d'adopter, de légiférer et de mettre en œuvre la législation

Les amendements au RSI exigent que les États s'engagent à suivre les instructions de l'OMS à l'avance, avant que de telles instructions et leur contexte soient connus. Ces deux documents doivent être compris, comme noté plus tard dans le projet d'Accord, comme complémentaires.

- l'équité comme objectif et résultat de la prévention, de la préparation et de la réponse aux pandémies, assurant l'absence de différences injustes, évitables ou remédiables entre les groupes de personnes

Cette définition de l'équité ici nécessite une clarification. Dans le contexte de la pandémie, l'OMS a mis l'accent sur l'équité en matière de vaccins pendant la réponse au Covid-19. L'élimination des différences impliquait un accès égal aux vaccins contre la Covid-19 dans les pays avec de grandes populations âgées, obèses et très vulnérables (comme les États-Unis ou l'Italie) et ceux avec des populations jeunes à risque minimal et ayant des priorités sanitaires bien plus pressantes (comme le Niger ou l'Ouganda).

Alternativement, mais tout aussi préjudiciable, un accès égal à différents groupes d'âge au sein d'un pays lorsque le rapport bénéfice-risque est clairement très différent. Cela favorise des résultats de santé pires en détournant les ressources de là où elles sont les plus utiles, car cela ignore l'hétérogénéité du risque. Encore une fois, une approche

adulte est requise dans les accords internationaux, plutôt que des phrases agréables à l'oreille, si elles doivent avoir un impact positif.

- ...un monde plus équitable et mieux préparé pour prévenir, répondre et se remettre des pandémies

Comme pour le point '3' ci-dessus, cela soulève un problème fondamental : et si l'équité en santé exigeait que certaines populations détournent les ressources vers la nutrition infantile et les maladies endémiques plutôt que vers la dernière pandémie, car celles-ci sont susceptibles de constituer un fardeau bien plus élevé pour de nombreuses populations jeunes mais à faible revenu ? Cela ne serait pas de l'équité selon la définition implicite ici, mais conduirait clairement à de meilleurs résultats de santé et plus équitables.

L'OMS doit décider si elle est axée sur l'action uniforme ou la minimisation de la mauvaise santé, car celles-ci sont clairement très différentes. Ce sont la différence entre l'équité en matière de produits de l'OMS, et la véritable équité en santé.

Chapitre II. Le monde ensemble de manière équitable : atteindre l'équité dans, pour et par la prévention, la préparation et la réponse aux pandémies

L'équité en santé devrait impliquer une chance raisonnablement égale de surmonter ou d'éviter la maladie évitable. La grande majorité des maladies et des décès sont dus à des maladies non transmissibles souvent liées au mode de vie, telles que l'obésité et le diabète de type 2, à la malnutrition infantile et aux maladies infectieuses endémiques telles que la tuberculose, le paludisme et le VIH/sida. Atteindre l'équité en santé signifierait principalement s'attaquer à ces problèmes.

Dans ce chapitre du projet d'Accord sur la pandémie, l'équité est utilisée pour impliquer un accès égal aux produits de santé spécifiques, en particulier les vaccins, pour les urgences sanitaires intermittentes, bien que celles-ci représentent une petite fraction du fardeau des autres maladies. Il s'agit spécifiquement de l'équité en matière de produits, et non d'égaliser le fardeau global de la santé, mais de permettre des réponses homogènes coordonnées centralement à des événements inhabituels.

Article 4. Prévention et surveillance des pandémies

2. Les Parties s'engagent à coopérer :

(b) en soutien des... initiatives visant à prévenir les pandémies, en particulier celles qui améliorent la surveillance, l'alerte précoce et l'évaluation des risques ; ...et à identifier les cadres et activités présentant un risque d'émergence et de réémergence de pathogènes à potentiel pandémique.

(c-h) [Paragraphe sur l'eau et l'assainissement, le contrôle des infections, le renforcement de la biosécurité, la surveillance et la prévention des maladies à transmission vectorielle, et la lutte contre la résistance aux antimicrobiens.]

L'intention est que l'Accord ait force de loi internationale. Par conséquent, les pays s'engagent à se soumettre au droit international concernant le respect des stipulations de l'accord.

Les dispositions de cet article long couvrent généralement des questions de santé que les pays tentent de toute façon de traiter. La différence sera que les pays seront évalués sur les progrès. L'évaluation peut être fine si elle est contextualisée, moins fine si elle consiste en des « experts » privilégiés de pays riches avec peu de connaissances ou de contexte locaux. Peut-être que la conformité est mieux laissée aux autorités nationales, qui sont plus en phase avec les besoins et les priorités locaux. La justification pour la bureaucratie internationale en construction pour soutenir cela, bien que divertissante pour les impliqués, est peu claire et détournera des ressources du travail de santé réel.

- La Conférence des Parties peut adopter, selon les besoins, des lignes directrices, des recommandations et des normes, y compris en relation avec les capacités de prévention des pandémies, pour soutenir la mise en œuvre de cet Article.

Ici et plus tard, la COP est invoquée comme un véhicule pour décider de ce qui sera réellement fait. Les règles sont expliquées plus loin (Articles 21-23). Bien que permettre plus de temps soit sensé, cela soulève la question de pourquoi il ne serait pas mieux d'attendre et de discuter de ce qui est nécessaire dans le processus actuel de l'INB, avant de s'engager dans un accord juridiquement contraignant. Cet article actuel ne dit rien qui n'est déjà couvert par le RSI2005 ou d'autres programmes en cours.

Article 5. Approche « Une seule santé » pour la prévention, la préparation et la réponse aux pandémies

Rien de spécifique ou de nouveau dans cet article. Il semble redondant (il plaide pour une approche holistique mentionnée ailleurs) et donc probablement juste pour intégrer le terme « Une seule santé » dans l'accord. (On pourrait demander, pourquoi s'embêter ?)

Certaines définitions dominantes de « Une seule santé » (par exemple, Lancet) considèrent que cela signifie que les espèces non humaines sont au même niveau que les humains en termes de droits et d'importance. Si cela est signifié ici, clairement la

plupart des États membres seraient en désaccord. Nous pouvons donc supposer que ce sont juste des mots pour rendre quelqu'un heureux (un peu puéril dans un document international, mais le terme « Une seule santé » est à la mode, comme « l'équité », comme si le concept d'approches holistiques pour la santé publique était nouveau).

Article 6. Préparation, résilience du système de santé et récupération

2. Chaque Partie s'engage... [à] :

(a) services de santé routiniers et essentiels pendant les pandémies avec un accent sur les soins de santé primaires, l'immunisation de routine et les soins de santé mentale, et avec une attention particulière aux personnes en situation de vulnérabilité

(b) développer, renforcer et maintenir l'infrastructure sanitaire

(c) développer des stratégies de récupération du système de santé post-pandémique

(d) développer, renforcer et maintenir : les systèmes d'information sanitaire

C'est positif, et (a) semble exiger l'évitement des confinements (qui entraînent inévitablement les préjudices énumérés). Malheureusement, d'autres documents de l'OMS amènent à supposer que ce n'est pas l'intention... Il semble donc que cela soit simplement une autre liste de mesures assez non spécifiques et agréables qui n'ont pas leur place dans un nouvel accord juridiquement contraignant, et que la plupart des pays entreprennent déjà.

(e) promouvoir l'utilisation des sciences sociales et comportementales, de la communication sur les risques et de l'engagement communautaire pour la prévention, la préparation et la réponse aux pandémies.

Cela nécessite une clarification, car l'utilisation de la science comportementale pendant la réponse au Covid-19 impliquait l'induction délibérée de la peur pour promouvoir des comportements que les gens ne suivraient pas autrement (par exemple, Spi-B). Il est essentiel ici que le document clarifie comment la science comportementale devrait être utilisée de manière éthique dans les soins de santé.

Autrement, cela reste également une disposition assez insignifiante.

Article 7. Santé et main-d'œuvre soignante

Cet article long discute de la main-d'œuvre de la santé, de la formation, de la rétention, de la non-discrimination, des stigmates, des préjugés, de la rémunération adéquate et d'autres dispositions standard pour les lieux de travail. Il n'est pas clair pourquoi il est inclus dans un accord légalement contraignant sur les pandémies, sauf pour :

- [Les Parties]... doivent investir dans l'établissement, le maintien, la coordination et la mobilisation d'une main-d'œuvre d'urgence en santé publique mondiale qualifiée et formée... Les Parties ayant établi des équipes de santé d'urgence devraient informer l'OMS de cela et faire de leur mieux pour répondre aux demandes de déploiement...

Les équipes de santé d'urgence établies (dans la mesure des capacités, etc.) – sont quelque chose que les pays font déjà, lorsqu'ils ont la capacité. Il n'y a aucune raison d'avoir cela comme un instrument juridiquement contraignant, et clairement aucune urgence à le faire.

Article 8. Surveillance de la préparation et examens fonctionnels

- Les Parties doivent, en s'appuyant sur des outils existants et pertinents, développer et mettre en œuvre un système de surveillance et d'évaluation de la prévention, de la préparation et de la réponse aux pandémies efficace, efficient, inclusif et transparent.
- Chaque Partie doit évaluer, tous les cinq ans, avec un soutien technique du Secrétariat de l'OMS sur demande, le fonctionnement, l'état de préparation et les lacunes de sa capacité de prévention, de préparation et de réponse aux pandémies, en fonction des outils et lignes directrices pertinents développés par l'OMS en partenariat avec des organisations pertinentes aux niveaux international, régional et sous-régional.

Notez que cela est exigé des pays qui luttent déjà pour mettre en œuvre des systèmes de surveillance pour les principales maladies endémiques, y compris la tuberculose, le paludisme, le VIH et les carences nutritionnelles. Ils seront légalement tenus de détourner des ressources vers la prévention des pandémies. Bien qu'il y ait un certain chevauchement, cela détournera inévitablement des ressources des programmes actuellement sous-financés pour des maladies de fardeaux locaux bien plus élevés, et donc (pas théoriquement, mais inévitablement) augmentera la mortalité. Les pays pauvres sont tenus de consacrer des ressources à des problèmes jugés significatifs par les pays plus riches.

Article 9. Recherche et développement

Diverses dispositions générales concernant la recherche de base que les pays font généralement de toute façon, mais avec un accent sur les « maladies émergentes ». Encore une fois, l'INB ne justifie pas pourquoi cette diversion des ressources de la

recherche sur des charges de maladies plus importantes devrait se produire dans tous les pays (pourquoi pas seulement ceux ayant des ressources excédentaires ?).

Article 10. Production durable et géographiquement diversifiée

Principalement non contraignant mais suggère la coopération pour rendre les produits liés à la pandémie disponibles, y compris le soutien à la fabrication en « temps inter-pandémiques » (une façon fascinante de décrire la « normalité »), qui ne serait viable que par des subventions. Beaucoup de cela est probablement inapplicable, car il ne serait pas pratique de maintenir des installations dans la plupart ou tous les pays en attente pour des événements rares, au coût de ressources autrement utiles pour d'autres priorités. Le désir d'augmenter la production dans les pays « en développement » se heurtera à des obstacles majeurs et à des coûts en termes de maintien de la qualité de la production, en particulier car de nombreux produits auront une utilisation limitée en dehors de situations d'épidémie rares.

Article 11. Transfert de technologie et de savoir-faire

Cet article, toujours problématique pour les grandes sociétés pharmaceutiques parrainant de nombreuses activités de l'OMS liées aux épidémies, est maintenant atténué pour exiger de faibles exigences pour « envisager », « promouvoir », « fournir, dans les capacités », etc.

Article 12. Accès et partage des avantages

Cet article vise à établir le Système d'accès et de partage des avantages des agents pathogènes de l'OMS (système PABS). Le PABS vise à « assurer un accès rapide, systématique et en temps opportun aux matériaux biologiques des agents pathogènes à potentiel pandémique et aux données de séquence génétique ». Ce système est d'une haute pertinence potentielle et doit être interprété dans le contexte où le SARS-CoV-2, l'agent pathogène à l'origine de l'épidémie récente de Covid-19, est très probablement sorti d'un laboratoire. Le PABS vise à étendre le stockage, le transport et la manipulation en laboratoire de tels virus, sous la supervision de l'OMS, une organisation hors de la juridiction nationale sans expérience directe significative dans la manipulation de matériaux biologiques.

- Lorsqu'une Partie a accès à un agent pathogène [elle doit] :

(a) partager avec l'OMS toute information de séquence d'agents pathogènes dès qu'elle est disponible pour la Partie;

(b) dès que des matériaux biologiques sont disponibles pour la Partie, fournir les matériaux à un ou plusieurs laboratoires et/ou biobanques participant aux réseaux de laboratoires coordonnés par l'OMS (CLN),

Les clauses suivantes indiquent que les avantages seront partagés et cherchent à empêcher les laboratoires bénéficiaires de breveter les matériaux reçus d'autres pays. Cela a été une préoccupation majeure des pays à revenu faible et intermédiaire par le passé, qui perçoivent que les institutions des pays riches brevètent et bénéficient des matériaux dérivés de populations moins riches. Reste à voir si les dispositions ici seront suffisantes pour aborder cela.

L'article devient ensuite encore plus préoccupant :

- L'OMS doit conclure des contrats standard PABS juridiquement contraignants avec les fabricants pour fournir ce qui suit, en tenant compte de la taille, de la nature et des capacités du fabricant :

(a) contributions monétaires annuelles pour soutenir le système PABS et les capacités pertinentes dans les pays ; la détermination du montant annuel, de l'utilisation et de l'approche pour le suivi et la responsabilité, sera finalisée par les Parties;

(b) contributions en temps réel de diagnostics pertinents, de thérapeutiques ou de vaccins produits par le fabricant, 10 % gratuitement et 10 % à des prix non lucratifs lors d'urgences de santé publique de portée internationale ou de pandémies,...

Il est clairement prévu que l'OMS s'implique directement dans l'établissement de contrats de fabrication juridiquement contraignants, bien que l'OMS soit hors de la juridiction nationale, à l'intérieur des territoires des États membres. Le système PABS, et donc son personnel et ses entités dépendantes, doivent également être soutenus en partie par des fonds provenant des fabricants qu'ils sont censés gérer. Les revenus de l'organisation dépendront de maintenir des relations positives avec ces entités privées de la même manière que de nombreuses agences réglementaires nationales dépendent des fonds provenant des entreprises pharmaceutiques que leur personnel réglemente ostensiblement. Dans ce cas, le régulateur sera encore plus éloigné de la surveillance publique.

La clause sur 10 % (pourquoi 10 ?) de produits étant gratuits, et autant à coût, tout en garantissant des produits à prix réduit indépendamment du besoin réel (l'épidémie peut être confinée aux pays riches). La même entité, l'OMS, déterminera si l'urgence déclencheuse existe, déterminera la réponse, et gèrera les contrats pour fournir les produits, sans surveillance juridictionnelle directe concernant le potentiel de corruption

ou de conflit d'intérêts. C'est un système remarquable à suggérer, indépendamment de l'environnement politique ou réglementaire.

- Les Parties coopéreront... au financement public de la recherche et du développement, aux accords de préachat, ou aux procédures réglementaires, pour encourager et faciliter autant de fabricants que possible à conclure des contrats PABS standard le plus tôt possible.

L'article envisage que le financement public sera utilisé pour construire le processus, assurant essentiellement un profit privé sans risque.

- Pour soutenir l'opérationnalisation du système PABS, l'OMS doit... rendre ces contrats publics, tout en respectant la confidentialité commerciale.

Le public saura avec qui les contrats sont conclus, mais pas tous les détails des contrats. Il n'y aura donc pas de surveillance indépendante des clauses convenues entre l'OMS, un organisme hors de la juridiction nationale et dépendant d'entreprises commerciales pour le financement de certains de ses travaux et salaires, et ces mêmes entreprises, sur des « besoins » que l'OMS elle-même aura le pouvoir exclusif, en vertu des amendements proposés au RSI, de déterminer.

L'article indique en outre que l'OMS utilisera son propre système réglementaire de produits (préqualification) et la Procédure de Liste d'Urgence pour ouvrir et stimuler les marchés pour les fabricants de ces produits.

Il est douteux que tout gouvernement national puisse conclure un tel accord global, mais en mai 2024, ils voteront pour accorder cela à ce qui est essentiellement une entité étrangère, et en partie financée de manière privée.

Article 13. Chaîne d'approvisionnement et logistique

L'OMS deviendra le convocateur d'un « Réseau mondial de la chaîne d'approvisionnement et de la logistique » pour les produits fabriqués commercialement, à fournir sous des contrats de l'OMS quand et où l'OMS le détermine, tout en ayant également le rôle de garantir la sécurité de ces produits.

Avoir un soutien mutuel coordonné entre les pays est bon. Avoir cela géré par une organisation qui est financée de manière significative directement par ceux qui profitent de la vente de ces mêmes produits semble imprudent et contre-intuitif. Peu de pays permettraient cela (ou du moins le planifieraient).

Pour que cela se produise en toute sécurité, l'OMS devrait logiquement renoncer à tout investissement privé et limiter grandement les contributions financières nationales

spécifiées. Sinon, les conflits d'intérêts impliqués détruiraient la confiance dans le système. Il n'y a aucune suggestion de tel désinvestissement de la part de l'OMS, mais plutôt, comme dans l'Article 12, une dépendance accrue du secteur privé, directement liée aux contrats, augmentera.

Article 13bis : Dispositions relatives à l'approvisionnement et à la distribution nationaux

Tout en souffrant des mêmes problèmes (peut-être inévitables) liés à la confidentialité commerciale, cet Article 13 alternatif semble beaucoup plus approprié, maintenant les questions commerciales sous juridiction nationale et évitant les conflits d'intérêts évidents qui sous-tendent le financement des activités et du personnel de l'OMS.

Article 14. Renforcement des systèmes réglementaires

Cet article entier reflète des initiatives et des programmes déjà en place. Rien ici ne semble susceptible d'ajouter à l'effort actuel.

Article 15. Gestion de la responsabilité et des compensations

- Chaque Partie doit envisager de développer, selon les besoins et conformément à la législation applicable, des stratégies nationales pour gérer la responsabilité sur son territoire liée aux vaccins pandémiques... des mécanismes de compensation sans faute...
- Les Parties... doivent élaborer des recommandations pour l'établissement et la mise en œuvre de mécanismes et de stratégies de compensation sans faute nationaux, régionaux et/ou mondiaux pour la gestion de la responsabilité pendant les urgences pandémiques, y compris en ce qui concerne les individus se trouvant dans un contexte humanitaire ou en situation de vulnérabilité.

Ceci est tout à fait remarquable, mais reflète également certaines législations nationales, en retirant spécifiquement toute faute ou responsabilité des fabricants de vaccins, pour les dommages causés en poussant rapidement les vaccins au public. Pendant la réponse au Covid-19, des thérapeutiques génétiques développées par BioNtech et Moderna ont été reclassifiées en tant que vaccins, sur la base qu'une réponse immunitaire est stimulée après qu'ils aient modifié les voies biochimiques intracellulaires comme le fait normalement un médicament.

Cela a permis de contourner des essais spécifiques normalement requis pour la cancérogénicité et la tératogénicité, malgré les taux anormaux de malformations fœtales relevés lors des essais sur les animaux. Cela permettra au programme de

vaccin de 100 jours de CEPI de progresser sans aucun risque pour le fabricant en cas de préjudice public ultérieur.

En combinaison avec une disposition antérieure sur le financement public de la recherche et de la préparation à la fabrication, et la suppression du libellé antérieur exigeant le partage de la propriété intellectuelle dans l'Article 11, cela garantit que les fabricants de vaccins et leurs investisseurs réalisent des profits en l'absence effective de risque.

Ces entités sont actuellement fortement investies dans le soutien de l'OMS (REF), et étaient fortement alignées avec l'introduction de réponses épidémiques nouvellement restrictives qui soulignaient et parfois imposaient leurs produits pendant l'épidémie de Covid-19.

Article 16. Collaboration et coopération internationales

Un article quelque peu inutile. Il suggère que les pays coopèrent entre eux et avec l'OMS pour mettre en œuvre les autres accords de l'Accord.

Article 17. Approches globales du gouvernement et de la société

Une liste de dispositions essentiellement de bon sens liées à la planification d'une pandémie. Cependant, les pays seront légalement tenus de maintenir un « organe de coordination multisectoriel national » pour la PPPR. Cela représentera essentiellement un fardeau supplémentaire sur les budgets et détournera inévitablement d'autres ressources d'autres priorités. Peut-être que simplement renforcer les programmes actuels de maladies infectieuses et de nutrition serait plus impactant. (Nulle part dans cet Accord on ne discute de la nutrition (essentielle pour la résilience aux agents pathogènes) et un libellé minimal est inclus sur l'assainissement et l'eau propre (autres principales raisons de la réduction de la mortalité due aux maladies infectieuses au cours des derniers siècles).

Cependant, le libellé sur « l'appropriation communautaire » est intéressant (« habiliter et permettre l'appropriation communautaire et la contribution à, la préparation de la communauté et la résilience [pour la PPPR] »), car cela contredit directement une grande partie du reste de l'Accord, y compris la centralisation du contrôle sous la Conférence des Parties, les exigences pour les pays d'allouer des ressources à la préparation aux pandémies plutôt qu'à d'autres priorités communautaires, et l'idée d'inspecter et d'évaluer l'adhérence aux exigences centralisées de l'Accord. Soit une grande partie du reste de l'Accord est redondante, soit ce libellé est purement pour l'apparence et non à suivre (et donc devrait être supprimé).

Article 18. Communication et sensibilisation du public

- Chaque Partie doit promouvoir un accès en temps opportun à des informations crédibles et basées sur des preuves... dans le but de contrer et d'adresser la désinformation ou la mésinformation...
- Les Parties doivent, selon les besoins, promouvoir et/ou mener des recherches et informer les politiques sur les facteurs qui entravent ou renforcent l'adhésion aux mesures de santé publique et sociales lors d'une pandémie, ainsi que la confiance dans la science et les institutions et agences de santé publique.

Le mot clé est « selon les besoins », étant donné que de nombreuses agences, y compris l'OMS, ont supervisé ou aidé des politiques pendant la réponse au Covid-19 qui ont considérablement augmenté la pauvreté, le mariage des enfants, la grossesse chez les adolescentes et la perte d'éducation.

Étant donné que l'OMS a été montrée significativement représentant mal le risque pandémique dans le processus de plaidoyer pour cet Accord et les instruments connexes, ses propres communications tomberaient également en dehors de la disposition ici liée à l'information basée sur des preuves, et relèveraient de la désinformation habituelle. Elle ne pourrait donc pas être un arbitre de la correction de l'information ici, donc l'Article n'est pas applicable. Rédigé pour recommander la promotion d'informations précises basées sur des preuves, il aurait du sens, mais cela n'est pas une question nécessitant un accord international juridiquement contraignant.

Article 19. Mise en œuvre et soutien

3. Le Secrétariat de l'OMS... organisera l'assistance technique et financière nécessaire pour combler ces lacunes et besoins dans la mise en œuvre des engagements convenus en vertu de l'Accord sur la pandémie et du Règlement sanitaire international (2005).

Comme l'OMS dépend du soutien des donateurs, sa capacité à combler les lacunes de financement au sein des États membres n'est clairement pas quelque chose qu'elle peut garantir. Le but de cet article n'est pas clair, répétant aux paragraphes 1 et 2 l'intention précédente pour les pays de se soutenir généralement les uns les autres.

Article 20. Financement durable

- Les Parties s'engagent à travailler ensemble... À cet égard, chaque Partie, dans les limites des moyens et des ressources à sa disposition, doit :

(a) prioriser et maintenir ou augmenter, selon les besoins, le financement national pour la prévention, la préparation et la réponse aux pandémies, sans compromettre d'autres priorités de santé publique nationales, y compris pour : (i) renforcer et soutenir les capacités pour la prévention, la préparation et la réponse aux urgences sanitaires et aux pandémies, en particulier les capacités de base du Règlement sanitaire international (2005);...

C'est un libellé naïf, car les pays doivent évidemment prioriser dans les budgets, de sorte que déplacer des fonds vers un domaine signifie les retirer d'un autre. L'essence de la politique de santé publique est de peser et de prendre de telles décisions ; cette réalité semble être ignorée ici par des vœux pieux. (a) est clairement redondant, car le RSI (2005) existe déjà et les pays se sont engagés à le soutenir.

- Un mécanisme de coordination financière (le « Mécanisme ») est par la présente établi pour soutenir la mise en œuvre de l'Accord sur la pandémie de l'OMS et du Règlement sanitaire international (2005)

Ce mécanisme fonctionnera parallèlement au Fonds pandémique récemment lancé par la Banque mondiale - un problème non perdu pour les délégués de l'INB et donc susceptible de changer ici dans la version finale. Il sera également additionnel au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, et d'autres mécanismes de financement de la santé, et nécessitera donc une autre bureaucratie internationale parallèle, probablement basée à Genève.

Il est prévu d'avoir sa propre capacité à « réaliser des analyses pertinentes sur les besoins et les lacunes, en plus de suivre les efforts de coopération », donc ce ne sera pas une petite entreprise.

Chapitre III. Dispositions institutionnelles et finales

Article 21. Conférence des Parties

- Une Conférence des Parties est par la présente établie.
- La Conférence des Parties maintiendra régulièrement, tous les trois ans, l'examen de la mise en œuvre de l'Accord sur la pandémie de l'OMS et prendra les décisions nécessaires pour promouvoir sa mise en œuvre effective.

Cela établit l'organe directeur pour superviser cet Accord (un autre organe nécessitant un secrétariat et un soutien). Il est prévu de se réunir dans l'année suivant l'entrée en vigueur de l'Accord, puis de fixer ses propres règles pour les réunions ultérieures. Il est probable que de nombreuses dispositions décrites dans cet avant-projet de l'Accord seront différées à la COP pour une discussion ultérieure.

Articles 22 – 37

Ces articles couvrent le fonctionnement de la Conférence des Parties (COP) et diverses questions administratives.

Il est à noter que les votes en bloc seront autorisés de la part des organismes régionaux (par exemple, l'UE).

L'OMS fournira le secrétariat.

Sous l'Article 24 est noté :

- Rien dans l'Accord sur la pandémie de l'OMS ne doit être interprété comme conférant au Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé, y compris au Directeur général de l'OMS, toute autorité pour diriger, ordonner, modifier ou autrement prescrire les lois ou politiques nationales de toute Partie, ou pour mandater ou imposer autrement aux Parties de prendre des actions spécifiques, telles que l'interdiction ou l'acceptation de voyageurs, imposer des mandats de vaccination ou des mesures thérapeutiques ou diagnostiques, ou mettre en œuvre des confinements.

Ces dispositions sont explicitement indiquées dans les amendements proposés au RSI, à considérer en parallèle avec cet accord. L'article 26 note que le RSI doit être interprété comme compatible, confirmant ainsi que les dispositions du RSI incluant les fermetures de frontières et les limites à la liberté de mouvement, la vaccination obligatoire, et d'autres mesures de confinement ne sont pas niées par cette déclaration.

Comme l'article 26 l'indique : « Les Parties reconnaissent que l'Accord sur la pandémie de l'OMS et le Règlement sanitaire international devraient être interprétés de manière à être compatibles. »

Certains considéreraient cela comme une ruse - Le Directeur général a récemment qualifié de menteurs ceux qui affirmaient que l'Accord incluait ces pouvoirs, tout en ne reconnaissant pas les amendements accompagnant le RSI. L'OMS pourrait mieux faire pour éviter les messages trompeurs, en particulier lorsque cela implique la dénigration du public.

Article 32 (Retrait) exige que, une fois adopté, les Parties ne peuvent se retirer pendant un total de 3 ans (en donnant un préavis après un minimum de 2 ans). Les obligations financières entreprises en vertu de l'accord se poursuivent au-delà de cette période.

Enfin, l'Accord entrera en vigueur, en supposant qu'une majorité des deux tiers à l'Assemblée mondiale de la Santé soit atteinte (Article 19, Constitution de l'OMS), 30 jours après que le quarantième pays l'ait ratifié.

Lecture complémentaire :

- Site web de l'Organe de négociation intergouvernemental pour l'Accord sur la pandémie de l'OMS : <https://inb.who.int/>
- Site web du Groupe de travail sur le Règlement sanitaire international : <https://apps.who.int/gb/wgih/index.html>

Sur le contexte des textes de l'OMS :

Sur l'urgence et le fardeau des pandémies :

<https://essl.leeds.ac.uk/downloads/download/228/rational-policy-over-panic>

Projet de texte de négociation de l'Accord sur la pandémie de l'OMS :

Publié sous une licence Creative Commons Attribution 4.0 International Pour les réimpressions, veuillez définir le lien canonique de retour à l'article original de l'Institut Brownstone et l'auteur.

Auteurs : David Bell David Bell, chercheur principal à l'Institut Brownstone, est un médecin de santé publique et consultant en biotechnologie en santé mondiale. Il est un ancien fonctionnaire médical et scientifique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), chef de programme pour le paludisme et les maladies fébriles à la Fondation pour les nouveaux diagnostics innovants (FIND) à Genève, en Suisse, et directeur des technologies de la santé mondiale au fonds Global Good d'Intellectual Ventures à Bellevue, WA, États-Unis.

Thi Thuy Van Dinh Dr. Thi Thuy Van Dinh (LLM, PhD) a travaillé sur le droit international au Bureau des Nations Unies contre la drogue et le crime et le Haut-Commissariat aux droits de l'homme. Par la suite, elle a géré les partenariats d'organisations multilatérales pour le fonds Global Good d'Intellectual Ventures et a dirigé les efforts de développement de technologies de santé environnementale pour les contextes à faibles ressources.