



**COVID-19:
Agissons pour que
cette pandémie
soit la dernière**

COVID-19 : Agissons pour que cette pandémie soit la dernière

Table des matières

PRÉFACE	4
ABRÉVIATIONS	6
1. INTRODUCTION	7
2. LA RÉALITÉ DÉVASTATRICE DE LA PANDÉMIE DE COVID-19.....	8
3. L'APPEL DU GROUPE INDÉPENDANT À PRENDRE DES MESURES IMMÉDIATES AFIN D'ENRAYER LA PANDÉMIE DE COVID-19.....	10
4. QUE S'EST-IL PASSÉ, QU'AVONS-NOUS APPRIS ET QUE FAUT-IL CHANGER ?.....	13
4.1 AVANT LA PANDÉMIE – L'INCAPACITÉ DE PRENDRE LA PRÉPARATION AU SÉRIEUX.....	13
4.2 UN VIRUS PLUS RAPIDE QUE LE SYSTÈME DE SURVEILLANCE ET D'ALERTE	18
4.2.1 LES PREMIERS CAS SIGNALÉS.....	18
4.2.2 DÉCLARATION D'UNE URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DE PORTÉE INTERNATIONALE.....	20
4.2.3 DEUX MONDES FONCTIONNANT À DES VITESSES DIFFÉRENTES	22
4.3 L'URGENCE ET L'EFFICACITÉ ONT ÉTÉ ABSENTES DE LA PHASE INITIALE DE LA RIPOSTE.....	23
4.3.1 LES PAYS QUI ONT RÉUSSI ÉTAIENT DANS UNE DYNAMIQUE PRÉVENTIVE, CEUX QUI ONT ÉCHOUÉ DANS LA DÉNÉGATION ET LA PROCRASTINATION	24
4.3.2 LA CRISE DES APPROVISIONNEMENTS	26
4.3.3 LES ENSEIGNEMENTS À TIRER DE LA PHASE INITIALE DE LA RIPOSTE	28
4.4 INCAPACITÉ À ASSURER LA PÉRENNITÉ DE LA RIPOSTE FACE À LA CRISE.....	29
4.4.1 STRESS CONSIDÉRABLE POUR LES SYSTÈMES DE SANTÉ NATIONAUX	29
4.4.2 MENACES POUR L'EMPLOI	29
4.4.3 NATIONALISME VACCINAL	31
5. RECOMMANDATIONS DU GROUPE INDÉPENDANT POUR TRANSFORMER LE SYSTÈME INTERNATIONAL DE PRÉPARATION ET DE RIPOSTE AUX PANDÉMIES.....	33
6. PROCHAINES ÉTAPES	50
ANNEXE : PROPOSITION DE MANDAT POUR UN CONSEIL CHARGÉ DES MENACES POUR LA SANTÉ MONDIALE	58
7. À PROPOS DU GROUPE INDÉPENDANT ET DE SES TRAVAUX.....	62
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	68

Préface

La pandémie de COVID-19 témoigne de la vulnérabilité et de la fragilité du monde dans lequel nous vivons. Le virus a bouleversé les sociétés, mis en péril la population mondiale et révélé au grand jour de profondes inégalités. Les divisions et les inégalités entre les pays et au sein des pays ont été exacerbées et les conséquences ont été lourdes pour les personnes déjà marginalisées et défavorisées. En moins d'un an et demi, la COVID-19 a infecté au moins 150 millions de personnes et fait plus de trois millions de victimes. Catastrophe à tous les niveaux, cette pandémie est à l'origine de la pire crise tant sanitaire que socio-économique de mémoire d'homme.

Le nouveau millénaire a vu les ravages susceptibles d'être causés par des menaces sanitaires mondiales telles que le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), la maladie à virus Ebola et le virus Zika. Les experts ont mis en garde contre la menace que représentent les nouvelles maladies pandémiques, insistant pour que nous modifiions de manière radicale la façon dont nous nous protégeons contre elles – mais le changement nécessaire n'a pas eu lieu. Dès qu'une menace sanitaire ou une épidémie mortelle s'estompe de notre mémoire, l'excès de confiance prend le dessus, selon un cycle faisant alterner panique et désintérêt. Il faut briser ce cycle.

La COVID-19 est le Tchernobyl du XXI^e siècle – non pas qu'une épidémie puisse être assimilée à un accident nucléaire, mais parce que cette pandémie a mis en évidence la gravité du risque pour notre santé et notre bien-être. La crise qu'elle a provoquée est si profonde et d'une telle ampleur que présidents, premiers ministres et chefs de secrétariat des organismes internationaux et régionaux sont maintenant tenus d'admettre qu'ils doivent, de toute urgence, changer la manière dont le monde se prépare aux menaces sanitaires mondiales et y réagit. Car si nous n'agissons pas maintenant, quand le ferons-nous ?

S'agissant de changement, notre message est clair : plus de pandémies. Si nous ne prenons pas cet objectif au sérieux, nous condamnerons le monde à une succession de catastrophes.

Pour autant, l'examen minutieux des éléments de preuve que nous avons effectué a révélé, pour ce qui est des ripostes mises en œuvre à l'échelle internationale et nationale, des échecs et des lacunes qui doivent être corrigés. Les institutions tant publiques que privées n'ont pas réussi à protéger les populations d'une pandémie dévastatrice. Si rien n'est modifié, elles n'empêcheront pas l'apparition d'une autre pandémie à l'avenir. C'est pourquoi le Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie (ci-après le « Groupe indépendant ») recommande une mutation profonde, pensée de façon à assurer un engagement au plus haut niveau à l'égard d'un nouveau système coordonné, connecté, réagissant rapidement, tenu de rendre des comptes, juste et équitable – soit un système exhaustif de préparation et de riposte aux pandémies sur lequel la population peut compter pour assurer sa sécurité et rester en bonne santé.

Compte tenu de l'effet dévastateur de cette pandémie et de ses répercussions sur les populations du monde entier, nos conclusions sont, comme il se doit, intransigeantes et nos recommandations peuvent être appliquées concrètement.

Depuis septembre 2020, le Groupe indépendant a tiré les enseignements de l'expérience d'un grand nombre de parties prenantes – soignants de première ligne, femmes, jeunes, maires, ministres, scientifiques, directeurs exécutifs, fonctionnaires internationaux et

diplomates. Nous avons également bien compris que les populations réclamaient la fin de cette pandémie. Elles sont en droit de l'attendre. Il incombe aux dirigeants de tous les pays, en raison des devoirs qui sont les leurs, de satisfaire ces exigences.

La pandémie n'est pas encore terminée – elle fait encore plus de 10 000 victimes par jour. Par conséquent, nos recommandations portent en premier lieu sur les mesures qui doivent être prises immédiatement pour freiner la transmission et sur la nécessité de commencer dès maintenant à renforcer les moyens de protection futurs. Dans de nombreux pays, les populations continuent de subir des vagues successives d'infection – les hôpitaux sont de nouveau débordés par l'afflux de patients COVID-19 et les familles perdent des êtres qui leur sont chers. Certes, les vaccins disponibles sont un triomphe de la science, mais il faut maintenant qu'ils soient livrés dans le monde entier. Au moment de la rédaction du présent rapport, moins d'une personne sur cent avait reçu une première dose dans les pays à faible revenu – preuve flagrante s'il en est des inégalités à l'échelle du globe. À mesure qu'il se propage, le virus mute et pose de nouveaux problèmes.

Nous devons travailler ensemble pour mettre fin à cette pandémie et devons agir de toute urgence pour éviter la prochaine. Faisons en sorte que l'histoire retienne que les dirigeants d'aujourd'hui ont eu le courage d'agir.

Helen Clark, Coprésidente

Ellen Johnson Sirleaf, Coprésidente

Mauricio Cárdenas

Aya Chebbi

Mark Dybul

Michel Kazatchkine

Joanne Liu

Precious Matsoso

David Miliband

Thoraya Obaid

Preeti Sudan

Ernesto Zedillo

Zhong Nanshan

Abréviations

Accélérateur ACT	Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19
APD	aide publique au développement
CEPI	Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies
COVID-19	maladie à coronavirus 2019
EPI	équipement de protection individuelle
Mécanisme COVAX	Mécanisme COVAX pour un accès mondial aux vaccins
MERS	syndrome respiratoire du Moyen-Orient
OMC	Organisation mondiale du commerce
ProMED	Program for Monitoring Emerging Diseases
R&D	recherche-développement
RSI (2005)	Règlement sanitaire international (2005)
SARS-CoV-2	coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère
USPPI	urgence de santé publique de portée internationale

1. Introduction

Le monde est toujours aux prises avec une pandémie dont l'ampleur et la vitesse de propagation sont sans précédent dans l'histoire de l'humanité. La crise sociale et économique précipitée par la COVID-19 a des répercussions sur les familles, les communautés et les pays du monde entier.

Consciente de la gravité de la crise, l'Assemblée mondiale de la Santé a, en mai 2020, chargé le Directeur général de l'OMS de lancer un examen impartial, indépendant et complet de la riposte sanitaire internationale face à la COVID-19, ainsi que de l'expérience acquise et des leçons tirées de cette riposte, et de formuler des recommandations pour améliorer les capacités en vue des crises futures. Le Directeur général a demandé à M^{me} Ellen Johnson Sirleaf et à M^{me} Helen Clark d'établir un groupe indépendant à cette fin et de faire rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2021.

Le Groupe indépendant a adopté, pour ses travaux, une approche systématique, rigoureuse et exhaustive. Ses membres avaient pour objectif de consulter un large éventail d'interlocuteurs et de tirer les enseignements de leur expérience. Depuis la mi-septembre 2020, le Groupe indépendant a examiné un grand nombre de documents, mené de nouveaux travaux de recherche, consulté des experts dans le cadre de quinze tables rondes et d'entrevues, recueilli, lors de rencontres-débats, le témoignage de personnes qui travaillent en première ligne dans le cadre de la riposte à la pandémie et reçu de nombreuses [réponses](#) à l'appel ouvert à contribution qu'il avait lancé.

Le Groupe indépendant a examiné le degré de préparation avant la pandémie de COVID-19, les circonstances dans lesquelles le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2) et la maladie qu'il provoque (maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)) ont été identifiés, ainsi que les ripostes mises en œuvre à l'échelle mondiale, régionale et nationale, en particulier au cours des premiers mois de la pandémie. Il a également analysé les effets de natures très diverses de la pandémie et la crise sociale et économique en cours dont elle a précipité l'apparition.

Les conclusions du Groupe indépendant sur ce qui s'est passé sont exposées dans le présent rapport, ainsi que les enseignements à en tirer et les recommandations du Groupe concernant les mesures stratégiques à prendre sans plus tarder pour mettre fin à cette pandémie et faire en sorte qu'à l'avenir, aucune flambée de maladie infectieuse ne se transforme en pandémie catastrophique.

Pour compléter ce document, le Groupe indépendant présente un rapport complémentaire dans lequel sont décrites treize étapes déterminantes qui ont joué un rôle décisif dans l'évolution de la pandémie. En outre, le Groupe indépendant publie actuellement une série de documents de base portant sur des travaux de recherche approfondis, parmi lesquels figure une chronologie des premières phases de la riposte.

Les recommandations sont ambitieuses et cruciales. Le Groupe indépendant estime que le système international doit faire l'objet d'une mutation profonde afin de prévenir de futures pandémies. Il appelle les décideurs politiques, à tous les niveaux, à promouvoir des changements de grande ampleur et à mettre à disposition les ressources nécessaires pour les réaliser. Ce qui est demandé est considérable et pose de multiples problèmes, mais les bénéfices qui en découleront n'en seront que plus importants et plus utiles. Compte tenu du nombre de vies en jeu, le moment est venu de faire preuve de détermination.

2. La réalité dévastatrice de la pandémie de COVID-19

La COVID-19 a montré comment une maladie infectieuse pouvait se propager à travers le monde en l'espace de quelques semaines et, en quelques mois, nous faire régresser de plusieurs années en matière de développement durable.

Quel que soit l'angle sous lequel on l'envisage, la pandémie a eu de lourdes répercussions :

- *l'infection a été confirmée chez 148 millions de personnes et la pandémie a fait plus de 3 millions de victimes dans 223 pays, territoires et régions (au 28 avril 2021) (1) ;*
- *au moins 17 000 agents de santé sont morts de la COVID-19 au cours de la première année de la pandémie (2) ;*
- *les pertes de production devraient être de 10 000 milliards de dollars É.-U. d'ici la fin de 2021 et de 22 000 milliards de dollars É.-U. pour la période 2020-2025 – soit le choc le plus brutal pour l'économie mondiale depuis la Seconde Guerre mondiale et la plus forte contraction simultanée des économies nationales depuis la Grande Dépression de 1930-1932 (3) ;*
- *au plus fort de la pandémie en 2020, 90 % des écoliers et écolières n'ont pas pu aller à l'école (4) ;*
- *dix millions supplémentaires de filles risquent un mariage précoce à cause de la pandémie (5) ;*
- *les services d'aide aux victimes de violences fondées sur le genre ont vu la demande quintupler (6) ;*
- *115 à 125 millions de personnes supplémentaires sont confrontées à l'extrême pauvreté (7).*

Le langage des statistiques et de l'économie de la santé ne suffit pas à rendre compte de l'ampleur des perturbations. En réalité, la COVID-19 a bouleversé nos vies. Les gens pleurent la mort de leurs proches et ceux dont la santé pâtit des effets à long terme de la maladie continuent de souffrir. Dans certains cas, des personnes atteintes de cancer n'ont pas pu suivre leurs séances de chimiothérapie et d'autres, présumées atteintes de tuberculose n'ont pas été diagnostiquées ni traitées. Les personnes vendant sur les marchés n'ont pas pu travailler et n'ont, par conséquent, pas été en mesure de nourrir leur famille. Des femmes ont vu tripler, voire quadrupler, leur charge de travail, déjà double, alors qu'elles tentent de continuer à assurer un revenu familial, de s'occuper des plus âgés ou des malades, de se transformer en enseignantes pour leurs enfants scolarisés à domicile et d'assurer le bien-être de leur famille.

Plus décourageant encore, les plus démunis avant la pandémie le sont encore plus maintenant. L'expérience acquise lors d'épidémies précédentes montre que, dans les pays touchés, les inégalités de revenu augmentent au cours des cinq années qui suivent chaque épidémie. Les personnes qui travaillent dans le secteur informel n'ont reçu que peu de soutien, voire pas du tout. Souvent, les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées ont été exclus des services de dépistage et des établissements de santé. Quelque 11 millions de jeunes filles très pauvres risquent de ne jamais retourner à l'école (8). Les personnes qui vivent dans les pays les plus pauvres sont aux derniers rangs de la file d'attente vaccinale.

Cela ne doit pas être une fatalité.

Dans l'opinion, un mouvement de fond préconise de manière déterminée de s'attaquer aux inégalités afin qu'au bout du tunnel de la pandémie, nous puissions voir un monde meilleur, en inscrivant dans la durée les ripostes qui ont ouvert la voie à des améliorations et en les transposant à plus grande échelle. Des gouvernements ont octroyé un complément de revenu à des millions de personnes alors qu'avant la pandémie, cela avait été considéré comme impossible d'un point de vue politique. Les services de santé reposant sur des campagnes, telles que la vaccination, ont su rebondir rapidement. La prestation de services de santé est en train de s'améliorer, grâce à des initiatives centrées sur les patients, telles que la télémédecine ou les prescriptions sur plusieurs mois. Les liens entre un avenir vert et durable et un monde sans pandémie sont en train d'être définis plus clairement que jamais.

Mettre fin à cette pandémie le plus rapidement possible va de pair avec l'objectif d'en éviter une autre en s'y préparant. Le fait d'analyser aussi bien ce qui n'a pas fonctionné que ce qui a donné des résultats positifs permettra de disposer d'outils précieux pour déterminer comment se remettre sur la bonne voie pour concrétiser le Programme de développement durable à l'horizon 2030.

Cette pandémie a ébranlé certaines des hypothèses de base selon lesquelles la richesse d'un pays garantit la santé de ses habitants. Or la volonté politique et les compétences des dirigeants ont compté plus que l'argent dans la riposte à la pandémie. Bon nombre des meilleurs exemples de gestion efficace sont le fait de gouvernements et de collectivités pour lesquels les ressources sont limitées. De toute évidence, l'occasion s'offre à nous de bâtir, au-delà de la pandémie, un avenir puisant aux sources de sagesse existant dans toutes les régions du monde.

3. L'appel du Groupe indépendant à prendre des mesures immédiates afin d'enrayer la pandémie de COVID-19

Le Groupe indépendant est **préoccupé et alarmé** par les niveaux actuels de transmission du SARS-CoV-2, qui demeurent élevés et entraînent maladies et décès, ainsi que par l'apparition de variants, soit deux problèmes qui continuent à faire peser une charge intolérable sur les sociétés et l'économie.

Les pays appliquent des mesures de santé publique de manières très diverses pour maîtriser la progression du virus. Certains ont cherché à endiguer l'épidémie de manière énergique dans l'objectif de la faire disparaître ; d'autres se sont fixé pour objectif l'élimination du virus ; et d'autres encore ont tenté d'en atténuer les pires effets uniquement. Les pays qui souhaitaient maîtriser de manière énergique la propagation en vue de l'arrêter chaque fois qu'il y avait des signes de propagation et partout où ceux-ci apparaissaient ont montré que cela était possible. Compte tenu de ce que l'on sait déjà, tous les pays devraient appliquer des mesures de santé publique de manière cohérente et à l'échelle requise en fonction de la situation épidémiologique. La vaccination à elle seule ne viendra pas à bout de cette pandémie. Elle doit être associée à des dépistages, à la recherche des contacts, à la mise à l'isolement, au placement en quarantaine, au port du masque, à la distanciation physique, à l'hygiène des mains et à une communication efficace avec le public.

Parallèlement à ces mesures non pharmaceutiques, le déploiement des vaccins doit être intensifié de toute urgence et équitablement dans le monde entier. Un certain nombre de vaccins efficaces ont maintenant été approuvés. Toutefois, la capacité de production actuelle est proche de la saturation et la couverture vaccinale est loin du niveau nécessaire pour réduire la charge de morbidité et freiner la transmission à l'échelle mondiale.

Aujourd'hui, l'inégalité dans l'accès à la vaccination est l'un des principaux défis à l'échelle de la planète. Les pays à revenu élevé disposent de suffisamment de doses pour vacciner plus de 200 % de leur population, doses qu'ils ont obtenues principalement par le biais d'accords bilatéraux conclus avec les fabricants et portant sur la réservation des stocks existants et futurs. Dans de nombreux cas, les pays à revenu faible ou intermédiaire ont été exclus de ces arrangements. Dans les pays les plus pauvres, au moment de l'établissement de la version finale du présent rapport, moins de 1 % de la population avait reçu une dose de vaccin. Le Mécanisme COVAX pour un accès mondial aux vaccins contre la COVID-19 (Mécanisme COVAX), créé en peu de temps dans le but d'assurer un accès mondial et équitable, est mis en œuvre de manière satisfaisante, mais peine à atteindre son objectif en raison de l'insuffisance des fonds, du nationalisme vaccinal, et depuis peu, de la diplomatie des vaccins.

Pour nous préparer aux nouvelles phases de la pandémie de COVID-19 et mettre en place une riposte efficace, il faut définir une stratégie mondiale assortie d'objectifs, de mesures prioritaires et de jalons bien définis. **Il faut s'attaquer sans plus tarder au problème du manque d'équité flagrant en matière d'accès aux vaccins**, lequel non seulement est injuste, mais également compromet l'efficacité des mesures de lutte contre la pandémie prises à l'échelle mondiale. De nouveaux variants contre lesquels nos vaccins seront inefficaces sont encore susceptibles d'apparaître. Plus nous vaccinons rapidement maintenant, moins il y a de risques que d'autres variants voient le jour. L'une des mesures qui peuvent être prises

tout de suite consiste à redistribuer équitablement **les doses de vaccin disponibles**. En outre, il est particulièrement urgent, pour sauver des vies, **d'intensifier la mise au point de traitements et de tests de diagnostic et d'augmenter les approvisionnements**.

De plus, pour se préparer à la probabilité que la COVID-19 devienne endémique et remédier de manière plus durable au manque d'équité en matière d'accès aux vaccins, **il faut, de toute urgence, doter les pays d'Afrique, d'Amérique latine et d'autres régions à revenu faible ou intermédiaire, de capacités de fabrication des vaccins à ARN messenger ou autres**. La fabrication de vaccins est une tâche complexe, très spécialisée. Comme la hausse de la production prend du temps, il faut faire en sorte d'amorcer le processus dès maintenant. **Pour cela, il faut disposer d'accords relatifs à l'octroi de licences volontaires et au transfert de technologie**.

Dans le monde, 5,7 milliards de personnes sont âgées de 16 ans et plus. Toutes ont besoin d'avoir accès à des vaccins contre la COVID-19 qui soient sûrs et efficaces. Il ne s'agit pas là d'un vœu pour l'avenir, mais d'une nécessité impérieuse à laquelle il faut réagir tout de suite. Le Mécanisme COVAX a obtenu 1,1 milliard de doses de vaccins et a réservé 2,5 milliards de doses supplémentaires (9). Avant la fin du mois d'avril, un milliard de doses avaient été administrées, en grande majorité dans les pays à revenu élevé ou à revenu intermédiaire de la tranche supérieure. Le Groupe indépendant se joint aux dirigeants politiques et religieux du monde entier et lance un appel afin que tout soit mis en œuvre pour que la population mondiale soit vaccinée d'ici un an et que soit mise en place l'infrastructure nécessaire pour disposer d'au moins 5 milliards de doses de rappel par an.

Les mesures devant être prises immédiatement pour mettre fin à la pandémie de COVID-19 doivent être guidées par des stratégies clairement définies accompagnées de jalons mesurables. Le Groupe indépendant admet que le Plan stratégique de préparation et de riposte pour lutter contre la COVID-19 établi par l'OMS pour 2021 (10) fournit des orientations techniques utiles, mais il est d'avis qu'une feuille de route établie à un niveau plus élevé est nécessaire pour en finir avec la pandémie et qu'elle devrait être assortie de cibles, d'étapes et de dates-limites bien définies.

LE GROUPE INDÉPENDANT LANCE LES APPELS URGENTS SUIVANTS :

- I. **Appliquer systématiquement et rigoureusement des mesures non pharmaceutiques de santé publique dans chaque pays à l'échelle requise en fonction de la situation épidémiologique. Tous les pays doivent être dotés d'une stratégie bien définie reposant sur des bases factuelles et convenue au plus haut niveau gouvernemental pour freiner la transmission de la COVID-19.***
- II. **Les pays à revenu élevé dont la filière de développement permet de prévoir une couverture vaccinale adéquate devraient, parallèlement à l'augmentation de la production, s'engager à fournir aux 92 pays à revenu faible ou intermédiaire relevant du système de garantie de marché du COVAX coordonné par Gavi au moins un milliard de doses de vaccin le 1^{er} septembre 2021 au plus tard et plus de deux milliards de doses d'ici la mi-2022, par l'intermédiaire du Mécanisme COVAX et d'autres mécanismes de coordination.***
- III. **Les pays du G7 devraient s'engager à financer 60 % des 19 milliards de dollars É.-U. dont le Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (Accélérateur ACT) a besoin en 2021 pour les vaccins, les produits de diagnostic, les***

traitements et le renforcement des systèmes de santé, les fonds restants devant être mobilisés grâce à d'autres pays du G20 et à d'autres pays à revenu élevé. **Il convient d'adopter une formule fondée sur la capacité de payer pour assurer, de manière régulière, un financement prévisible, pérenne et équitable pour ces biens publics mondiaux.**

- IV. **L'Organisation mondiale du commerce et l'OMS devraient réunir** les principaux pays producteurs de vaccins et les fabricants afin de définir d'un commun accord des arrangements relatifs à l'octroi de licences volontaires et au transfert de technologie pour les vaccins contre la COVID-19 (y compris par l'intermédiaire du Medicines Patent Pool). Si aucune mesure n'est prise dans un délai de trois mois, une dérogation à certains droits de propriété intellectuelle en vertu de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce devrait immédiatement devenir applicable.
- V. **La production de tests de dépistage de la COVID-19 et la mise à disposition de traitements, y compris d'oxygénothérapie, ainsi que l'accès à ces tests et traitements** devraient être renforcés de toute urgence dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, grâce au financement intégral du montant de 1,7 milliard de dollars É.-U. correspondant aux besoins de 2021 et à l'utilisation de la totalité du montant de 3,7 milliards de dollars É.-U. alloué à la phase 2 du Dispositif de riposte à la COVID-19 du Fonds mondial pour l'achat de tests, le renforcement des laboratoires et l'application de mesures de suivi et de dépistage.
- VI. **L'OMS devrait immédiatement élaborer une feuille de route** pour les scénarios à court terme et sur trois mois associés à la riposte à moyen et long terme face à la COVID-19, en l'assortissant d'objectifs, de cibles et de jalons bien définis afin de guider et de suivre la mise en œuvre des mesures prises à l'échelle nationale et mondiale pour mettre un terme à la pandémie de COVID-19.

4. Que s'est-il passé, qu'avons-nous appris et que faut-il changer ?

Le Groupe indépendant a examiné attentivement chaque phase de la crise actuelle afin d'établir des faits et d'en tirer des leçons pour l'avenir.

4.1 Avant la pandémie – l'incapacité de prendre la préparation au sérieux

En moins de trois mois à partir du moment où le SARS-CoV-2 a été identifié pour la première fois comme étant la cause de groupes de cas inhabituels de pneumonie à Wuhan, en Chine, la COVID-19 était devenue une pandémie mondiale menaçant tous les pays du monde (11).

Bien que les responsables de la santé publique, les experts en maladies infectieuses et les précédents examens et commissions d'envergure internationale aient mis en garde contre d'éventuelles pandémies et exhorté à une solide préparation depuis la première flambée de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), la COVID-19 a malgré tout pris une grande partie du monde par surprise. Il n'aurait pas dû en être ainsi. Le nombre de flambées de maladies infectieuses, qui pour beaucoup ont un potentiel pandémique, est en hausse.

Pour le Groupe indépendant, il est manifeste que le monde n'était pas préparé et qu'il avait ignoré les signaux d'avertissement, d'où un échec retentissant : la flambée de SARS-COV-2 s'est muée en pandémie dévastatrice.

En 2003, **la flambée de SRAS** dont la propagation a été fulgurante **avait secoué le monde.** Bien que l'épidémie n'ait duré que six mois environ et ait été responsable de 8096 cas et de 774 décès (12), le Directeur régional de l'OMS pour le Pacifique occidental a jugé qu'elle avait « causé plus de peur et de perturbation sociale que toute autre flambée épidémique de notre temps » (13). Le SARS était un nouveau coronavirus provoquant des affections respiratoires. Il s'est propagé rapidement dans 29 pays, territoires et zones, et a affaibli les systèmes de santé, de nombreux agents de santé étant infectés. Néanmoins, les observateurs experts savaient qu'avec le SARS, le monde avait échappé au pire – le dépistage et l'isolement pouvaient facilement contenir sa propagation, parce que les personnes atteintes du SARS ne transmettaient le virus que plusieurs jours après l'apparition des symptômes et que l'infectiosité était à son plus haut niveau lorsque les symptômes étaient les plus graves. Il ne faisait aucun doute que si **un nouvel agent pathogène se propageant rapidement était transmissible en l'absence de symptômes, il représenterait un danger beaucoup plus meurtrier.**

L'épidémie de SARS a été suivie par la pandémie de grippe H1N1 de 2009, la flambée de maladie à virus Ebola de 2014 à 2016 en Afrique de l'Ouest, la flambée due au virus Zika et d'autres flambées de maladies, y compris celle due à un autre nouveau coronavirus, le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS). Ces flambées ont été à l'origine d'une série d'initiatives visant à renforcer la sécurité sanitaire, suscitées par la conviction que les flambées épidémiques et autres menaces sanitaires constituaient un risque mondial majeur et nécessitaient un ensemble de mesures dans tous les pays.

Le syndrome respiratoire aigu sévère a donné une nouvelle impulsion aux négociations visant à **réviser et à élargir le Règlement sanitaire international (RSI)** qui, après dix ans d'atermoiements, ont rapidement abouti. Le Règlement actuel a été adopté en 2005, fixant des obligations juridiquement contraignantes pour les États et l'OMS concernant la notification et l'échange d'informations, l'interdiction des entraves inutiles aux voyages et

au commerce internationaux, et la coopération pour endiguer la propagation des maladies. Le nouveau RSI (2005) est entré en vigueur en 2007 et **a imposé de nouvelles exigences qui, dans les situations d'urgence, doivent être satisfaites avant que le Directeur général de l'OMS puisse agir, plutôt que de permettre à l'Organisation d'agir immédiatement et de manière indépendante.**

Des groupes d'États ont également pris des initiatives pour renforcer la sécurité sanitaire. L'Initiative pour la sécurité sanitaire mondiale a été créée en 2001 par huit États et la Commission européenne, l'OMS ayant le statut d'observateur. Le Groupe d'action mondial pour la sécurité sanitaire est l'organe chargé de sa mise en œuvre et de l'échange d'informations. Le **Programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale** a été lancé par les États-Unis en partenariat avec deux douzaines d'autres pays en 2014 puis s'est étoffé pour inclure désormais soixante-dix pays et un certain nombre d'organisations internationales. Il a cherché à compléter les efforts visant à renforcer la mise en œuvre du RSI (2005), notamment par le biais d'un soutien à des évaluations externes conjointes volontaires. Toutefois, le fait que tous les États ne participent pas au Programme d'action et à ses processus connexes a limité son efficacité et sa portée.

Depuis la pandémie de grippe H1N1 de 2009, au moins 11 groupes spéciaux et commissions de haut niveau ont formulé, dans 16 rapports, des recommandations précises dans le but d'améliorer la préparation mondiale face aux pandémies. Beaucoup ont conclu que l'Organisation mondiale de la Santé devait renforcer son rôle d'organisation dirigeante et coordinatrice dans le domaine de la santé, se concentrer sur son travail normatif et bénéficier d'un financement plus sûr. Les examens menés ont également suggéré des améliorations dans la mise en œuvre du RSI (2005). Certains de ces examens se sont traduits par des mesures spécifiques, notamment la mise en place du nouveau Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire en 2016.

Pourtant, malgré la constance des messages indiquant que des changements importants étaient nécessaires pour assurer une protection mondiale contre les menaces pandémiques, **la majorité des recommandations n'ont jamais été mises en œuvre.** La mise en œuvre a, au mieux, été fragmentaire. La coalition d'intérêts qui aurait disposé de suffisamment de pouvoir et de **dynamisme** pour parvenir à un ensemble de réformes essentielles n'a jamais vu le jour. En conséquence, les menaces pandémiques et autres menaces sanitaires n'ont pas suscité le même niveau de préoccupation que les menaces de guerre, de terrorisme, de catastrophe nucléaire ou d'instabilité économique mondiale. Lorsque des mesures ont été explicitement recommandées, elles ont été accueillies avec indifférence par les États Membres, d'où une mise en œuvre insuffisante qui a gravement émoussé les intentions initiales. Il est clair pour le Groupe indépendant que les pandémies représentent potentiellement des menaces existentielles pour l'humanité et doivent faire l'objet d'une attention maximale.

Le Groupe de haut niveau des Nations Unies sur l'action mondiale face aux crises sanitaires, présidé par le Président Kikwete de la République-Unie de Tanzanie, a été créé en réponse à l'épidémie de maladie à virus Ebola de 2014-2016. Il a recommandé que l'Assemblée générale des Nations Unies crée immédiatement un conseil de haut niveau sur les crises sanitaires mondiales. Après avoir reçu son rapport, le Secrétaire général des Nations Unies, Ban Ki-moon, a mis en place un groupe spécial chargé de superviser la mise en œuvre des recommandations. En juin 2017, le rapport de ce groupe spécial a recommandé que le Secrétaire général mette en œuvre un mécanisme indépendant, limité dans le temps, pour

rendre compte de la préparation mondiale, plutôt qu'un conseil indépendant de haut niveau comme le préconisait le Groupe de haut niveau dirigé par le Président Kikwete. Ces recommandations ont abouti à la création, en mai 2018, du Conseil mondial indépendant de suivi de la préparation, dont les membres sont nommés par les chefs de l'OMS et de la Banque mondiale.

La préparation aux pandémies au niveau des pays a été largement sous-financée, malgré les éléments probants attestant clairement que son coût ne représente qu'une fraction du coût des interventions et des pertes subies en cas d'épidémie. Le coût total des pertes économiques dues au syndrome respiratoire aigu sévère (SARS) a été estimé à 60 milliards de dollars É.-U. (14). La flambée de MERS de 2015 dans un seul pays, la République de Corée, qui a causé 185 cas et 38 décès, a coûté 2,6 milliards de dollars É.-U. en recettes touristiques perdues et 1 milliard de dollars É.-U. en coûts d'intervention (15). La Commission chargée de créer un cadre sur les risques sanitaires mondiaux pour l'avenir, créée en 2016, a fait valoir que sa proposition d'augmenter les dépenses de préparation de 4,5 milliards de dollars É.-U. par an était un investissement minime par rapport au scénario du coût mondial potentiel des pandémies sur l'ensemble du XXI^e siècle qui, selon ses estimations, était « supérieur à 6 milliards de dollars É.-U. » (16).

Bien qu'il y ait eu des efforts concertés au cours des dernières années pour encourager la préparation à la pandémie, ils sont loin d'avoir été à la hauteur de ce qui est nécessaire.

Trop de gouvernements nationaux ne disposaient pas de plans de préparation solides, des capacités de santé publique de base et d'une coordination multisectorielle organisée s'appuyant sur un engagement déterminé de la part des plus hauts dirigeants nationaux (17). L'auto-évaluation des principales capacités pour la préparation que les pays sont tenus de présenter à l'OMS dans le cadre du RSI (2005) se traduit par une note moyenne au niveau mondial de 64 sur 100 (18). Seuls les deux tiers des pays ont déclaré disposer d'une législation et d'un financement leur permettant pleinement de soutenir les capacités nécessaires de prévention, de détection et d'intervention face aux situations d'urgence sanitaire (19). La préparation des pays a également été évaluée dans le cadre du processus des évaluations externes conjointes volontaires, entreprises à ce jour par 98 pays. Un outil universitaire indépendant, le Global Health Security Index (Indice mondial de sécurité sanitaire), vise également à évaluer la préparation des pays à la pandémie.

Toutes ces mesures ont en commun l'impossibilité de prévoir les résultats effectifs relatifs des pays dans la riposte à la COVID-19 à partir du classement des pays auquel elles aboutissent (20, 21, 22). **Les mesures n'ont pas réussi à prendre suffisamment en compte l'impact sur la riposte du leadership des dirigeants politiques, de la confiance dans les institutions gouvernementales et de la capacité des pays à organiser rapidement une riposte adaptée (23)**. Les États-Unis, par exemple, bien que classés au premier rang mondial selon le score global obtenu en utilisant l'Indice mondial de sécurité sanitaire, parviennent à de moins bons résultats en matière d'accès aux soins de santé et, pour ce qui est de la confiance de l'opinion à l'égard des pouvoirs publics, leur score était nul, ce qui signifie que l'indice de confiance était inférieur à 25 % (24). L'absence de valeur prédictive de ces mesures démontre la nécessité d'une réévaluation en profondeur qui permette de mettre davantage en concordance l'évaluation de la préparation et les capacités opérationnelles dans les situations de crise réelle, y compris les points où les structures de coordination et la prise de décision peuvent échouer. La pandémie actuelle générera une masse de données pour orienter cette réévaluation.

Les conséquences d'un manque d'investissement suffisant dans les capacités de préparation sont mises en évidence par la hausse du niveau de risque de base. La croissance démographique et les contraintes environnementales qui l'accompagnent sont à l'origine d'une augmentation du nombre de nouveaux pathogènes émergents. Le transport aérien, qui a été multiplié par quatre depuis 1990, permet à un virus d'atteindre n'importe quel endroit du monde en quelques heures (25). À tout moment, un nouvel agent pathogène pourrait émerger et se propager.

La plupart des nouveaux agents pathogènes sont d'origine zoonotique. L'utilisation des sols, les pratiques de production alimentaire et la pression démographique sont à l'origine de leur émergence croissante. Les systèmes de surveillance mondiaux doivent surveiller des infrastructures en plein essor, les pertes environnementales et l'état de la santé animale. Une collaboration interinstitutions et multisectorielle selon le principe « Une seule santé » doit faire partie intégrante de la planification de la préparation aux pandémies. L'accélération du déboisement et de l'incursion humaine dans les forêts tropicales détruit la santé et l'habitat de la faune et accélère les échanges entre les humains, la faune sauvage et les animaux domestiques. Les menaces qui pèsent sur la santé humaine, animale et environnementale sont inextricablement liées, et les instruments pour y faire face doivent inclure les accords sur les changements climatiques et les objectifs mondiaux relatifs à la biodiversité connus sous le nom de « 30x30 »(26,27).

Le SARS-CoV-2 est ainsi un virus d'origine zoonotique dont l'émergence était très probable. Les données actuelles suggèrent qu'une espèce de chauve-souris est l'hôte réservoir le plus probable. L'hôte intermédiaire est encore inconnu, tout comme le cycle de transmission exact. L'OMS a mandaté une mission technique pour mieux comprendre les origines du virus (28). Bien que la mission ait établi son rapport, les enquêtes sur les origines du virus se poursuivront. L'expérience d'autres pandémies, comme celle due au VIH, suggère qu'il faudra un certain temps, voire des années, avant qu'il n'y ait un large consensus sur la façon dont le virus a infecté l'être humain et le moment où cette infection s'est produite pour la première fois, ainsi que sur le moment et le lieu des premiers foyers de transmission interhumaine. Certains éléments, reposant à la fois sur des reconstructions rétrospectives de l'épidémiologie probable et sur l'analyse des échantillons recueillis et stockés, indiquent que le virus pourrait déjà avoir circulé en dehors de la Chine dans les derniers mois de 2019. Toutefois, ces éléments de preuve doivent encore faire l'objet d'un examen plus approfondi, et des explications troublantes, comme la contamination d'échantillons, restent à écarter.

La COVID-19 a révélé **la faille béante** existant entre les efforts limités et désunis de préparation à la pandémie et les besoins et résultats effectifs d'un système réellement confronté à une pandémie à l'évolution rapide et à la croissance exponentielle.

Le Groupe indépendant est arrivé à la conclusion que pour combler les lacunes dans la préparation, non seulement des investissements soutenus, mais aussi une nouvelle approche pour mesurer et tester la préparation sont nécessaires. **Les exercices pratiques et de simulation qui permettent de remédier immédiatement aux insuffisances identifiées doivent devenir systématiques, et l'évaluation de la préparation doit mettre davantage l'accent sur le fonctionnement du système dans des conditions réelles de crise pandémique.**

Les flambées zoonotiques sont de plus en plus fréquentes, ce qui accroît l'urgence d'une meilleure détection et d'une préparation plus solide. Compte tenu des enjeux croissants, le

suivi de la menace pandémique doit être à l'ordre du jour des décideurs au plus haut niveau au sein des gouvernements, des organisations intergouvernementales, des entreprises ou des collectivités.

La planification de la préparation aux pandémies est une fonction fondamentale des gouvernements et du système international qui doit être supervisée au plus haut niveau. La responsabilité n'incombe pas seulement au secteur de la santé.

4.2 Un virus plus rapide que le système de surveillance et d'alerte

Reconnaître le plus rapidement possible un nouvel agent pathogène est essentiel pour endiguer sa propagation. L'émergence de la COVID-19 a suscité **à la fois des réactions précoces et rapides parfois, mais aussi retard, hésitation et dénégation**, avec pour résultat une flambée devenue épidémie, et une épidémie prenant des proportions pandémiques.

Le Groupe indépendant a mené de vastes consultations afin d'élaborer une **chronologie** méticuleuse et vérifiée des événements tels qu'ils se sont produits à partir de la fin 2019, lorsque des cas ont été détectés pour la première fois en Chine, jusqu'à la fin mars 2020, date à laquelle l'épidémie s'était largement propagée dans le monde et avait été qualifiée de pandémie. Un examen systématique de toutes les études publiées pertinentes – à la fois celles qui étaient disponibles à l'époque et les études rétrospectives – ; des documents soumis par les États Membres de l'OMS, des entretiens avec des acteurs clés en Chine et dans d'autres pays, avec l'OMS et d'autres organisations ; ainsi qu'un examen des documents internes et de la correspondance de l'OMS, ont permis d'établir cette chronologie.

Par son examen détaillé des mesures prises pour riposter à la COVID-19, le Groupe indépendant ne vise pas à distribuer des blâmes, mais plutôt à comprendre ce qui s'est passé et ce qui, le cas échéant, pourrait être fait différemment si des circonstances semblables se reproduisaient, ce qui est fort probable. Nous sommes conscients que nos appréciations bénéficient de la sagesse de l'examen rétrospectif et reconnaissons que les décisions prises à l'époque l'ont été dans des conditions de grande incertitude.

4.2.1 Les premiers cas signalés

En **décembre 2019**, un certain nombre de patients atteints d'une pneumonie d'origine inconnue ont été hospitalisés à Wuhan, en Chine. Des tests ultérieurs sur une cohorte de patients admis entre le 16 décembre et le 2 janvier ont révélé 41 cas de COVID-19. Le 24 décembre, des médecins préoccupés par le fait qu'un patient atteint de pneumonie ne réponde pas aux traitements habituels ont envoyé un échantillon à un laboratoire privé pour analyse. Les cliniciens ont remarqué qu'un certain nombre de patients – mais non la totalité d'entre eux – s'étaient rendus sur le marché aux produits de la mer de Huanan à Wuhan. Dans une famille par exemple, une femme qui était sous traitement le 26 décembre s'était rendue au marché aux produits de la mer, tandis que son mari et son fils, dont les scanners thoraciques effectués peu de temps après présentaient des schémas similaires, ne l'avaient pas fait. Bien que le marché ait été le point de mire initial de l'enquête, deux études ultérieures (29,30) portant sur les premiers cas confirmés en laboratoire n'ont relié que 55 à 66 % des cas à des expositions sur ce marché, ce qui donne à penser que le marché pourrait avoir été un site d'amplification de la propagation du virus plutôt que son origine. En décembre 2019, on ne disposait pas de preuves déterminantes de transmission interhumaine d'un nouvel agent pathogène, mais à la fin du mois, des signes indiquaient que celle-ci était probable.

Le 30 décembre 2019, la Commission municipale de la santé de Wuhan a émis deux avis urgents à l'intention des réseaux hospitaliers de la ville concernant des cas de pneumonie d'origine inconnue liés au marché aux produits de la mer de Huanan. Le marché a été fermé et nettoyé entre le 31 décembre et le 1^{er} janvier. Dans la matinée du 31 décembre, la revue

économique chinoise *Finance Sina* a rendu compte de l'un des avis émis par la Commission municipale de la santé de Wuhan. Cette notification a été repérée par plusieurs systèmes de surveillance des maladies, notamment par les Centers for Disease Control, Taiwan (Chine), qui ont à leur tour contacté l'OMS par courriel par l'intermédiaire du système de notification du RSI (2005), en demandant plus d'informations. Une traduction automatique du rapport de *Finance Sina* a été publiée sur le site Web du programme de surveillance des maladies émergentes ProMED. Ce rapport a été repris par le système de veille épidémiologique EIOS (Epidemic Intelligence from Open Sources) qui a alerté le Siège de l'OMS de la flambée. Plus tard dans l'après-midi du 31 décembre, la Commission municipale de la santé de Wuhan a publié un bulletin public décrivant 27 cas de pneumonie d'origine inconnue. Le Bureau de pays de l'OMS en Chine a pris note du bulletin peu après sa publication et a immédiatement informé le point focal RSI au Bureau régional OMS du Pacifique occidental (WPRO).

L'Institut de virologie de Wuhan a séquencé la quasi-totalité du génome du virus le 2 janvier 2020. Le 5 janvier 2020, la séquence génétique complète a été transmise aux sites Web en libre accès GenBank et GISAID à partir d'un échantillon séquencé par le Centre de santé publique de Shanghai, et publiée le 10 janvier (31), d'autres séquences étant téléchargées par le Chinese Center for Disease Control and Prevention (CDC de la Chine) le 11 janvier. Le 7 janvier 2020, le CDC de la Chine avait réussi à isoler le virus. Le 10 janvier 2020, des scientifiques chinois ont mis au point un réactif pour des tests PCR permettant de détecter le virus (29).

Ces événements, tels qu'ils se sont déroulés à Wuhan au cours des deux dernières semaines de décembre 2019 et jusqu'au début de 2020, démontrent la **diligence des cliniciens** qui ont remarqué des groupes de cas de pneumonie inhabituelle, envoyé des échantillons pour dépistage sur lesquels les outils de séquençage de nouvelle génération disponibles sur le marché ont permis de détecter des signes évocateurs d'un nouveau coronavirus de type SARS, et ont fait part de leurs préoccupations au sujet de ce groupe de cas atteints d'une affection inexplicée aux autorités sanitaires locales. Les autorités sanitaires locales ont fermé et nettoyé le marché supposé être une source possible du virus.

Moins d'un jour après sa diffusion à l'intention des hôpitaux, l'alerte locale a été reprise dans les médias. Elle a été captée par d'autres autorités sanitaires et par les réseaux mondiaux de veille épidémiologique qui scrutent constamment les sources ouvertes à travers le monde. Ainsi, **les voies** par lesquelles l'OMS a pris connaissance de l'épidémie le 31 décembre 2019 sont au nombre de **trois** – les Centers for Disease Control and Prevention, Taiwan (Chine), qui ont contacté l'OMS par l'intermédiaire du système de notification du RSI (2005) après avoir noté les références à la flambée dans les médias ; l'alerte publiée sur le site Web de ProMED et reprise par le système de surveillance épidémiologique ; et le Bureau de pays de l'OMS en Chine qui a pris note du bulletin public de la Commission municipale de la santé de Wuhan.

Le 3 janvier 2020, le Bureau OMS du Pacifique occidental a officiellement demandé des informations et des vérifications supplémentaires dans le cadre des procédures prévues par le RSI (2005). La Commission nationale chinoise de la santé et le Bureau de pays se sont réunis pour une séance d'information technique le 3 janvier et des informations initiales concernant la première série de 44 cas signalés ont été fournies au cours de la séance d'information et par courriel. À la suite de cette séance d'information, l'OMS a averti des cas sur son fil Twitter le 4 janvier et, le 5 janvier, a officiellement alerté tous les gouvernements des pays par l'intermédiaire du Système d'information sur les événements du RSI, et publié en outre son premier bulletin d'information sur les flambées épidémiques sur le groupe de cas.

Les autorités chinoises et l'OMS ont ensuite tenu une réunion d'information le 11 janvier. Le Bureau de pays est parvenu à un accord avec les autorités chinoises le 15 janvier pour se rendre à Wuhan. Le 16 janvier, une nouvelle séance d'information a eu lieu et une liste plus complète de renseignements sur les cas a été communiquée. La première mission de l'OMS à Wuhan a eu lieu les 20 et 21 janvier.

Dans une annonce diffusée à la télévision nationale le 20 janvier 2020, des experts chinois de la santé ont confirmé publiquement qu'il y avait transmission interhumaine et que les agents de santé faisaient partie des personnes qui avaient été infectées. Wuhan a instauré **un confinement** drastique **de la population le 23 janvier** pour tenter d'endiguer le virus, alors que 830 cas et 25 décès étaient signalés (32). Selon le rapport de la deuxième mission conjointe OMS-Chine, qui s'est déroulée du 16 au 24 février, les mesures de confinement et de santé publique prises en Chine ont été considérées comme efficaces pour réduire rapidement la transmission.

Dans certains endroits, le dépistage à l'arrivée des visiteurs a débuté presque immédiatement, lorsque la nouvelle de la flambée épidémique de Wuhan a été diffusée publiquement. Entre-temps, en Thaïlande, le 13 janvier, une femme arrivée de Wuhan le 8 janvier était le **premier cas confirmé en dehors de la Chine**. Le Japon a fait état d'une personne infectée le 16 janvier.

4.2.2 Déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale

Une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) est le niveau d'alerte le plus élevé que puisse décréter le Directeur général de l'OMS. Le RSI (2005) prescrit que, pour déterminer si un événement constitue une USPPI, le Directeur général de l'OMS tient compte de l'avis d'un **Comité d'urgence** convoqué à cette fin, qui est composé d'experts choisis parmi les membres d'une liste d'experts du RSI établie par l'OMS. L'État concerné est invité à présenter son point de vue au Comité d'urgence. Lorsque le Comité d'urgence recommande qu'une USPPI soit déclarée, la décision finale appartient au Directeur général de l'OMS, qui tiendra compte de toutes les informations. La réunion du Comité d'urgence du RSI appelée à discuter de la flambée les 22 et 23 janvier était divisée sur l'opportunité de recommander que la flambée soit déclarée USPPI. Le Comité d'urgence s'est de nouveau réuni la semaine suivante lorsque le Directeur général est revenu d'une mission en Chine. Conformément à la recommandation du Comité d'urgence, le Directeur général de l'OMS a déclaré que la flambée constituait une USPPI le 30 janvier. À ce moment-là, on recensait 98 cas dans 18 pays en dehors de la Chine (33,34). Dans la déclaration du Comité d'urgence dont le Directeur général s'est fait l'écho, il était précisé que sur la base des informations disponibles, aucune restriction aux voyages n'était recommandée.

Le rapport du 3 février 2020 du Directeur général de l'OMS au Conseil exécutif de l'Organisation faisait référence à la déclaration de la flambée en tant qu'USPPI (35). Le 4 février, lors d'une séance d'information orale destinée aux États Membres, le Directeur général indiquait que 20 471 cas avaient été confirmés et 425 décès signalés en Chine, et un total de 176 cas recensés dans 24 autres pays.

Le RSI (2005) n'utilise pas et ne définit pas le terme « pandémie ». C'est dans le contexte du cadre et des lignes directrices relatifs à la grippe pandémique que l'utilisation du terme par l'OMS est la plus large bien que même dans ce cas, la distinction entre grippe saisonnière et

grippe pandémique ne soit pas parfaitement nette (36). En février 2020, tandis que la COVID-19 poursuivait sa propagation et que la déclaration d'une USPPi ne semblait pas être comprise comme équivalent à un niveau d'alerte maximal, de plus en plus de voix se sont élevées pour demander à l'OMS de décrire la situation comme relevant d'une pandémie. Finalement, se déclarant inquiète de l'ampleur à la fois de la propagation de la maladie et du niveau d'inaction face à celle-ci, l'OMS a qualifié la COVID-19 de **pandémie mondiale le 11 mars 2020**, alors que 118 000 cas avaient été signalés dans 114 pays (37).

Le Groupe indépendant a examiné de manière approfondie cette séquence d'événements entre décembre 2019 et la déclaration d'une USPPi le 30 janvier 2020 afin d'évaluer ce qui aurait pu être fait différemment et si des changements doivent être apportés au système d'alerte international.

Le RSI (2005) est conçu pour garantir que les pays ont la capacité de détecter et de notifier les événements sanitaires. Il prescrit que, lorsque des maladies ou des décès en nombre supérieur aux niveaux attendus sont détectés, les informations essentielles soient immédiatement transmises aux niveaux infranational ou national. Si des événements urgents, définis comme étant déterminés par leurs « effets graves sur la santé publique et/ou [leur] caractère inhabituel ou inattendu, assortis d'un fort potentiel de propagation », sont détectés, ils doivent être signalés immédiatement au niveau national et évalués dans les 48 heures. Les événements évalués comme pouvant constituer une USPPi doivent être signalés à l'OMS dans les 24 heures suivant l'évaluation, par l'intermédiaire du point focal national RSI. Ces événements doivent satisfaire à au moins deux des quatre critères suivants : 1) avoir de graves répercussions sur la santé publique ; 2) être inhabituels ou inattendus ; 3) représenter un risque important de propagation internationale et 4) comporter un risque important de restrictions aux voyages ou aux échanges internationaux.¹ Le Groupe indépendant est d'avis qu'il est probable que la flambée épidémique survenue à Wuhan ait satisfait aux critères requis pour être déclarée USPPi au moment de la première réunion du Comité d'urgence le 22 janvier 2020.

Bien que l'OMS ait fait preuve de rapidité et de diligence en diffusant de manière précoce l'alerte à la flambée épidémie dans les pays du monde entier, son approche dans la présentation de la nature et du niveau de risque reposait sur les principes établis, définis par le Règlement sanitaire international, consistant à émettre un avis sur la base des données probantes existantes. L'OMS a certes évoqué la possibilité d'une transmission interhumaine au cours de cette période avant que celle-ci ne soit confirmée, et recommandé les mesures à prendre par les agents de santé pour prévenir l'infection, toutefois le Groupe indépendant est d'avis qu'elle aurait également pu dire aux pays qu'ils devaient, par précaution, supposer qu'il y avait transmission interhumaine. Compte tenu de ce que l'on sait des infections respiratoires, il convient d'appliquer le principe de précaution et de supposer que dans toute flambée causée par un nouvel agent pathogène de ce type, une transmission interhumaine soutenue se produira à moins que les éléments de preuve n'indiquent expressément le contraire.

¹ En outre, le SRAS, la poliomyélite, la variole et tout nouveau sous-type de grippe sont automatiquement définis comme des événements pouvant constituer une USPPi. Voir Règlement sanitaire international (2005), troisième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241580496>, consulté le 26 avril 2021).

Le Groupe indépendant conclut que **le système d’alerte ne fonctionne pas assez vite** lorsqu’il est confronté à un agent pathogène respiratoire circulant rapidement, que **le RSI (2005) juridiquement contraignant est un instrument prudent** dans sa conception actuelle et qu’il freine plutôt qu’il ne facilite une action rapide, et que **le principe de précaution** n’a pas été appliqué aux premiers éléments de preuve d’alerte alors qu’il aurait dû l’être.

Le Groupe spécial est d’avis que **la définition d’une nouvelle flambée présumée au potentiel pandémique doit être affinée**, car différentes catégories d’agents pathogènes ont des répercussions très différentes tant pour ce qui est de la vitesse à laquelle ils sont susceptibles de se propager que du type d’intervention nécessaire.

4.2.3 Deux mondes fonctionnant à des vitesses différentes

La chronologie des premiers événements qui ont conduit à donner l’alerte concernant la COVID-19 a montré **deux mondes fonctionnant à des vitesses très différentes**. D’un côté, le monde de l’information et du partage des données suivant un rythme effréné. Les plateformes numériques ouvertes de veille épidémiologique, où l’OMS joue un rôle de premier plan, mettent constamment à jour et partagent les informations sur les flambées. Les outils numériques, qui passent au crible de grandes quantités d’informations disponibles instantanément, sont désormais des éléments fondamentaux de la surveillance et de l’alerte concernant les maladies. La veille épidémiologique fonctionne de façon symbiotique avec l’échange d’informations – le flux incessant des nouvelles, des on-dit et des rumeurs qui caractérisent les médias sociaux et peuvent être explorés pour y déceler les signaux indicateurs d’une épidémie. Les données en accès libre sur les plateformes d’information et de collaboration qui sont au cœur des échanges scientifiques permettent également, de par leur nature, une disponibilité mondiale quasi instantanée de l’information.

L’autre monde est celui du rythme lent et réfléchi selon lequel l’information est traitée dans le cadre du RSI (2005), avec ses exigences de confidentialité et de vérification étape par étape et ses critères préliminaires pour une déclaration d’USPPI, mettant davantage l’accent sur les mesures qui **ne doivent pas** être prises, plutôt que sur celles qui doivent l’être.

Le problème majeur de ce monde à deux vitesses tient au fait que les virus, en particulier les agents pathogènes respiratoires hautement transmissibles, fonctionnent suivant le rythme le plus rapide, et non le plus lent.

Le Groupe indépendant conclut que **les systèmes de surveillance et d’alerte aux niveaux national, régional et mondial doivent être repensés**, en réunissant leur fonction de détection – en captant les signaux de flambées épidémiques potentielles – et leur fonction de relais – en veillant à ce que les signaux soient vérifiés et qu’il y soit donné suite. Les deux fonctions doivent pouvoir être assurées à une vitesse quasi instantanée.

Cela passera par l’application cohérente des outils numériques, y compris l’intégration de l’apprentissage automatique, ainsi que des fonctions de vérification et de contrôle, suivant un rythme soutenu. Un engagement à l’égard des principes des sources ouvertes comme fondement d’un système capable de s’adapter et de se corriger sera également nécessaire.

4.3 L'urgence et l'efficacité ont été absentes de la phase initiale de la riposte

Dans la plupart des pays, la déclaration d'une USPPI par le Directeur général de l'OMS le 30 janvier 2020 **n'a pas été suivie d'une action d'urgence énergique et immédiate, malgré la multiplication des éléments de preuve attestant qu'un nouvel agent pathogène hautement contagieux se propageait dans le monde entier**. Pour un nombre étonnamment élevé de pays, ce n'est qu'en mars 2020, après que la COVID-19 a été qualifiée de « pandémie », et alors qu'ils avaient déjà constaté une extension des cas localement, et/ou eu connaissance de la transmission croissante ailleurs dans le monde, et/ou encore que leurs hôpitaux commençaient à se remplir de patients gravement malades, que des mesures gouvernementales concertées ont finalement été prises.

En recommandant que soit déclarée une urgence de santé publique de portée internationale, le Comité d'urgence du RSI concernant la COVID-2019 a déclaré qu'il était « encore possible d'interrompre la propagation du virus, pour autant que les pays prennent des mesures fortes pour détecter rapidement la maladie, isoler et traiter les cas, rechercher les contacts et réduire les contacts sociaux dans une mesure adaptée au risque »(38). La plupart des pays ne semblaient pas avoir reçu ce message, malgré le fait qu'à ce moment-là, des cas avaient été recensés dans 19 pays et que la transmission interhumaine avait été signalée dans au moins quatre pays en plus de la Chine. La majorité des cas signalés en dehors de la Chine avaient des antécédents de voyage en Chine, mais cela était en partie dû au fait que les tests étaient initialement destinés uniquement aux personnes qui à la fois avaient des symptômes et s'étaient récemment rendus à Wuhan.

Le 30 janvier 2020, il aurait dû être clair pour tous les pays, compte tenu de la déclaration d'une USPPI, que la COVID-19 représentait une menace sérieuse. La Chine avait signalé plus de 20 000 cas confirmés ou suspects et 170 décès. Le nombre de pays auxquels le virus s'était propagé et où la transmission locale était attestée augmentait de jour en jour. Pourtant, seule une minorité de pays ont entrepris de mettre en place des mesures de protection et de riposte complètes et coordonnées contre la COVID-19 – une poignée avant même de voir un cas confirmé, et le reste une fois les cas arrivés.

La question que nous devons nous poser est la suivante : pourquoi la déclaration de l'USPPI n'a-t-elle pas fait réagir davantage, alors que la menace imminente aurait dû être clairement évidente ? Après les atermoiements du début de la riposte mondiale en janvier 2020, à la fin du mois, il était manifeste qu'une réponse de grande ampleur serait nécessaire. **Il est flagrant pour le Groupe indépendant que février 2020 a été un mois perdu**, alors que des mesures auraient pu et auraient dû être prises pour endiguer l'épidémie et empêcher la pandémie.

L'analyse du Groupe indépendant permet de penser que l'incapacité de la plupart des pays à réagir au cours du mois de février s'explique par la combinaison de deux éléments. D'une part, les pays n'ont pas su apprécier l'ampleur de la menace ni ne savaient suffisamment bien comment y répondre. D'autre part, en l'absence de certitude quant à la gravité des conséquences de ce nouvel agent pathogène, une attitude attentiste semblait un choix moins coûteux et prêtant moins à conséquence qu'une action de santé publique concertée.

4.3.1 Les pays qui ont réussi étaient dans une dynamique préventive, ceux qui ont échoué dans la dénégation et la procrastination

L'examen par le Groupe indépendant d'un éventail de ripostes mises au point par les pays avant fin mars 2021¹ démontre que ceux qui ont reconnu rapidement la menace du SARS-CoV-2 et qui ont été en mesure de réagir de manière globale ont beaucoup mieux tiré leur épingle du jeu que ceux qui ont attendu de voir comment la pandémie évoluerait. Les pays qui ont réagi rapidement ont agi selon le principe de précaution pour gagner du temps, tout en recherchant des informations auprès d'autres pays, en particulier de Wuhan en Chine où l'impact du confinement a montré que des mesures strictes pouvaient effectivement arrêter la flambée épidémique.

Les modèles d'intervention mis au point par rapport à des flambées antérieures, telles que le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS), ont été rapidement adaptés aux caractéristiques spécifiques de ce nouveau virus et à ses voies de transmission. L'épidémie de SRAS de 2003 avait laissé une marque indélébile, en particulier dans les pays les plus touchés d'Asie de l'Est et d'Asie du Sud-Est. Le SRAS a amené les gouvernements à mettre en place des approches mobilisant l'ensemble des pouvoirs publics, avec des structures de commandement clairement définies et hiérarchisées pour se préparer aux futures flambées et y réagir, avec une participation claire des communautés et la transmission de l'information. Les fonctions de protection de la santé ont été consolidées sous l'égide de nouveaux organes centralisés.

Même si la maladie à virus Ebola diffère très largement de la COVID-19, les pays qui ont eu cette expérience s'en sont inspirés pour établir rapidement des structures de coordination, mobiliser des effectifs en renfort et s'engager auprès des communautés.

Les interventions nationales ont été particulièrement efficaces lorsque le pouvoir décisionnel était clair, qu'existaient les capacités de coordonner les efforts entre les acteurs, y compris les dirigeants locaux, et les différents niveaux de gouvernement, et que les structures consultatives officielles étaient en mesure de fournir des conseils scientifiques opportuns qui ont été entendus. **L'existence d'organes de coordination efficaces à haut niveau a été essentielle pour que les pays puissent s'adapter à l'évolution de l'information** ; dans le contexte d'une pandémie causée par un nouvel agent pathogène, cette capacité à s'adapter a été vitale.

Les stratégies choisies par les pays pour répondre à la COVID-19 se sont concrétisées de manière très différente. Lors de l'analyse des ripostes nationales, le Groupe indépendant a identifié trois approches stratégiques distinctes : le confinement agressif, l'élimination ou l'atténuation. En outre, certains pays n'ont pas de stratégie précise ou appliquée de manière cohérente.

La stratégie de confinement agressif a été dominante dans les pays d'Asie et du Pacifique. Sur les 28 ripostes nationales analysées en profondeur par le Groupe indépendant, celles qui ont consisté en un confinement agressif sont celles de la Chine, de la Nouvelle-Zélande, de la République de Corée, de Singapour, de la Thaïlande et du Vietnam. La plupart des pays qui

¹ Le Groupe indépendant a procédé à un examen des ripostes politiques dans 28 pays choisis de sorte que soient représentés différentes régions et des résultats parmi les meilleurs, les pires ou médians, mesurés selon le nombre de décès pour 100 000 habitants.

ont adopté cette stratégie ont mis en place leur riposte nationale face à la COVID-19 moyennant une structure de gouvernance coordonnée et centralisée.

Dans tous les pays où la riposte a été un succès, le triage et l'orientation en temps opportun des cas suspects afin d'assurer l'identification rapide des cas et la recherche des contacts, et la mise en place d'installations d'isolement désignées à cet effet, que ce soit pour tous ou pour ceux qui ne peuvent pas s'isoler, ont été des mesures clés. Un soutien social et économique a été institué pour favoriser l'adoption généralisée des mesures de santé publique. Les pays qui ont eu de bons résultats ont mis au point des partenariats intersectoriels à de multiples niveaux et avec des entités extérieures au gouvernement, ont communiqué de manière cohérente et transparente, et ont agi en concertation avec les agents de santé communautaires et les dirigeants locaux ainsi qu'avec le secteur privé.

Pour réussir à endiguer la pandémie de COVID-19, des approches globales alliant de multiples actions en matière de santé à la sensibilisation du public et au soutien social et économique, ont été nécessaires. Donner la priorité à une seule intervention de santé publique au niveau de la population, comme l'obligation de port du masque ou la fermeture des écoles et des entreprises, ne s'est pas avéré efficace.

De nombreux pays ont fait un choix intermédiaire. Leurs stratégies visaient le confinement dans toute la mesure du possible, mais ont souvent été incohérentes sur le long terme. Certains pays ont mis en place des confinements lorsque l'incidence dépassait certains seuils ou lorsque la capacité hospitalière était sur le point d'être saturée. Les changements des politiques de confinement étaient difficiles à planifier et souvent tardifs par rapport à une dynamique épidémique évoluant rapidement. Les politiques de fermeture des frontières ont différé d'un pays à l'autre. Les programmes de recherche des contacts se sont avérés très efficaces lorsqu'ils ont été instaurés de manière rigoureuse, à un stade précoce, moyennant une mise en œuvre cohérente. Les tentatives de rattrapage lorsque la recherche des contacts a été introduite tardivement et dans les contextes de transmission communautaire élevée ont cependant souvent échoué et ont été abandonnées.

En revanche, **les pays ayant eu les moins bons résultats** dans leur riposte face à la COVID-19 ont, par leurs approches dénigrant la science, nié l'impact potentiel de la pandémie, retardé toute action globale, et permis à la méfiance de saper les efforts entrepris. Dans bon nombre de ces pays, les systèmes de santé étaient en proie à des problèmes persistants de fragmentation, les agents de santé n'étant pas valorisés et le financement insuffisant. Ils n'avaient pas la capacité de se mobiliser rapidement ni d'assurer la coordination entre interventions nationales et infranationales.

La dénégarion des éléments de preuve scientifiques a été aggravée par l'incapacité des dirigeants à prendre leurs responsabilités ou à mettre au point des stratégies cohérentes visant à prévenir la transmission communautaire. Les dirigeants qui se sont montrés sceptiques ou méprisants à l'égard des éléments de preuve scientifiques émergents ont miné la confiance du grand public, sapé la coopération et fragilisé le respect des interventions de santé publique.

Dans de nombreux cas, les efforts nationaux ont été à la fois favorisés et amplifiés par des ripostes régionales. Par exemple, les Centres africains de contrôle et de prévention des maladies (CDC Afrique), en tant qu'organe de l'Union africaine, ont pu coordonner une approche à l'échelle du continent face à la pandémie, bénéficiant du soutien politique requis des chefs d'État et de gouvernement et des ministres.

4.3.2 La crise des approvisionnements

L'histoire du glissement de la COVID-19 de flambée à pandémie a d'une part trait à des questions de leadership, de coordination et de prise de décisions au niveau national. Mais elle tient d'autre part aux difficultés qu'ont rencontré les pays **alors qu'ils se bouscuaient pour se procurer le matériel, les fournitures, les tests de diagnostic, les conseils, les fonds et le personnel** dont ils avaient besoin pour répondre à une charge de travail exponentielle face à la COVID-19. Il n'existait pas de mécanisme international qui aurait permis de constituer des stocks suffisants et de les mettre à disposition pour répondre à l'ampleur des besoins des pays, de libérer un flux de ressources ou d'intervenir pour veiller à un accès ordonné à celles-ci.

Début février 2020, le Directeur général de l'OMS a mis en garde contre des retards de 4 à 6 mois dans la fourniture de masques et d'équipements de protection. En mars, le déficit entre les besoins et la capacité manufacturière était estimé à 40 % (39). Les stocks constitués à la suite de l'épidémie de grippe H1N1 de 2009 étaient épuisés ; accaparement des produits, manipulation des prix et fraude sont apparus dans de nombreux pays ; les restrictions aux frontières ont entravé la circulation des approvisionnements ; et en avril 2020, 75 pays avaient imposé des contrôles à l'exportation de fournitures médicales et de médicaments. (40) En outre, les chaînes d'approvisionnement étaient excessivement dépendantes d'un nombre restreint de fabricants ou concentrées dans un petit nombre de pays fournisseurs.

Les efforts déployés aux niveaux national et international ont cherché à surmonter cette crise de l'offre, avec un succès mitigé. Les pays qui ont pu établir des partenariats d'achat à l'échelle nationale et avec leurs voisins s'en sont mieux sortis. En collaboration avec l'Union africaine et les CDC Afrique, une plateforme de partenariat a été mise en place pour obtenir davantage de pouvoir d'achat sur le marché de l'approvisionnement et éviter d'en être exclu par les pays les plus riches.¹ Au niveau international, les Nations Unies et l'OMS ont lancé le système de chaîne d'approvisionnement des Nations Unies pour la COVID-19, qui a finalement permis d'acheminer la moitié des approvisionnements essentiels dont ont bénéficié les pays à revenu faible ou intermédiaire. La recherche, le développement et la fabrication au niveau local ont été utilisés pour renforcer les approvisionnements, depuis les équipements de protection individuelle (EPI) jusqu'aux kits d'essai, en passant par les travaux de mise au point des vaccins.

Une **pénurie critique** est apparue très tôt, et persiste, **dans l'approvisionnement en oxygène**, vital dans une pandémie respiratoire, et il n'y a pas d'organisme chef de file clairement chargé d'en organiser la livraison. Ce n'est pas un problème nouveau – jusqu'à la moitié de tous les établissements de santé dans les lieux où les ressources sont limitées ont toujours manqué d'approvisionnement fiable en oxygène(41,42).

La pénurie de fournitures essentielles a eu des répercussions majeures sur les agents de santé aux premiers stades de la riposte, contribuant au nombre élevé de morts. Ceux-ci ont indiqué que leurs craintes au début de la pandémie étaient exacerbées par les défaillances initiales des systèmes, notamment l'absence de lignes directrices fondées sur des données

¹ Africa Medical Supplies Platform (<https://amsp.africa>): "We help institutional healthcare providers source critical equipment, fast" (Nous aidons les prestataires de soins institutionnels à s'approvisionner rapidement en matériels essentiels).

probantes, la pénurie d'EPI, les confinements soudains qui ont perturbé le déroulement normal des opérations, et le sentiment accablant que les établissements n'étaient pas préparés.¹

L'agilité avec laquelle les pays ont été en mesure de gérer les **demandes de renfort de personnel de santé** a fait une différence essentielle entre les ripostes réussies et celles qui ont connu des difficultés. Les systèmes de santé qui ont mieux géré la riposte à la COVID-19 ont mobilisé, formé et réaffecté leur personnel de santé rapidement en combinant l'embauche de nouveaux employés, le recours à des bénévoles et à des internes en médecine, et la mobilisation des retraités. Ils ont pris des mesures dynamiques pour accroître la capacité du système –parfois moyennant la construction rapide d'hôpitaux de fortune dans des endroits où la COVID-19 était hors de contrôle, mais aussi en élargissant l'usage de la télémédecine, en reportant les actes médicaux ajournables et en soutenant les soins primaires.

Recherche-développement rapide : bien que la phase initiale de la riposte face à la COVID-19 se soit caractérisée en grande partie par des occasions manquées et l'incapacité d'agir, dans certains domaines les premières mesures ont été prises à bon escient : c'est notamment le cas de la **recherche-développement (R-D)** et, en particulier, de la mise au point de vaccins.

La riposte face à la COVID-19 a bénéficié de longues années d'efforts visant à élargir les capacités de R-D pour faire face aux pandémies potentielles. L'expertise et la technologie accumulées au cours de décennies de travail – en particulier dans le cadre de la recherche et de l'immunologie concernant le VIH, le virus Ebola ou le vaccin anticancer – étaient disponibles et prêtes à être appliquées au nouveau virus.

À la suite de l'épidémie de maladie à virus Ebola en 2016, un nouveau modèle de R-D pour répondre aux pathogènes émergents susceptibles de provoquer de graves flambées à l'avenir a été élaboré dans le cadre du schéma directeur de l'OMS en matière de recherche-développement (43,44). Les goulets d'étranglement dans la collaboration internationale ont ainsi été identifiés, l'accord sur les principes de base du partage des données a été encouragé et des moyens plus efficaces de mener des essais cliniques en temps de crise ont été recherchés (45). La Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (CEPI) a été lancée en 2017 en tant qu'organisme à but non lucratif en vue de financer la recherche fondamentale et les premiers essais cliniques pour une liste de maladies infectieuses pouvant donner lieu à des épidémies.

Cette infrastructure a été déployée pratiquement dès que l'alerte concernant la COVID-19 a été donnée. Dès le 20 janvier 2020, la CEPI a identifié et soutenu certains des premiers candidats vaccins (vaccin Moderna et vaccin de l'Université d'Oxford), alors qu'il y avait moins de 600 cas dans le monde. Un certain nombre d'essais cliniques adaptatifs ont été lancés qui ont fourni des éléments de preuve rapidement, par exemple l'essai Recovery mené au Royaume-Uni qui, en juin 2020, avait montré l'efficacité de la dexaméthasone, et l'absence de bénéfices cliniques de l'utilisation de l'hydroxychloroquine dans le traitement de la COVID-19 (46). Le schéma directeur en matière de R-D a encouragé les essais cliniques adaptatifs et l'essai Solidarity a été lancé à la mi-avril 2020, donnant ainsi l'exemple d'un

¹ Source : Discussions de groupes ciblées menées pour le secrétariat du Groupe indépendant avec un échantillon d'agents de santé de différentes disciplines et Régions.

moyen efficace et robuste de générer des éléments de preuve randomisés à l'aide d'essais simples de grande ampleur.

Parallèlement aux efforts mondiaux, des initiatives nationales ont visé à soutenir la R&D pour combattre la COVID-19, la plus importante d'entre elles a été lancée aux États-Unis, au niveau fédéral, par la Biomedical Advanced Research and Development Authority, dont l'investissement cumulatif dans la recherche, le développement, la fabrication et l'achat de vaccins, de traitements et de produits de diagnostic contre la COVID s'élevait à 14 milliards de dollars des États-Unis en novembre 2020(47). Les organismes de réglementation se sont également mobilisés pour trouver des moyens d'accélérer les essais cliniques tout en préservant la sécurité. Plusieurs organismes de réglementation nationaux, dont l'Agence européenne des médicaments, la Central Drugs Standard Control Organization en Inde, la Food and Drug Administration aux États-Unis et Santé Canada ont approuvé des procédures d'urgence pour accélérer les essais cliniques et l'approbation.

En avril 2020, les experts en santé publique ont déclaré que selon des projections optimistes, un vaccin contre la COVID-19 ne serait pas disponible avant 12 à 18 mois(48). Toutefois, en juillet, de nombreux candidats vaccins faisaient déjà l'objet d'essais cliniques avancés(49).

4.3.3 Les enseignements à tirer de la phase initiale de la riposte

Le Groupe indépendant a analysé de manière approfondie la phase initiale de la riposte à la flambée de COVID-19, afin d'examiner si les ripostes des pays et du système international à la flambée épidémique auraient pu être différentes, et l'empêcher de se muer en pandémie dévastatrice.

Le Groupe indépendant conclut que la déclaration d'une USPPI, le plus haut niveau de préoccupation mondiale spécifié dans le Règlement sanitaire international, juridiquement contraignant, n'a pas conduit à une riposte urgente, coordonnée et d'envergure mondiale. Ce n'est que lorsque le nombre de cas de COVID-19 a augmenté de façon spectaculaire et que la COVID-19 s'est répandue à l'échelle internationale que les gouvernements ont pris des mesures sérieuses pour prévenir la transmission.

Février a été un mois d'occasions manquées d'endiguer la flambée épidémique, alors même que les éléments de preuve attestant de la propagation mondiale des infections étaient évidents.

Pour le Groupe indépendant, il est également manifeste que le facteur temps a été important – pour un petit nombre de pays, la reconnaissance à un stade précoce de la menace que représentait la COVID-19 et la rapidité des réponses apportées ont maintenu l'épidémie à un faible niveau. Mais même les pays qui ont agi plus tard ont été en mesure d'obtenir et de maintenir un certain succès grâce à des ripostes coordonnées, multisectorielles et scientifiques, pouvant être adaptées.

Les pays qui ont dénigré la science n'ont pas réussi à établir la confiance dans leur riposte et ont suivi des stratégies incohérentes qui leur ont fait prendre beaucoup de retard dans la lutte contre l'épidémie et ont entraîné des taux élevés d'infection et de mortalité.

4.4 Incapacité à assurer la pérennité de la riposte face à la crise

4.4.1 Stress considérable pour les systèmes de santé nationaux

Les systèmes et les agents de santé n'étaient pas préparés à une crise prolongée. D'un point de vue physique et émotionnel, la pandémie de COVID-19 a fait des ravages chez les agents de santé du monde entier. Les systèmes de santé les moins résilients ont été ceux qui avaient manqué de ressources et de cohésion pendant une longue période avant la pandémie. La prestation de services de santé essentiels, y compris dans les domaines de la santé sexuelle et reproductive, des maladies non transmissibles et transmissibles, de la vaccination et d'autres programmes de santé, a été interrompue, ce qui a eu des conséquences plus lourdes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les personnes présentant des affections sous-jacentes ont été négligées. Les personnes âgées hébergées dans des résidences étaient particulièrement vulnérables à la COVID-19 et, dans de nombreux pays à revenu élevé, la déferlante de décès enregistrés dans ces établissements a mis en évidence des insuffisances flagrantes pour ce qui est de la protection contre une nouvelle menace sanitaire et de la façon dont les soins aux personnes âgées et aux personnes vulnérables sont dispensés.

À mesure que la pandémie progressait, la presse diffusait des reportages choquants dans lesquels on pouvait voir des établissements de santé du monde entier engorgés par des milliers de patients en détresse et qui, pour beaucoup, manquaient cruellement de préparation face à cette hausse brutale d'admissions. Les ambulances faisaient la queue, les unités de soins intensifs débordaient et le taux d'occupation des lits d'hôpital était dangereusement élevé. En Espagne, par exemple, de nombreuses unités de soins intensifs fonctionnaient à 200, voire 300 % de leur capacité, et d'autres pays étaient soumis à des pressions similaires.

La cohésion a été maintenue grâce aux professionnels de la santé et autres travailleurs essentiels de première ligne — techniciens médicaux, médecins, infirmières, agents aux frontières, responsables de la quarantaine, sages-femmes, travailleurs communautaires, fournisseurs de repas et agents d'entretien — qui ont travaillé sans relâche, souvent sans équipement de protection adéquat et de fournitures médicales pour leurs patients, témoins impuissants du décès de leurs patients loin de leurs proches et inquiets pour leur propre santé et celle de leur famille. Les mesures de riposte ont accru la pression qu'il subissait — à mesure que les écoles et les garderies fermaient leurs portes, les travailleurs essentiels qui étaient également parents devaient jongler entre des impératifs non conciliables.

4.4.2 Menaces pour l'emploi

Outre les agents de santé, la pandémie a également eu des répercussions sur d'autres travailleurs essentiels : travailleurs indépendants, gérants de petites ou moyennes entreprises, employés de magasins d'alimentation et d'entreprises de transport, livreurs, agents d'entretien, agents aux frontières nationales et infranationales, etc. Les personnes travaillant dans le secteur de la transformation de la viande étaient particulièrement exposées au risque d'infection. En effet, les usines de conditionnement de la viande sont propices à la transmission des virus, en raison des températures basses, des surfaces métalliques, de la densité élevée d'aérosols, des niveaux de bruit tels que les travailleurs

doivent crier pour communiquer, du nombre élevé d'employés travaillant au même endroit et, souvent, de l'accès limité aux congés de maladie.

La nature de la ligne de front et le degré de risque pour les travailleurs témoignent des différences de revenu, tant entre les pays qu'à l'échelle nationale. Alors que ceux qui le pouvaient, notamment d'un point de vue financier, ont travaillé depuis chez eux pendant la crise, d'autres, en grande partie des travailleurs à faible revenu, ont assuré la continuité des approvisionnements alimentaires, des transports et des livraisons, au risque d'être infectés.

Les **répercussions économiques de la COVID-19** ont dépendu des interactions entre les **conditions structurelles préexistantes** des pays, de la place laissée, du point de vue des budgets et de la gouvernance, aux mesures d'atténuation, ainsi que de la nature et du calendrier des décisions prises pour faire face à la pandémie. Les conditions antérieures se sont révélées importantes – la liberté d'agir était nettement plus grande et le nombre de solutions disponibles plus élevé là où il existait un système de santé robuste et résilient, où les protections sociales et économiques étaient solides et où les gouvernements, les scientifiques et les citoyens pouvaient compter sur le fait que chacun allait faire de son mieux.

Selon une analyse effectuée sur plus de 80 pays, lorsque les niveaux d'emploi informel étaient élevés, les restrictions à la mobilité n'ont pas entraîné de réduction du nombre de cas – ce qui a permis de conclure que le confinement ne peut être couronné de succès que lorsque trois conditions sont remplies : les ménages disposent d'un revenu suffisant pour joindre les deux bouts pendant la période de confinement ; les travailleurs bénéficient d'un accès Internet leur permettant de travailler à distance ; et le degré de confiance dans le gouvernement est suffisamment élevé pour que les ordres de confinement soient respectés (50).

De nombreuses personnes ont perdu leur emploi et, dans certains cas, leur assurance maladie, ce qui a créé un cercle vicieux de propagation et d'aggravation de la maladie. Les socles de protection sociale – soit l'ensemble de garanties pour toute la population dont devrait être doté chaque pays, qui devraient être assorties de niveaux de sécurité de revenu définis à l'échelle nationale tout au long de la vie et d'un accès aux soins de santé (51) – tiennent compte de la relation étroite entre la couverture sanitaire universelle et la protection sociale. La pandémie a mis en évidence les inégalités qui apparaissent lorsque les pays ne respectent pas ces normes.

Les **actions entreprises au niveau local et la participation communautaire** ont été des éléments cruciaux de la riposte. Lorsque des structures locales, telles que les agents de santé communautaires, ont été mobilisées, elles ont eu une influence cruciale en aidant les populations à faire confiance aux instructions des pouvoirs publics, en déployant des services et en diffusant l'information scientifique. Cependant, la capacité des collectivités à déterminer la riposte lors de la prise de décision n'a été que trop rarement prise en considération.

De même, alors que les **femmes** représentent près de 60 % des personnels de santé et des travailleurs de première ligne, elles n'ont pas été incluses dans la plupart des structures de riposte face à la COVID-19, augmentant ainsi les inégalités au détriment de l'efficacité.

4.4.3 Nationalisme vaccinal

D'un point de vue politique, l'accès aux vaccins et leur distribution sont des questions et des choix très délicats. À ce jour, un certain nombre de pays à revenu élevé, dont l'Australie, le Canada, les États-Unis, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et l'ensemble de l'Union européenne, ont été en mesure d'obtenir des doses de vaccin qui seraient suffisantes pour vacciner 200 % de leur population (52).

Essentiel pour faire face au problème de la disponibilité des vaccins à l'échelle mondiale, le Mécanisme COVAX a été lancé par l'OMS et ses partenaires en avril 2020 en tant que volet vaccins du Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (Accélérateur ACT). Son objectif premier, énoncé en septembre 2020, est d'acheter 2 milliards de doses de vaccin anti-COVID-19 avant la fin de l'année 2021 et de les livrer aux populations de 190 pays. À la mi-mars 2021, le Mécanisme COVAX avait permis d'expédier 30 millions de doses dans au moins 54 pays (53,54). À l'époque, environ 1,8 milliard de doses devaient être mises à disposition de 92 pays à revenu faible ou intermédiaire avant la fin de l'année 2021, ce qui permettrait une couverture vaccinale de 27 % de leur population.

Mais ce déploiement escompté est grevé par les incertitudes liées à la capacité de fabrication, à la réglementation, à la disponibilité de fonds, aux termes définitifs des contrats et au degré de préparation des pays à la mise en œuvre de leur programme national de vaccination contre la COVID-19. Si le Mécanisme COVAX avait disposé au préalable de fonds en quantités adéquates immédiatement disponibles, il aurait été mieux à même d'obtenir suffisamment d'approvisionnements immédiats pour atteindre ses objectifs (55).

La question pressante est de savoir comment parvenir à un accord politique pour le partage et la redistribution des doses disponibles et des doses réservées de vaccin, en se fondant sur la solution optimale du point de vue global de la santé publique et en plaçant l'équité au cœur des préoccupations. Il est admis que le fait de ne vacciner que sa propre population ne mettra pas fin à la pandémie, mais l'incapacité à concrétiser cet argument en processus efficace et réel permettant la circulation et la distribution des doses de vaccin dès qu'elles sont disponibles est un obstacle majeur à la lutte contre la COVID-19.

Il n'existe aucune source d'information définitive sur les installations, à l'échelle mondiale, qui sont aujourd'hui prêtes à produire un vaccin anti-COVID-19 et capables de le faire, ni sur les quantités susceptibles d'être produites ou les matières premières nécessaires. En 2020, les fabricants éprouvaient même des difficultés à prévoir les quantités de vaccin destinées aux essais cliniques qu'ils étaient capables de fabriquer et, encore moins, celles destinées à la production massive de milliards de doses. Parmi les matières premières pour lesquelles les approvisionnements risquent de faire défaut figurent les seringues et les flacons de verre (56).

La mise en concordance du transfert de technologie, de la propriété intellectuelle et des capacités de fabrication pourrait stimuler les mesures prises en vue d'accélérer le déploiement des vaccins. Les problèmes de capacités de fabrication, d'environnement réglementaire approprié et de répartition équitable sont interdépendants et peuvent, chacun, être résolus.

Le partage du savoir-faire, des licences et de la propriété intellectuelle progresse, certes, mais lentement. En mai 2020, l'OMS a mis en place le Groupement d'accès aux technologies contre la COVID-19 (C-TAP) afin de mettre en commun les connaissances, la propriété intellectuelle et les données (57). Appuyé en principe par 41 pays à revenu élevé,

intermédiaire ou faible, il n'a jusqu'à présent reçu aucune contribution. La demande soumise récemment par l'Afrique du Sud et l'Inde à l'Organisation mondiale du commerce pour qu'il soit dérogé aux règles relatives à la propriété intellectuelle et que les fabricants de médicaments génériques soient autorisés à fabriquer des vaccins anti-COVID-19 continue d'être contestée. L'Inde – potentiellement l'un des plus grands fabricants de vaccins au monde – est elle-même à la traîne en ce qui concerne la production et la livraison de vaccins, et la hausse des cas dans le pays a mis un frein à ses exportations (58).

Pour le Groupe indépendant, il est manifeste que les effets conjugués de mauvais choix stratégiques, d'une réticence à lutter contre les inégalités et de l'absence de coordination du système ont donné lieu à un mélange toxique qui a permis à la pandémie de se transformer en crise humaine catastrophique.

Le Groupe indépendant note que la COVID-19 a été une pandémie d'inégalités et d'injustices (59). Les personnes qui bénéficiaient d'une moindre protection sociale étaient plus susceptibles d'être atteintes de pathologies préexistantes qui les rendaient plus vulnérables à la COVID-19, et étaient souvent aussi plus exposées au virus en raison de la nature de leur travail et de leurs conditions de vie. En cas d'exposition à la COVID-19, l'absence de protection sociale a empêché les personnes vulnérables ou malades de rester chez elles en raison du risque de perte de revenu.

L'inégalité est la principale raison pour laquelle la pandémie de COVID-19 a eu des répercussions aussi différentes sur la vie et les moyens de subsistance des populations.

5. Recommandations du Groupe indépendant pour transformer le système international de préparation et de riposte aux pandémies

Le Groupe indépendant estime qu'il faut une mutation systémique pour venir à bout de l'incapacité manifeste du système international à prévenir et à contenir une pandémie et à en atténuer l'incidence. La préparation et la riposte aux pandémies se doivent de fonctionner aux niveaux national, régional et mondial, au sein des différents secteurs de la vie socioéconomique, et d'intégrer les pouvoirs publics, les entreprises et les collectivités.

Il convient de mettre fin au plus vite à l'actuelle pandémie. Ensuite, il faudra prendre des mesures au cours de la phase de reprise pour faire en sorte qu'une telle pandémie ne se reproduise plus, en construisant mieux pour l'avenir. Il faut regagner le terrain perdu dans la réalisation des objectifs de développement durable en débrouillant l'écheveau des répercussions imbriquées que la pandémie a sur la santé, les moyens de subsistance et les inégalités.

Les recommandations du Groupe indépendant font suite au diagnostic que nous avons posé sur ce qui a mal tourné à chaque étape de la pandémie, dans la préparation, la surveillance et l'alerte, ainsi que dans la phase initiale de la riposte et dans sa durée. Elles témoignent en outre de l'idée que nous avons du leadership requis pour transformer le système.

Il faut donc :

- ***Renforcer le leadership et améliorer la coordination aux niveaux national, régional et international, y compris une OMS recentrée et plus indépendante, un Traité sur les pandémies et un Conseil de haut niveau chargé des menaces pour la santé mondiale.***
- ***Investir dans la préparation maintenant, et non pas lorsque la prochaine crise frappera, mesurer plus précisément ces investissements et mettre en place des mécanismes de responsabilisation pour encourager l'action ;***
- ***améliorer le système de surveillance et d'alerte pour lui donner une vitesse de réaction lui permettant de combattre des virus comme le SARS-CoV-2, et donner à l'OMS l'autorité de publier des informations et d'envoyer immédiatement des missions d'experts ;***
- ***mettre en place, après négociations, une plateforme capable de produire des vaccins, des produits de diagnostic, des traitements et des fournitures et d'en assurer la livraison rapide et équitable en tant que biens communs mondiaux essentiels.***
- ***garantir l'accès aux ressources financières, tant pour les investissements dans la préparation que pour être en mesure d'injecter des fonds dès le début d'une éventuelle pandémie.***

Le Groupe indépendant appelle les États Membres à demander au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies de convoquer une **session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies** afin de parvenir à un accord sur les réformes nécessaires pour faire en sorte que la communauté internationale puisse empêcher que la prochaine flambée épidémique d'un nouvel agent pathogène donne naissance à une autre pandémie.

1. Consolider le leadership en vue d'une préparation et d'une riposte aux plus hauts niveaux face aux menaces pour la santé mondiale afin de garantir une action juste, responsable et multisectorielle

La pandémie de COVID-19 a fait ressortir crûment **le manque de leadership politique de haut niveau dans le cadre de l'action mondiale coordonnée contre la pandémie, ce qui a eu pour conséquence que les gouvernements n'ont pas su se mettre d'accord sur des objectifs communs ni aligner leurs efforts pour répondre aux enjeux sanitaires, sociaux et économiques**. Dès lors, aucune orientation stratégique mondiale cohérente pour la riposte à la pandémie n'a été établie et rattachée à des organismes internationaux et à des institutions régionales. Le secteur privé et les organisations de la société civile n'ont pas non plus été en mesure d'apporter une contribution efficace à l'établissement d'orientations stratégiques.

L'évolution logique qu'a connue le **système de santé international** au cours des dernières décennies pour faire face à des problèmes de santé particuliers a donné lieu à d'importants progrès ponctuels, mais elle a également engendré des pertes d'efficacité découlant d'un manque de clarté dans les rôles et responsabilités de chacun et d'une incapacité à tirer pleinement parti des avantages comparatifs des différents intervenants. Les crises sanitaires mondiales ont des répercussions à l'échelle de l'ensemble du système et nécessitent un leadership coordonné de la part de l'OMS, du Fonds monétaire international (FMI), de la Banque mondiale et du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. Une coordination similaire est nécessaire au niveau des Régions. Dans les pays où les organisations du système des Nations Unies sont présentes, le réseau des coordonnatrices et coordonnateurs résidents en garantit la coordination à l'appui des pays.

Le système international de préparation et de riposte aux pandémies doit passer par une transformation en profondeur, encouragée par les dirigeants politiques au plus haut niveau. Cette transformation doit aboutir à des synergies entre organisations internationales, régionales et nationales, à un renforcement des capacités de préparation et de riposte aux pandémies à tous les échelons et à des systèmes efficaces de surveillance et de conformité.

Le Groupe indépendant a la conviction que pour réussir à l'avenir, il sera indispensable de passer par un Conseil chargé des menaces pour la santé mondiale établi au plus haut niveau. La pandémie montre qu'une telle instance aurait dû exister depuis longtemps. Il contribuerait à inscrire dans la durée un leadership et une attention politiques de haut niveau en faveur de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux pandémies et soutiendrait ainsi l'ambition d'un monde où celles-ci n'existent pas. Le Conseil devrait tirer son autorité de sa large représentativité et de sa légitimité et avoir la capacité à la fois de faire jouer les mécanismes de responsabilisation et d'avoir accès au financement pour garantir la préparation et la riposte aux niveaux national, régional et mondial.

Toute transformation du système international exigera une gouvernance internationale plus robuste à l'appui de la préparation et de la riposte en cas de pandémie. Cet objectif devrait pouvoir compter sur des instruments juridiques internationaux. **Le Groupe indépendant estime qu'une convention-cadre donnerait l'occasion** de combler les lacunes de la riposte internationale, de définir clairement les responsabilités des États et des organisations internationales, ainsi que de mettre en place des obligations et des normes juridiques ou de les renforcer. Cette convention pourrait également intégrer des mécanismes de financement, de recherche-développement, de transfert de technologies et de renforcement des capacités. L'adoption rapide d'une convention-cadre sur les pandémies devrait tirer parti de la volonté politique affichée au moment où la communauté

internationale n'a jamais été plus déterminée à éviter de futures pandémies et à accélérer les réformes de la gouvernance.

L'engagement des chefs d'État et de gouvernement à transformer le système international de préparation et de riposte aux pandémies doit aller de pair avec leur engagement à diriger une mise en œuvre forte et efficace au niveau national, le tout s'inscrivant dans la logique d'une poursuite et d'un renforcement de la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030.

RECOMMANDATIONS DU GROUPE INDÉPENDANT

- I. **Créer un Conseil chargé des menaces pour la santé mondiale.** La composition devrait être approuvée par une résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies (voir ci-dessous les recommandations pour une session extraordinaire de l'Assemblée générale et l'annexe A). Le Conseil devrait être dirigé au niveau des chefs d'État et de gouvernement et il devrait compter parmi ses membres des acteurs étatiques et non étatiques concernés, de manière à garantir une représentation équitable des régions, des genres et des générations, pour assumer les fonctions ci-après :
 - a) **Entretenir l'engagement politique** à l'égard de la préparation aux pandémies entre les situations d'urgence et de la riposte lorsqu'elles surviennent.
 - b) **Garantir, au maximum, la complémentarité, la coopération et l'action collective** à tous les niveaux du système international.
 - c) **Suivre les progrès accomplis sur la voie des objectifs et des cibles fixés par l'OMS**, ainsi qu'au regard d'éventuels nouveaux éléments de preuve scientifiques et cadres juridiques internationaux, et rendre régulièrement compte à l'Assemblée générale des Nations Unies et à l'Assemblée mondiale de la Santé.
 - d) **Orienter l'allocation** des ressources par le nouveau dispositif financier proposé en fonction de la formule fondée sur la capacité de payer.
 - e) **Exiger des intervenants qu'ils rendent des comptes**, y compris au travers d'une reconnaissance ou d'un examen par les pairs et de la publication de rapports analytiques sur l'avancement des progrès.
- II. **Adopter une Convention-cadre sur les pandémies dans un délai de six mois**, en faisant valoir les pouvoirs énoncés à l'article 19 de la Constitution de l'OMS et en complément du RSI, sous l'impulsion de l'OMS et avec une nette participation aux plus hauts niveaux de représentants gouvernementaux, d'experts scientifiques et de la société civile.
- III. **Adopter une déclaration politique des chefs d'État et de gouvernement lors d'un sommet mondial organisé sous les auspices de l'Assemblée générale des Nations Unies** dans le cadre d'une session extraordinaire convoquée aux fins de **transformer la préparation et la riposte aux pandémies conformément aux recommandations formulées dans le présent rapport** et s'engageant à le faire.

2. Recentrer et renforcer l'indépendance, l'autorité et le financement de l'OMS

L'OMS a un rôle de chef de file indispensable dans le système international de prévention, de préparation et de riposte face aux urgences sanitaires mondiales, comme les pandémies. Pendant la pandémie de COVID-19, l'action de l'OMS a pris une ampleur et atteint un niveau fondamentalement différents de ce qui a été observé, par exemple, lors de la phase initiale de la riposte à la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014. L'OMS doit être au cœur du système de santé mondial. Depuis de nombreuses années, elle s'est vu confier de nouvelles tâches sans avoir l'autorité ni les ressources suffisantes pour les mener à bien. Lors de cette pandémie, sa direction et son personnel n'ont ménagé aucun effort, **mais des problèmes structurels ont été mis en évidence.**

L'OMS est et doit être l'organisation chef de file du secteur de la santé dans le système international, mais elle ne peut pas tout faire. Il est impératif que les niveaux mondial, régional et national du système international de préparation et de riposte travaillent à l'unisson dans un cadre bien défini et bien coordonné à l'appui des pays, en tirant pleinement parti des avantages comparatifs des différents intervenants.

Dans l'appui qu'elle apporte aux autorités nationales, l'OMS devrait avoir un rôle fédérateur, mais elle devrait également, dans les situations d'urgence, renforcer son rôle de coordination sans pour autant prendre en charge dans la plupart des cas des fonctions d'exécution (comme les achats et l'approvisionnement). L'OMS devrait se concentrer sur la mise à disposition d'orientations et d'analyses stratégiques, ainsi que sur la formulation de normes et de conseils techniques pour s'assurer que les pays ont des systèmes de santé résilients et dotés des capacités de riposte requises en cas d'urgence sanitaire. Dans les situations d'urgence, l'OMS a un rôle opérationnel important à jouer en fournissant des conseils et un soutien techniques.

La qualité, la mise à disposition en temps opportun et la clarté des conseils techniques et des orientations que l'OMS fournit à la communauté internationale sont de la plus haute importance. Les programmes devraient avoir dans leurs effectifs des spécialistes de qualité dont les compétences sont à jour et pertinentes, et pouvoir s'appuyer sur les systèmes nécessaires en matière de finances, d'organisation et de gestion. Les bureaux régionaux peuvent jouer un rôle essentiel en adaptant plus précisément aux contextes locaux les conseils donnés à l'échelle mondiale. L'une des principales fonctions techniques de l'OMS consiste à transposer des modèles de riposte nationale réussie en stratégies susceptibles d'être appliquées ailleurs.

Les actuelles ***modalités de financement de l'OMS*** ont de graves répercussions sur la qualité de ses résultats. La précarité de son financement constitue **un risque majeur pour l'intégrité et l'indépendance de son travail.** Les tentatives menées progressivement ces dernières décennies pour améliorer le modèle de financement actuel n'ont pas abouti.

Bien que le Directeur général de l'OMS dispose théoriquement de l'**autorité** formelle et juridique nécessaire pour prendre des décisions et pour orienter la communauté internationale et communiquer à propos des pandémies et de la santé en général, l'exercice de cette autorité est mis à mal dans la pratique. La santé mondiale est inévitablement un sujet politiquement sensible et il est essentiel que l'OMS, en tant

qu'institution, soit suffisamment forte pour être en mesure d'agir avec la plus grande indépendance possible. Il est également souhaitable que d'autres institutions du système multilatéral jouissent du même degré d'indépendance.

La **gouvernance** doit correspondre aux attentes placées dans l'organisation, surtout lorsqu'elle subit les tensions extrêmes que suppose la gestion d'une pandémie. Les tentatives de réforme portant sur le rôle du Conseil exécutif n'ont guère eu de succès. L'incapacité du Conseil exécutif à agir en tant qu'organe de direction, en appuyant et en orientant clairement le travail de l'organisation, est apparue dans toute son évidence lors de la pandémie actuelle.

RECOMMANDATIONS DU GROUPE INDÉPENDANT

- I. **Établir l'indépendance financière de l'OMS**, sur la base de ressources sans objet désigné, augmenter les contributions des États membres à 2/3 du budget du programme de base de l'OMS et organiser un processus de reconstitution pour le reste du budget.
- II. **Renforcer l'autorité et l'indépendance du Directeur général**, notamment en instaurant un **mandat unique de sept ans sans possibilité de réélection**. La même règle devrait être adoptée pour les Directeurs régionaux.
- III. **Renforcer la capacité de gouvernance du Conseil exécutif**, notamment en créant un **Comité permanent des situations d'urgence**.
- IV. **Axer le mandat de l'OMS sur des orientations normatives, techniques et de politique générale**, y compris en aidant les pays à renforcer leurs capacités à se préparer et à riposter face aux pandémies et à bâtir des systèmes de santé résilients et équitables.
- V. **Donner à l'OMS les moyens de jouer un rôle de direction, de rassemblement et de coordination** pour les aspects opérationnels des interventions d'urgence en cas de pandémie, **sans**, dans la plupart des cas, assumer la responsabilité des achats et des fournitures, tout en veillant à ce que d'autres fonctions clés de l'OMS n'en pâtissent pas, y compris la fourniture de conseils techniques et de soutien dans le cadre opérationnel.
- VI. **Allouer des ressources et des équipements suffisants aux bureaux de pays de l'OMS** pour qu'ils puissent répondre aux demandes techniques émanant des gouvernements nationaux afin de soutenir la préparation et la riposte en cas de pandémie, y compris appuyer la mise au point de systèmes de santé résilients, la couverture sanitaire universelle et l'amélioration de la santé des populations.
- VII. **Accorder la priorité à la qualité et aux résultats du personnel à chaque niveau de l'OMS** et dépolitiser le recrutement (en particulier aux échelons supérieurs) en respectant les critères fondés sur le mérite et les compétences pertinentes.

3. Investir dès maintenant dans la préparation pour créer des capacités qui soient pleinement fonctionnelles aux niveaux national, régional et mondial

La préparation aux pandémies n'a pas reçu toute la priorité politique voulue. Elle s'est cantonnée dans une large mesure au secteur de la santé. L'ampleur du risque pandémique n'a pas été mesurée à sa juste valeur dans la prise de décisions financières ou dans l'établissement des priorités à l'échelle des pouvoirs publics ou en matière d'organisation aux niveaux national, régional ou mondial.

Inscrire dans les instruments actuels du FMI et de la Banque mondiale des considérations utiles sur les pandémies donnerait directement l'occasion d'intégrer dans le développement économique la sensibilisation au risque pandémique et la préparation aux pandémies.

Il n'y a pas eu de coordination multisectorielle de la préparation. Bien que le risque pandémique relève du champ d'application du Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe, le renforcement des capacités de réduction des risques de catastrophe a été en grande partie dissocié des efforts de préparation aux pandémies du secteur de la santé.

Cette absence de priorité accordée à la préparation aux pandémies a, entre autres, pour conséquence un déficit de financement pour soutenir la planification de la préparation et du renforcement des capacités au niveau national et les fonctions d'appui à l'échelle mondiale. Dans bien des cas, les plans nationaux de riposte en cas de pandémie n'ont pas été stratégiques et n'ont pas été assortis de plans réalistes de mobilisation financière.

Le déficit de financement pour la préparation est une réalité à l'échelle mondiale et dans les pays, quelle que soit leur tranche de revenu. Tandis que les pays à revenu faible ou intermédiaire peuvent avoir besoin d'un soutien international pour compléter les ressources nationales qu'ils allouent à la préparation à la pandémie, les pays à revenu élevé ont les moyens nécessaires pour pouvoir supporter tous les coûts.

Les évaluations de la préparation n'étaient pas rigoureuses et elles n'ont pas permis de prévoir dans les faits les résultats effectifs des ripostes à la COVID-19. Le recours aux exercices de simulation était, au mieux, inégal et il n'a pas systématiquement donné lieu à des mesures correctives. Les systèmes de santé animale et environnementale n'ont, dans une large mesure, pas été intégrés aux systèmes de protection de la santé humaine. Les plus hauts niveaux de gouvernance à l'échelle nationale, régionale ou mondiale n'ont mis en place aucune planification explicite selon le principe « Une seule santé ».

Les plans d'urgence, les moyens humains pouvant être rapidement déployés, les stocks et le prépositionnement des fournitures essentielles ont fait défaut.

Un nouvel agent pathogène susceptible de donner lieu à une pandémie pourrait voir le jour à tout moment. **Il convient de corriger sans plus tarder ces lacunes dans la préparation.** Tandis que de nombreux gouvernements et organisations régionales et internationales se concentrent sur la crise actuelle de la COVID-19, ils peuvent éprouver des difficultés à prêter attention aux mesures nécessaires pour mieux se préparer aux futures flambées. Or, ces futures flambées épidémiques pourraient très bien être dues à des agents pathogènes très différents aux répercussions tout aussi différentes. Ainsi, les enseignements partagés sur les réussites de la riposte à la

COVID-19 et les leçons durement acquises des échecs offrent une occasion unique de se préparer comme il se doit à empêcher l'apparition d'une nouvelle pandémie catastrophique.

RECOMMANDATIONS DU GROUPE INDÉPENDANT

- I. ***L'OMS doit fixer des cibles et des repères nouveaux et mesurables pour les capacités en matière de préparation et de riposte aux pandémies.***
- II. ***Tous les gouvernements nationaux doivent mettre à jour leurs plans nationaux de préparation par rapport aux cibles et aux repères fixés par l'OMS dans un délai de six mois, en veillant à ce que la coordination entre l'ensemble des pouvoirs publics et l'ensemble de la société soit en place et à ce qu'ils disposent des compétences, de la logistique et des fonds appropriés et pertinents pour faire face aux futures crises sanitaires.***
- III. ***L'OMS doit officialiser l'examen périodique universel par les pairs des capacités nationales en matière de préparation et de riposte aux pandémies au regard des cibles fixées par l'OMS afin de rendre des comptes et de partager les données d'expérience entre les pays.***
- IV. ***Dans le cadre de la consultation au titre de l'article IV avec les États Membres, le FMI devrait systématiquement inclure une évaluation de la préparation à la pandémie, y compris une évaluation des plans de riposte en matière de politique économique. Le FMI devrait tenir compte des évaluations des politiques de santé publique mises en œuvre par d'autres organisations. Des programmes quinquennaux d'évaluation de la préparation aux pandémies devraient également être mis en place dans chaque pays membre, dans le même esprit que les Programmes d'évaluation du secteur financier, menés conjointement par le FMI et la Banque mondiale.***

4. Mettre en place un nouveau système international de surveillance, de validation et d'alerte

La veille épidémiologique repose de plus en plus sur la surveillance constante de dizaines de milliers de signaux provenant de sources en accès libre, ainsi que sur l'identification et la vérification d'éventuelles menaces pour la santé publique. Les progrès de la **surveillance numérique en temps réel**, soutenus par l'apprentissage automatique, ont instauré un système constamment en alerte qui identifie rapidement l'information préoccupante. En revanche, les procédures d'alerte, de vérification et de notification qui font partie intégrante du RSI (2005) exigent que les informations soient transmises méthodiquement par l'intermédiaire de l'appareil gouvernemental à l'échelle nationale, puis à l'OMS. Cette procédure méthodique fondée sur le RSI n'est pas en mesure de suivre le rythme des systèmes de surveillance et le décalage entre les deux est un élément critique d'une défaillance du système particulièrement criante lorsqu'il est question de devoir contenir un pathogène respiratoire qui circule rapidement.

Les États Membres de l'OMS ne se sont guère montrés enclins à donner à l'Organisation et à son Directeur général le pouvoir d'enquêter sur les éventuelles flambées épidémiques et d'en rendre compte sans délai. Des missions d'experts techniques ne peuvent être envoyées dans chaque pays qu'avec leur permission et aucun système de pré-autorisation des missions n'a été mis en place. Il n'est pas rare que l'accès des missions à un pays soit tributaire de longues négociations avec le gouvernement après qu'une flambée épidémique a été notifiée.

L'actuel système d'alerte en cas de pandémie favorise l'inaction – des mesures ne pouvant être prises que si la valeur probante des éléments présentés l'exige. Il conviendrait d'inverser cette tendance – des mesures de précaution devraient être prises sur la base de présomptions, sauf si des éléments de preuve démontrent qu'elles ne sont pas nécessaires.

La déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) devrait être le signal d'alarme pour déclencher une riposte d'urgence en cas de pandémie à l'échelle mondiale, les pays étant attentifs à la nature précise de l'urgence et à la menace potentielle qu'elle suppose. Au lieu de cela, les procédures entourant une déclaration d'USPPI cherchent davantage à faire en sorte qu'aucune restriction injustifiée ne soit imposée aux échanges commerciaux et aux déplacements. Le RSI (2005) n'impose aux États aucune obligation d'agir à la suite de la déclaration d'une USPPI.

En faisant évoluer le système d'alerte pour l'orienter vers une action rapide, il convient de tenir compte des **mécanismes d'encouragement**. À l'heure actuelle, du niveau local au niveau international, les acteurs de la santé publique ne voient que des inconvénients à attirer l'attention sur une flambée épidémique susceptible de se propager. **Il faut créer des mesures d'encouragement** pour récompenser les mesures d'intervention rapide et reconnaître que les efforts de précaution et ceux déployés pour endiguer une maladie constituent une protection inestimable qui profite à toute l'humanité.

L'alerte et la riposte aux flambées épidémiques devraient être assorties de normes de résultats explicites qui doivent tenir compte des différentes catégories de nouveaux agents pathogènes. Chacune des étapes précédant et suivant l'alerte doit être prévisible et déclencher sans délai l'action de riposte requise.

RECOMMANDATIONS DU GROUPE INDÉPENDANT

- I. ***L'OMS doit mettre en place un nouveau système mondial de surveillance fondé sur la transparence totale de toutes les parties, en utilisant des outils numériques de pointe pour connecter les centres d'information du monde entier et inclure la surveillance de la santé animale et environnementale, et en l'assortissant de mesures appropriées de protection des droits des personnes.***
- II. ***L'OMS devrait être dotée par l'Assemblée mondiale de la Santé du pouvoir explicite de publier immédiatement des informations sur les flambées à risque pandémique sans solliciter au préalable l'approbation des gouvernements nationaux.***
- III. ***L'OMS devrait être habilitée par l'Assemblée mondiale de la Santé à enquêter sur les agents pathogènes à risque pandémique dans tous les pays en obtenant avec un court préavis un accès aux sites pertinents, la fourniture d'échantillons, ainsi que la délivrance de visas permanents à entrées multiples aux experts internationaux des épidémies pour les lieux où sont signalées des flambées épidémiques.***
- IV. ***Les déclarations d'urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) qui seront formulées par le Directeur général de l'OMS devraient être fondées sur le principe de précaution, lorsqu'il y a lieu, comme dans le cas des infections respiratoires. Les déclarations d'urgence de santé publique de portée internationale devraient reposer sur des critères bien définis, objectifs et publiés. Le Comité d'urgence qui conseille le Directeur général de l'OMS doit faire preuve d'une transparence totale pour ce qui est de sa composition et de ses méthodes de travail. Le jour où une urgence de santé publique de portée internationale est déclarée, l'OMS doit fournir aux pays des indications claires sur les mesures à prendre et sur les entités qui doivent les prendre pour contenir la menace pour la santé.***

5. Établir une plateforme prénégociée pour les outils et les fournitures

L'Accélérateur ACT a été lancé le 24 avril 2020 et a connu une évolution naturelle. Ses axes de travail sur les vaccins, les produits de diagnostic et les traitements, de même que son connecteur de systèmes de santé se veulent des partenariats souples et collaboratifs plutôt que des structures hiérarchiques. **L'Accélérateur ACT a été en mesure de mettre en place une plateforme efficace** à bien des égards, mais le fait qu'il n'existait pas avant la pandémie COVID-19 et qu'il ait dû être créé à cette fin transparait dans les lacunes qu'il présente. **Tous les axes de travail de l'initiative n'ont pas connu le même succès** et il n'a pas été possible d'instaurer à ce jour un cadre cohérent, stratégique, largement représentatif et intégralement financé. Certains pays et intervenants de la société civile estiment que l'Accélérateur ACT agit en fonction de l'offre et qu'il n'est pas assez représentatif, les grands pays et institutions donateurs ayant une influence disproportionnée sur la prise de décision.

Parmi les parties prenantes, et notamment les pays et les fabricants, toutes ne partagent pas l'idée selon laquelle les traitements, les vaccins et les produits de diagnostic nécessaires pour lutter contre les pandémies sont des biens communs mondiaux en matière de santé. Or, en l'absence d'une telle ambition commune, l'approche qui prévaut consiste à ne rien changer et suppose avant tout que des entreprises mondiales développent et vendent des produits brevetés conçus pour les pays riches, le reste du monde dépendant alors de la bonne volonté des donateurs, de l'aide au développement et de la charité pour accéder – enfin – à des technologies de santé capables de sauver des vies (60).

La mise en correspondance des instruments internationaux devrait soutenir une telle ambition commune, par exemple en incluant l'octroi de licences ouvertes pour des vaccins, des traitements et des produits de diagnostic dans la prochaine recommandation de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture sur une science ouverte, un instrument international normatif qui est en cours de négociation avec les États Membres en vue d'une adoption en 2021.

La **concentration** dans un petit nombre de pays **de la capacité de fabrication**, ainsi que des essais et de la production de connaissances pour les vaccins, les traitements, les produits de diagnostic et d'autres fournitures essentielles a largement contribué à l'inégalité. Bien que la mise au point de produits vaccinaux soit celle qui a le mieux réussi, on constate un manque de **planification de bout en bout** qui aurait vu la recherche-développement, les essais cliniques et les processus de fabrication guidés par un objectif et une stratégie d'accès équitable et efficace.

Un système négocié au préalable visant à accélérer la recherche-développement et à garantir un accès équitable est essentiel pour la riposte à la pandémie et pour le développement et la livraison de vaccins, de traitements, de produits de diagnostic et de fournitures essentielles. L'Accélérateur ACT offre, à ce titre, un modèle précieux. Les enseignements tirés de ses forces et de ses faiblesses devraient orienter l'établissement d'une plateforme permanente qui se tiendrait prête pour toute pandémie future.

Le Groupe indépendant est d'avis qu'il convient de mener un examen complet des réalisations, du financement et de la gouvernance de l'Accélérateur ACT afin de le rendre plus solide et mieux adapté à l'objectif élargi qui devrait être le sien.

L'actuel modèle dans lequel les systèmes donnent la prééminence aux pays à revenu élevé doit se convertir en une approche mondiale et inclusive, car c'est ce qu'il

convient de faire d'un point de vue moral et parce que c'est la seule façon de gérer une pandémie mondiale.

Il est essentiel qu'un tel système soit en mesure de coordonner la prise de décisions à l'échelle mondiale ; d'entretenir des relations efficaces avec les fabricants de vaccins et d'autres produits du secteur tant public que privé et de toutes les régions ; de renforcer la capacité de fabrication mondiale et locale, y compris par des investissements soutenus et à long terme dans le transfert de technologies ; et d'intégrer un mécanisme de financement qui investisse au début du cycle de développement pour soutenir une mise au point, une fabrication et un accès rapides et équitables.

RECOMMANDATIONS DU GROUPE INDÉPENDANT

- I. **Transformer la version actuelle de l'Accélérateur ACT en plateforme de bout en bout véritablement mondiale pour les vaccins, les produits de diagnostic, les traitements et les fournitures essentielles, en délaissant le modèle où l'innovation dépend du marché au profit d'un modèle visant à fournir des biens publics mondiaux. La gouvernance doit inclure des représentants de pays de tous les niveaux de revenu et de toutes les régions, de la société civile et du secteur privé. La recherche-développement et tous les autres processus pertinents doivent être guidés par un objectif et une stratégie visant à parvenir à un accès équitable et effectif.**
- II. **Veiller à ce que le transfert de technologie et l'engagement à l'égard des licences volontaires soient inclus dans tous les arrangements pour lesquels des fonds publics ont été investis dans la recherche et le développement.**
- III. **Établir de solides capacités financières et régionales pour la fabrication, la réglementation et l'achat d'outils en vue d'un accès équitable et effectif aux vaccins, aux traitements, aux produits de diagnostic et aux fournitures essentielles, ainsi qu'aux essais cliniques :**
 - a) **sur la base de plans élaborés conjointement par l'OMS, les institutions régionales et le secteur privé ;**
 - b) **assorties d'engagements et de processus pour le transfert de technologie, y compris vers les grands centres de fabrication de chaque région et au sein de ces centres, et**
 - c) **appuyées financièrement par les institutions financières internationales et les banques régionales de développement et d'autres organismes de financement publics et privés.**

6. Mobiliser de nouveaux financements internationaux pour les biens publics mondiaux que sont la préparation et la riposte aux pandémies

« Plus d'argent » : voilà une réponse facile à tout problème. Cependant, le Groupe indépendant en appelle à un financement spécifique à des fins spécifiques. Outre le financement nécessaire à la riposte actuelle et le renforcement et la diversification du financement de l'OMS, la crise de la COVID-19 a fait apparaître deux difficultés particulières en ce qui concerne la préparation et la riposte efficaces en cas de pandémies envisagées comme bien public mondial : un **financement insuffisant** de la préparation aux pandémies aux niveaux national, régional et mondial avant la pandémie, et la **lenteur du déblocage** des fonds alloués à la riposte une fois déclarée l'urgence de santé publique de portée internationale.

Le système international de préparation et de riposte aux pandémies a pour fonction essentielle de combler deux lacunes spécifiques présentes dans les pays pauvres au moment de mettre en place un **financement ordinaire** pour la préparation aux pandémies et un **financement rapide** à l'appui d'une riposte précoce, tous deux envisagés comme biens publics mondiaux. Parmi les exemples de ce type de financement de la préparation, on citera l'aide apportée aux pays et aux régions pour qu'ils mènent des exercices de simulation et mettent en place des infrastructures de séquençage génomique. Accélérer l'achat de traitements et de produits de diagnostic ou élargir la portée des tests constitueraient des exemples de financement de la riposte.

Il est nécessaire de voir plus loin que l'assistance et l'aide publique au développement pour financer les biens publics mondiaux. La préparation aux pandémies et la capacité d'intervention rapide devraient être considérées comme des éléments essentiels de l'infrastructure qui ne peuvent se permettre un échec et qui nécessiteraient un financement stable et fiable au même titre que d'autres systèmes internationaux essentiels comme les systèmes financiers et bancaires ou encore la sécurité et le maintien de la paix.

L'actuel système international visant à mobiliser des ressources pour la préparation et la riposte en cas de pandémie, à les allouer et à les dépenser est constitué d'une mosaïque d'intervenants, de mandats et d'outils de financement. **Nous ne recommandons pas la création de nouveaux organismes de mise en œuvre.** Néanmoins, nous sommes convaincus que les organismes de mise en œuvre existants ont besoin de fonds supplémentaires, axés sur les biens publics essentiels qu'ils fournissent.

Le financement de la riposte à la COVID-19 offre déjà des exemples réussis sur lesquels peut s'appuyer la refonte complète du financement qui est nécessaire, à l'image de la mobilisation et de la réaffectation par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme d'un milliard de dollars É.-U. pour répondre aux besoins urgents liés à la COVID-19 au début de la pandémie et l'apport récent de 3,5 milliards de dollars É.-U. supplémentaires qu'il a fait pour soutenir la riposte, notamment les tests, les équipements de protection individuels et l'approvisionnement en oxygène. Nous sommes déterminés à faire en sorte que ces efforts soient volontaristes et planifiés, et non réactifs et précipités.

RECOMMANDATIONS DU GROUPE INDÉPENDANT

- I. **Créer un Mécanisme international de financement en cas de pandémie afin de mobiliser des fonds fiables supplémentaires pour la préparation aux pandémies et pour le déblocage rapide d'un financement d'urgence pour la riposte en cas de pandémie.**
 - **Ce mécanisme devrait pouvoir mobiliser des contributions à long terme (10 à 15 ans) d'un montant d'environ 5 à 10 milliards de dollars des États-Unis par an pour financer les fonctions relatives à la préparation en cours de mise en œuvre. Il aura la capacité de débloquer jusqu'à 50 à 100 milliards de dollars É.-U. avec un court préavis en concentrant en début de période les engagements à terme en cas de déclaration d'une pandémie. Ces ressources devraient combler les lacunes en matière de financement des biens publics mondiaux à l'échelle nationale, régionale et mondiale afin d'assurer une préparation et une riposte aux pandémies qui soient exhaustives et inclusives.**
- II. **Il convient d'adopter une formule fondée sur la capacité de payer, en application de laquelle les pays de taille économique plus importante ou plus riches verseront les montants les plus élevés, de préférence à partir d'autres lignes budgétaires que celles allouées à l'aide publique au développement et en complément des montants établis pour cette dernière.**
 - **Le Conseil chargé des menaces pour la santé mondiale aura pour tâche d'allouer les fonds de ce mécanisme aux institutions régionales et mondiales existantes susceptibles de soutenir le développement des capacités de préparation et de riposte aux pandémies, et de surveiller ces fonds.**
 - **Le financement de la préparation pourrait être réparti au préalable selon la fonction et l'institution. Le financement d'urgence pour la riposte en cas de nouvelle déclaration de pandémie devrait être guidé par des plans de riposte établis au préalable pour les scénarios les plus probables, tout en conservant une certaine souplesse de manière à pouvoir s'adapter à chaque menace.**
 - **Le Secrétariat du mécanisme, dont la structure devrait être très simple, serait axé sur la collaboration avec des organismes mondiaux et régionaux existants et sur des travaux effectués par l'intermédiaire de ces derniers.**

7. Les pays établiront une coordination nationale au plus haut niveau pour la préparation et la riposte en cas de pandémie

Dans un nombre non négligeable de pays, la riposte nationale n'a pas permis de prendre de l'avance sur la pandémie. Les mesures qui ont été prises trop tard ont coûté autant qu'un confinement précoce sans en avoir les avantages, ce qui a donné lieu à des réactions négatives opposant économie et santé.

Les pays qui sont parvenus à gérer la maladie ont adopté **des approches à l'échelle de l'ensemble des pouvoirs publics et de la société, ont sollicité l'avis des scientifiques, ont collaboré avec les agents de santé et les dirigeants communautaires**, ont tenu compte des populations vulnérables et marginalisées, également dans les pays touchés par des conflits, et ont travaillé en étroite collaboration avec les autorités au niveau infranational. Cependant, lorsque les conseils scientifiques ont été écartés et que les approches nationales ont été marquées au sceau de la dénégation, du retard et de la méfiance, les efforts déployés au niveau national ont manqué de coordination, ont été confus et n'ont pas pu freiner la transmission communautaire.

La mise en place de sociétés résilientes et équitables passe par un changement radical des mentalités. La mesure dans laquelle la pandémie de COVID-19 a creusé les inégalités est la preuve par excellence des liens étroits qui unissent les facteurs sociaux, économiques, environnementaux et politiques au sein de la société. Les programmes de santé et les ripostes à la COVID-19 doivent prendre en considération les inégalités liées aux questions de genre, d'appartenance ethnique et autres, et agir en conséquence. On a vu dans les intervenants communautaires et issus du secteur privé des intermédiaires pour obtenir des ressources venant en complément de l'activité de base des systèmes de santé, plutôt que des acteurs pour lesquels la pandémie présente un enjeu vital et qui ont le droit de siéger à la table où sont prises les décisions.

L'évolution vers un système résilient, équitable et inclusif de préparation et de riposte aux pandémies **relève inévitablement de l'exercice politique**, car elle exige que le respect des droits humains et la promotion de l'égalité soient mis au premier plan. Il est indispensable, pour la santé et le bien-être, de s'attaquer aux différents aspects croisés du préjudice et de l'exclusion.

RECOMMANDATIONS DU GROUPE INDÉPENDANT

- I. *Veiller à ce que les **institutions nationales et infranationales de santé publique** soient dotées de **capacités multidisciplinaires** et d'une portée multisectorielle et bénéficient de **la participation du secteur privé et de la société civile**. **La prise de décisions reposant sur des bases factuelles** devrait s'appuyer sur les contributions de tous les secteurs de la société.*
- II. *Les chefs d'État et de gouvernement devraient nommer des **coordonnateurs nationaux chargés des pandémies**, qui relèveraient des échelons supérieurs de l'État et auraient pour tâche de diriger la coordination de l'ensemble des pouvoirs publics tant pour la préparation que pour la riposte aux pandémies.*
- III. ***Effectuer tous les ans des exercices de simulation dynamique multisectoriels** afin de mettre en place une évaluation continue des risques, des mesures de suivi visant à atténuer les risques, l'apprentissage transfrontalier et l'obligation de rendre des comptes, et établir des*

mécanismes permettant d'effectuer des évaluations indépendantes, impartiales et régulières.

- IV. **Renforcer la participation des communautés locales** en tant qu'acteurs essentiels de la préparation et de la riposte aux pandémies et en tant que diffuseurs dynamiques des connaissances de base en matière de pandémies, grâce à la capacité des gens à reconnaître, comprendre, analyser et interpréter une pandémie et à communiquer à son sujet.
- V. **Augmenter le seuil des investissements nationaux en matière de santé et de protection sociale** afin de mettre en place des systèmes de santé et de protection sociale résilients, fondés sur des services de santé primaires et communautaires de qualité, une couverture sanitaire universelle et des effectifs de **personnel de santé robustes et soutenus de manière adéquate**, y compris des agents de santé communautaires.
- VI. Investir dans des politiques et stratégies de **communication relative aux risques** qui garantissent la rapidité, la transparence et **l'obligation de rendre des comptes**, coordonner ces politiques et stratégies, et travailler avec les **communautés marginalisées, y compris celles qui n'ont pas accès aux outils numériques, afin de créer ensemble des plans qui favorisent la santé et le bien-être en toutes circonstances et permettent d'instaurer un climat de confiance à long terme.**

Mesures qui, prises ensemble, transformeront le système international de préparation et de riposte aux pandémies

La transformation du système international de préparation et de riposte aux pandémies, que le Groupe indépendant recommande, est vouée à l'échec si elle fait l'objet d'une approche parcellaire. Les précédentes recommandations de changement à la suite de pandémies antérieures ont permis de tirer un enseignement, à savoir que le changement ne peut découler que de l'adoption et de la mise en œuvre de mesures liées et interdépendantes. De la même manière que l'échec du maillon faible de la chaîne réduit à néant la préparation aux pandémies, les recommandations de changement échoueront elles aussi si les problèmes les plus épineux sont mis de côté.

Le Groupe indépendant a évalué l'ensemble des recommandations qu'il propose à l'aune d'un seul critère : si elles avaient été en place, auraient-elles mis fin à la pandémie de COVID-19 ? Nous croyons que la réponse est affirmative et nous en demandons donc instamment la mise en œuvre intégrale et en temps opportun.

Les recommandations du Groupe indépendant visent à doter les pays et le système international des outils permettant d'éviter qu'une épidémie ne devienne une pandémie et, en cas de pandémie, que celle-ci ne se convertisse en crise sanitaire et socioéconomique mondiale.

6. Prochaines étapes

Le Groupe indépendant a formulé des recommandations audacieuses, réfléchies et pragmatiques. Les enjeux sont trop importants pour qu'elles soient ignorées ou que leur mise en œuvre soit reportée. Elles méritent d'être débattues et peuvent être contestées, mais ne doivent pas être ignorées dans l'attente d'un « meilleur » moment ou d'une période plus propice. Il est dans l'intérêt de chaque dirigeant d'agir sans plus tarder. Nous sommes convaincus d'avoir choisi la meilleure façon de nous atteler à la tâche qui nous a été confiée. Le Groupe indépendant a mené ses travaux de manière indépendante et impartiale. Nous avons clairement indiqué que nos recommandations reposaient sur des données, des faits et des éléments scientifiques.

Les archives des organisations du système des Nations Unies et des gouvernements des États Membres débordent de rapports rendant compte d'examen et d'évaluations grâce auxquels il aurait été possible d'atténuer la crise sociale et économique mondiale à laquelle nous sommes confrontés aujourd'hui. Ces rapports ont été trop longtemps ignorés. Cette fois, il faut changer la donne. Les conclusions du Groupe indépendant sont des enseignements dont il faudra tenir compte, alors que ses recommandations sont un tremplin pour l'action.

Leur mise en œuvre, qui devrait commencer sans plus tarder, contribuera à ouvrir la voie aux nombreuses solutions possibles pour le relèvement dans le monde entier. La pandémie n'est pas encore terminée et ses conséquences d'un point de vue social et économique continueront de se faire sentir pendant des années.

Cette pandémie nous a montré qu'il ne s'agissait pas seulement d'une crise sanitaire nécessitant des solutions de nature médicale : ses répercussions se sont fait sentir bien au-delà du secteur de la santé et, par conséquent, il faut que les décisions et actions politiques soient mises en œuvre à l'échelle de l'ensemble des pouvoirs publics et de la société.

Au cours des semaines et des mois à venir, différentes parties prenantes devront prendre des mesures concertées dans divers contextes :

- ***Les gouvernements nationaux, lorsqu'ils assument leurs responsabilités à l'échelle tant nationale que régionale et mondiale, à la fois en rendant des comptes et en exigeant le respect du principe de responsabilité ;***
- ***L'Assemblée mondiale de la Santé, lorsqu'elle assume ses fonctions de gouvernance pour l'OMS ;***
- ***Les chefs d'État et de gouvernement, lors d'un sommet mondial, tel que cela a été recommandé ;***
- ***Les organes politiques régionaux, en raison de leur proximité avec les États Membres qui leur permet de prendre des décisions rapidement et de partager l'information, notamment concernant les réussites et les échecs, forts d'un contexte régional commun et de collaborations antérieures ;***
- ***D'autres structures, telles que le G7, le G20, le G77 et les institutions de Bretton Woods, en tant que catalyseurs des mesures politiques et financières et de la mise en œuvre des solutions et recommandations convenues.***

Calendrier des mesures immédiates

Qui doit faire quoi et quand

Mesure	Principaux intervenants	Échéance
Appliquer systématiquement et rigoureusement des mesures non pharmaceutiques de santé publique dans chaque pays à l'échelle requise en fonction de la situation épidémiologique. Tous les pays doivent être dotés d'une stratégie bien définie reposant sur des bases factuelles et convenue au plus haut niveau gouvernemental pour freiner la transmission de la COVID-19.	Gouvernements nationaux	Immédiatement
Les pays à revenu élevé dont la filière de développement permet de prévoir une couverture vaccinale adéquate devraient, parallèlement à l'augmentation de la production, s'engager à fournir aux 92 pays à revenu faible ou intermédiaire relevant du système de garantie de marché du COVAX coordonné par Gavi au moins un milliard de doses de vaccin le 1 ^{er} septembre 2021 au plus tard et plus de deux milliards de doses d'ici la mi-2022, par l'intermédiaire du Mécanisme COVAX et d'autres mécanismes de coordination.	Gouvernements nationaux	Immédiatement <i>(et au plus tard le 1^{er} septembre 2021)</i>
Les pays du G7 devraient s'engager à financer 60 % des 19 milliards de dollars É.-U. dont le Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (Accélérateur ACT) a besoin en 2021 pour les vaccins, les produits de diagnostic, les traitements et le renforcement des systèmes de santé, les fonds restants devant être mobilisés grâce à d'autres pays du G20 et à d'autres pays à revenu élevé. Il convient d'adopter une formule fondée sur la capacité de payer pour assurer, de manière régulière, un financement prévisible, pérenne et équitable pour ces biens publics mondiaux.	G7, G20 et gouvernements nationaux des pays à revenu élevé, fondations	Immédiatement
L'Organisation mondiale du commerce et l'OMS devraient réunir les principaux pays producteurs de vaccins et les fabricants afin de définir d'un commun accord des arrangements relatifs à l'octroi de licences volontaires et au transfert de technologie pour les vaccins contre la COVID-19 (y compris par l'intermédiaire du Medicines Patent Pool). Si aucune mesure n'est prise dans un délai de trois mois, une dérogation à certains droits de propriété intellectuelle en vertu de l'Accord sur les ADPIC devrait immédiatement devenir applicable.	OMC, OMS, pays producteurs de vaccins et fabricants de vaccin	Immédiatement
La production de tests de dépistage de la COVID-19 et la mise à disposition de traitements, y compris d'oxygénothérapie, ainsi que l'accès à ces tests et traitements devraient être renforcés de toute urgence dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, grâce au financement intégral du montant de 1,7 milliard de dollars É.-U. correspondant aux besoins de 2021 et à l'utilisation de la totalité du montant de 3,7 milliards de dollars É.-U. alloué à la phase 2 du Dispositif de riposte au COVID-19 du Fonds mondial pour l'achat de tests, le renforcement des laboratoires et l'application de mesures de suivi et de dépistage.	Pays producteurs et fabricants de tests et traitements / Fonds mondial	Immédiatement

L'OMS devrait immédiatement élaborer une feuille de route pour les scénarios à court terme et sur trois mois associés à la riposte à moyen et long terme face à la COVID-19, en l'assortissant d'objectifs, de cibles et de jalons bien définis afin de guider et de suivre la mise en œuvre des mesures prises à l'échelle nationale et mondiale pour mettre un terme à la pandémie de COVID-19.

OMS

Immédiatement

RECOMMANDATIONS POUR BÂTIR L'AVENIR – Qui doit faire quoi et quand

1. <i>Consolider le leadership politique en matière de santé mondiale aux plus hauts niveaux afin de garantir une gestion efficace, des financements et la responsabilisation</i>	Principal intervenant	Échéance
<p>Créer un Conseil chargé des menaces pour la santé mondiale. La composition devrait être approuvée par une résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies (voir ci-dessous les recommandations pour une session extraordinaire de l'Assemblée générale). Le Conseil devrait être dirigé au niveau des chefs d'État et de gouvernement et il devrait compter parmi ses membres des acteurs étatiques et non étatiques concernés, de manière à garantir une représentation équitable des régions, des genres et des générations, pour assumer les fonctions ci-après :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Entretenir l'engagement politique à l'égard de la préparation aux pandémies entre les situations d'urgence et de la riposte lorsqu'elles surviennent.</i> • <i>Garantir, au maximum, la complémentarité, la coopération et l'action collective à tous les niveaux du système international.</i> • <i>Suivre les progrès accomplis sur la voie des objectifs et des cibles fixés par l'OMS, ainsi qu'au regard d'éventuels nouveaux éléments de preuve scientifiques et cadres juridiques internationaux, et rendre régulièrement compte à l'Assemblée générale des Nations Unies et à l'Assemblée mondiale de la Santé.</i> • <i>Orienter l'allocation des ressources par le nouveau dispositif financier proposé en fonction de la formule fondée sur la capacité de payer.</i> • <i>Exiger des intervenants qu'ils rendent des comptes, y compris au travers d'une reconnaissance ou d'un examen par les pairs et de la publication de rapports analytiques sur l'avancement des progrès.</i> 	Assemblée générale des Nations Unies	<p>Septembre 2021</p> <p>(Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies)</p>
<p>Adopter une Convention-cadre sur les pandémies dans un délai de six mois, en faisant valoir les pouvoirs énoncés à l'article 19 de la Constitution de l'OMS et en complément du RSI, sous l'impulsion de l'OMS et avec une nette participation aux plus hauts niveaux de représentants gouvernementaux, d'experts scientifiques et de la société civile.</p>	OMS / Gouvernements nationaux	<p>Dans les 6 mois</p>
<p>Adopter une déclaration politique des chefs d'État et de gouvernement lors d'un sommet mondial organisé sous les auspices de l'Assemblée générale des Nations Unies dans le cadre d'une session extraordinaire convoquée aux fins de transformer la préparation et la riposte aux pandémies conformément aux recommandations formulées dans le présent rapport et s'engageant à le faire.</p>	Assemblée générale des Nations Unies	<p>Septembre 2021</p> <p>(Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies)</p>

2. Recentrer et renforcer l'autorité et le financement de l'OMS	Principal intervenant	Échéance
<i>Établir l'indépendance financière de l'OMS, sur la base de ressources sans objet désigné, augmenter les contributions des États Membres à 2/3 du budget du programme de base de l'OMS et organiser un processus de reconstitution pour le reste du budget.</i>	Décision de l'Assemblée mondiale de la Santé	Mai 2022
<i>Renforcer l'autorité et l'indépendance du Directeur général, notamment en instaurant un mandat unique de sept ans sans possibilité de réélection. La même règle devrait être adoptée pour les Directeurs régionaux.</i>	Décision de l'Assemblée mondiale de la Santé	Mai 2022
<i>Renforcer la capacité de gouvernance du Conseil exécutif, notamment en créant un Comité permanent des situations d'urgence.</i>	Décision de l'Assemblée mondiale de la Santé	Mai 2022
<i>Axer le mandat de l'OMS sur des orientations normatives, techniques et de politique générale, y compris en aidant les pays à renforcer leurs capacités à se préparer et à riposter aux pandémies et à bâtir des systèmes de santé résilients et équitables.</i>	Décision de l'Assemblée mondiale de la Santé	Mai 2022
<i>Donner à l'OMS les moyens de jouer un rôle de direction, de rassemblement et de coordination pour les aspects opérationnels des interventions d'urgence en cas de pandémie, sans, dans la plupart des cas, assumer la responsabilité des achats et des fournitures, tout en veillant à ce que d'autres fonctions clés de l'OMS n'en pâtissent pas, y compris la fourniture de conseils techniques et de soutien dans le cadre opérationnel.</i>	Décision de l'Assemblée mondiale de la Santé	Mai 2022
<i>Allouer des ressources et des équipements suffisants aux bureaux de pays de l'OMS pour qu'ils puissent répondre aux demandes techniques émanant des gouvernements nationaux afin de soutenir la préparation et la riposte en cas de pandémie, y compris appuyer la mise au point de systèmes de santé résilients, la couverture sanitaire universelle et l'amélioration de la santé des populations.</i>	Secrétariat de l'OMS	Immédiatement
<i>Accorder la priorité à la qualité et aux résultats du personnel à chaque niveau de l'OMS et dépolitiser le recrutement (en particulier aux échelons supérieurs) en respectant les critères fondés sur le mérite et les compétences pertinentes.</i>	Secrétariat de l'OMS	Court terme
3. Investir dès maintenant dans la préparation pour créer des capacités qui soient pleinement fonctionnelles aux niveaux national, régional et mondial	Principal intervenant	Échéance
L'OMS doit fixer des cibles et des repères nouveaux et mesurables pour les capacités en matière de préparation et de riposte aux pandémies.	OMS / Gouvernements nationaux	3 ^e ou 4 ^e trimestre 2021
Tous les gouvernements nationaux doivent mettre à jour leurs plans nationaux de préparation par rapport aux cibles et aux repères fixés par l'OMS dans un délai de six mois, en veillant à ce que la coordination entre l'ensemble des pouvoirs publics et des secteurs de la société soit en place et à ce qu'ils disposent des compétences, de la logistique et des fonds appropriés et pertinents pour faire face aux futures crises sanitaires.	Gouvernements nationaux	Dans les 6 mois
L'OMS doit officialiser l'examen périodique universel par les pairs des capacités nationales en matière de préparation et de riposte aux pandémies au regard des cibles fixées par l'OMS afin de rendre des comptes et de partager les données d'expérience entre les pays.	OMS / Gouvernements nationaux	Quatrième trimestre 2021

Dans le cadre de la consultation au titre de l'article IV avec les États Membres, le FMI devrait systématiquement inclure une évaluation de la préparation aux pandémies, y compris une évaluation des plans de riposte en matière de politique économique. Le FMI devrait tenir compte des évaluations des politiques de santé publique mises en œuvre par d'autres organisations. Des programmes quinquennaux d'évaluation de la préparation aux pandémies devraient également être mis en place dans chaque pays membre, dans le même esprit que les Programmes d'évaluation du secteur financier, menés conjointement par le FMI et la Banque mondiale.	Fonds monétaire international (FMI)	3 ^e ou 4 ^e trimestre 2021
4. Mettre en place un nouveau système adaptable de surveillance, de validation et d'alertes	Principal intervenant	Échéance
L'OMS doit mettre en place un nouveau système mondial de surveillance fondé sur la transparence totale de toutes les parties, en utilisant des outils numériques de pointe pour connecter les centres d'information du monde entier et inclure la surveillance de la santé animale et environnementale, et en l'assortissant de mesures appropriées de protection des droits des personnes.	Secrétariat de l'OMS	Quatrième trimestre 2021
L'OMS devrait être dotée par l'Assemblée mondiale de la Santé du pouvoir explicite de publier immédiatement des informations sur les flambées à risque pandémique sans solliciter au préalable l'approbation des gouvernements nationaux.	Décision de l'Assemblée mondiale de la Santé	Mai 2021
L'OMS devrait être habilitée par l'Assemblée mondiale de la Santé à enquêter sur les agents pathogènes à risque pandémique dans tous les pays en obtenant avec un court préavis un accès aux sites pertinents, la fourniture d'échantillons, ainsi que la délivrance de visas permanents à entrées multiples aux experts internationaux des épidémies pour les lieux où sont signalées des flambées épidémiques.	Décision de l'Assemblée mondiale de la Santé	Mai 2021
Les déclarations d'urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) qui seront formulées par le Directeur général de l'OMS devraient être fondées sur le principe de précaution, lorsqu'il y a lieu, comme dans le cas des infections respiratoires. Les déclarations d'urgence de santé publique de portée internationale devraient reposer sur des critères bien définis, objectifs et publiés. Le Comité d'urgence qui conseille le Directeur général de l'OMS doit faire preuve d'une transparence totale pour ce qui est de sa composition et de ses méthodes de travail. Le jour où une urgence de santé publique de portée internationale est déclarée, l'OMS doit fournir aux pays des indications claires sur les mesures à prendre et sur les entités qui doivent les prendre afin de maîtriser la menace pour la santé.	Décision de l'Assemblée mondiale de la Santé	Mai 2022
5. Établir une plateforme prénégociée pour les outils et les fournitures	Principal intervenant	Échéance
Transformer la version actuelle de l'Accélérateur ACT en plateforme de bout en bout véritablement mondiale pour les vaccins, les produits de diagnostic, les traitements et les fournitures essentielles, en délaissant le modèle où l'innovation dépend du marché au profit d'un modèle visant à fournir des biens publics mondiaux. La gouvernance doit inclure des représentants de pays de tous les niveaux de revenu et de toutes les régions, de la société civile et du secteur privé. La recherche-développement et tous les autres processus pertinents doivent être guidés par un objectif et une stratégie visant à parvenir à un accès équitable et effectif.	Gouvernements nationaux/États Membres	Moyen terme

<p>Veiller à ce que le transfert de technologie et l'engagement à l'égard des licences volontaires soient inclus dans tous les arrangements pour lesquels des fonds publics ont été investis dans la recherche et le développement.</p>	<p>Gouvernements nationaux</p>	<p>Moyen terme</p>
<p>Établir de solides capacités financières et régionales pour la fabrication, la réglementation et l'achat d'outils en vue d'un accès équitable et effectif aux vaccins, aux traitements, aux produits de diagnostic et aux fournitures essentielles, ainsi qu'aux essais cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) <i>sur la base de plans élaborés conjointement par l'OMS, les institutions régionales et le secteur privé ;</i> b) <i>assorties d'engagements et de processus pour le transfert de technologie, y compris vers les grands centres de fabrication de chaque région et au sein de ces centres ;</i> c) <i>appuyées financièrement par les institutions financières internationales et les banques régionales de développement et d'autres organismes de financement publics et privés.</i> 	<p>Gouvernements nationaux / OMS / institutions régionales / secteur privé</p>	<p>Moyen terme</p>
<p>6. Mobiliser de nouveaux financements internationaux pour les biens publics mondiaux que sont la préparation et la riposte aux pandémies</p>	<p>Principal intervenant</p>	<p>Échéance</p>
<p>Créer un Mécanisme international de financement en cas de pandémie afin de mobiliser des fonds fiables supplémentaires pour la préparation aux pandémies et pour le déblocage rapide d'un financement d'urgence pour la riposte en cas de pandémie.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Ce mécanisme devrait pouvoir mobiliser des contributions à long terme (10 à 15 ans) d'un montant d'environ 5 à 10 milliards de dollars É.-U. par an pour financer les fonctions relatives à la préparation en cours de mise en œuvre. Il aura la capacité de débloquer jusqu'à 50 à 100 milliards de dollars É.-U. avec un court préavis en concentrant en début de période les engagements à terme en cas de déclaration d'une pandémie. Ces ressources devraient combler les lacunes en matière de financement des biens publics mondiaux à l'échelle nationale, régionale et mondiale afin d'assurer une préparation et une riposte aux pandémies qui soient exhaustives.</i> <p>Il convient d'adopter une formule fondée sur la capacité de payer, en application de laquelle les pays de taille économique plus importante ou plus riches verseront les montants les plus élevés, de préférence à partir d'autres lignes budgétaires que celles allouées à l'aide publique au développement et en complément des montants établis pour cette dernière.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <i>Le Conseil chargé des menaces pour la santé mondiale aura pour tâche d'allouer les fonds de ce mécanisme aux institutions existantes susceptibles de soutenir le développement des capacités de préparation et de riposte aux pandémies, et de surveiller ces fonds.</i> ○ <i>Le financement de la préparation pourrait être réparti au préalable selon la fonction et l'institution. Le financement d'urgence pour la riposte en cas de nouvelle déclaration de pandémie devrait être guidé par des plans de riposte établis au préalable pour les scénarios les plus probables, tout en conservant une certaine souplesse de manière à pouvoir s'adapter à chaque menace.</i> 	<p>G20 et États Membres</p>	<p>Avant la fin de l'année</p>

<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Le Secrétariat du mécanisme, dont la structure devrait être très simple, serait axé sur la collaboration avec des organismes mondiaux et régionaux existants et sur des travaux effectués par l'intermédiaire de ces derniers.</i> 		
7. Mettre en place une coordination efficace à l'échelle nationale pour la préparation et la riposte aux pandémies en fonction des enseignements tirés de l'expérience et des meilleures pratiques	Principal intervenant	Échéance
Veiller à ce que les institutions nationales et infranationales de santé publique soient dotées de capacités multidisciplinaires et d'une portée multisectorielle et bénéficient de la participation du secteur privé et de la société civile. La prise de décisions reposant sur des bases factuelles devrait s'appuyer sur les contributions de tous les secteurs de la société.	Gouvernements nationaux	Moyen terme
Les chefs d'État et de gouvernement devraient nommer des coordonnateurs nationaux chargés des pandémies , qui relèveraient des échelons supérieurs de l'État et auraient pour tâche de diriger la coordination de l'ensemble des pouvoirs publics tant pour la préparation que pour la riposte aux pandémies.	Gouvernements nationaux	Court terme
Effectuer tous les ans des exercices de simulation dynamique multisectoriels afin de mettre en place une évaluation continue des risques, des mesures de suivi visant à atténuer les risques, l'apprentissage transfrontalier et l'obligation de rendre des comptes, et établir des mécanismes permettant d'effectuer des évaluations indépendantes, impartiales et régulières.	Gouvernements nationaux	Moyen terme
Renforcer la participation des communautés locales en tant qu'acteurs essentiels de la préparation et de la riposte aux pandémies et en tant que diffuseurs dynamiques des connaissances de base en matière de pandémies, grâce à la capacité des gens à reconnaître, comprendre, analyser et interpréter une pandémie et à communiquer à son sujet.	Gouvernements nationaux	Moyen terme
Augmenter le seuil des investissements nationaux en matière de santé et de protection sociale afin de mettre en place des systèmes de santé et de protection sociale résilients, fondés sur des services de santé primaires et communautaires de qualité, une couverture sanitaire universelle et des effectifs de personnel de santé robustes et soutenus de manière adéquate, y compris des agents de santé communautaires.	Gouvernements nationaux	Moyen terme
Investir dans des politiques et stratégies de communication relative aux risques qui garantissent la rapidité, la transparence et l'obligation de rendre des comptes, coordonner ces politiques et stratégies, et travailler avec les communautés marginalisées, y compris celles qui n'ont pas accès aux outils numériques, afin d'établir des relations de confiance et de renforcer leur résilience, et créer ensemble des plans qui favorisent la santé et le bien-être en toutes circonstances et permettent d'instaurer un climat de confiance à long terme.	Gouvernements nationaux	Court terme



Conseil chargé des menaces pour la santé mondiale

Mandat

Objet :

Le rôle du Conseil mondial chargé des menaces pour la santé mondiale (le Conseil) sera d'inscrire dans la durée un leadership et une attention politiques de haut niveau en faveur de la prévention, de la préparation et de la riposte en lien avec les pandémies et de soutenir ainsi l'ambition d'un *monde sans pandémie*. Le Conseil tirera son autorité de sa large représentativité et de sa légitimité et aura la capacité à la fois de faire jouer les mécanismes de responsabilisation et d'avoir accès au financement pour garantir la préparation ainsi que la riposte aux niveaux national, régional et mondial.

Contexte :

La pandémie de COVID-19 a fait ressortir les insuffisances à haut niveau dans le leadership politique, la mobilisation transversale entre secteur de la santé et secteurs social et économique, et l'action concertée entre gouvernements. Dès lors, aucune orientation stratégique mondiale cohérente pour la riposte à la pandémie n'a été établie et rattachée à des organismes internationaux et à des institutions régionales. Le secteur privé et les organisations de la société civile n'ont pas non plus été en mesure d'apporter une contribution efficace à l'établissement d'orientations stratégiques.

L'évolution logique qu'a connue le système de santé international au cours des dernières décennies pour faire face à des problèmes de santé particuliers a donné lieu à d'importants progrès ponctuels, mais elle a également engendré des pertes d'efficacité dues à l'absence d'attributions et de responsabilités bien définies et à une incapacité à tirer pleinement parti des avantages comparatifs des différents intervenants.

Selon l'une des principales conclusions du Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie, l'obligation de rendre des comptes en matière de préparation et de riposte aux pandémies fait défaut dans l'ensemble du système. Il incombe en premier chef aux gouvernements nationaux d'assumer leurs devoirs pour ce qui est de la riposte aux pandémies et l'absence de responsabilisation s'est accompagnée d'une incapacité à apprendre des erreurs commises et à partager les données d'expérience entre les pays.

Le Groupe indépendant a conclu qu'il convenait de faire subir au système international de préparation et de riposte aux pandémies une transformation qui devait être stimulée par un leadership au plus haut niveau politique.

L'engagement des chefs d'État et de gouvernement à transformer le système international de préparation et de riposte aux pandémies doit aller de pair avec leur engagement à diriger une mise en œuvre forte et efficace au niveau national, régional et mondial, le tout s'inscrivant dans la logique d'une poursuite et d'un renforcement de la mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030.

Le système international est la somme des mesures nationales et du tissu conjonctif que forment l'apprentissage, la coopération et le soutien pour combler les lacunes à l'échelle régionale et mondiale. Pour avoir la force de vaincre la menace que les pandémies font

peser sur l'avenir de l'humanité, il faut avoir confiance dans la détermination collective à bâtir un monde plus sûr et plus sain.

Fonctions :

- Consolider l'engagement politique au plus haut niveau en faveur de la prévention, de la préparation et de la riposte face aux pandémies et l'inscrire dans la durée afin de soutenir l'ambition d'un monde où celles-ci n'existent pas.
- Suivre les progrès accomplis en vue d'atteindre les objectifs et les cibles fixés par l'OMS, ainsi que par rapport aux éléments de preuve scientifiques potentiellement nouveaux et aux cadres juridiques internationaux.
- Attirer l'attention du monde entier sur les insuffisances de la préparation et de la riposte aux pandémies grâce à un niveau élevé de sensibilisation et à la présentation de rapports à l'Assemblée générale des Nations Unies, à l'Assemblée mondiale de la Santé et au conseil d'administration du FMI.
- Contribuer à la mobilisation de fonds et superviser l'affectation des ressources par le Mécanisme international de financement en cas de pandémie.
- Exiger des intervenants qu'ils rendent des comptes, y compris par le biais d'une reconnaissance par les pairs, d'une pression horizontale et de la publication de rapports analytiques sur l'état d'avancement.

Constitution :

- Le Conseil sera constitué en tant qu'organe indépendant en application d'une déclaration politique qui sera adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies à sa session extraordinaire consacrée à la pandémie de COVID-19. La négociation relative à la déclaration sera facilitée par deux États Membres.
- L'Assemblée générale des Nations Unies, par le biais d'une résolution, désignera deux coprésident(e)s du Conseil et le G20 sera invité à en désigner un(e).
- Les trois coprésident(e)s proposeront des noms pour les autres membres du Conseil, conformément au présent mandat, lesquels seront soumis à l'Assemblée générale des Nations Unies pour approbation.

Composition :

Le Conseil sera composé de 18 membres et de 3 coprésident(e)s qui seront répartis comme suit :

[Coprésident(e)s, dont au moins une femme] :

- 1) Premier Coprésident(e) désigné(e) par l'Assemblée générale des Nations Unies
- 2) Deuxième Coprésident désigné(e) par l'Assemblée générale des Nations Unies
- 3) Coprésident(e) désigné(e) par le G20

[Membres] :

- 4) Deux représentant(e)s de la région Asie-Pacifique
- 5) Deux représentant(e)s d'Europe occidentale et d'autres régions (dont l'Amérique du Nord [États-Unis et Canada])
- 6) Deux représentant(e)s de la région Afrique
- 7) Deux représentant(e)s de la région Europe orientale
- 8) Deux représentant(e)s de la région Amérique latine et Caraïbes
- 9) Trois représentant(e)s de la société civile
- 10) Trois représentant(e)s du secteur privé
- 11) Deux citoyen(ne)s ou expert(e)s mondiaux de premier plan

Durée :

Le premier mandat des membres sera de trois ans, avec possibilité de résiliation anticipée ou de renouvellement pour un second mandat de trois ans, sous réserve de l'accord des coprésident(e)s. Afin d'assurer la continuité des travaux du Conseil et de veiller à ce que les membres ne soient jamais renouvelés tous en même temps, les mandats des membres qui ne sont pas des membres de droit seront échelonnés dans le temps. Ainsi, il sera proposé à la moitié des membres un premier mandat de deux ans et à l'autre moitié, un mandat de trois ans. Si un(e) chef(fe) d'État ou un(e) ministre membre du Conseil cesse d'exercer ses fonctions pendant son mandat, une vacance de poste sera diffusée afin de nommer un autre représentant gouvernemental, lequel ne représentera pas nécessairement le même pays que le membre sortant.

Critères de sélection :

- Les membres du Conseil doivent être chefs d'État ou de gouvernement. Il peut s'agir des présidents d'entités politiques régionales.
- Les représentants du secteur privé et de la société civile doivent occuper la plus haute fonction de leur organisation, bénéficier d'une grande notoriété et être dotés d'une expérience prouvée du traitement de questions pertinentes.
- La priorité sera donnée à l'équilibre entre les sexes et entre les tranches d'âge lors de la sélection des membres du Conseil, qu'ils soient représentants de gouvernement ou d'entités non gouvernementales.

Collaboration :

Le Conseil collaborera avec les principaux partenaires pertinents du système international de préparation et de riposte aux pandémies, y compris l'Organisation mondiale de la Santé, l'Organisation des Nations Unies, les institutions internationales de financement (y compris les banques régionales de développement), la société civile et le secteur privé.

Le Conseil dialoguera avec les dirigeants stratégiques essentiels que sont le Secrétaire général de l'ONU, le Directeur général de l'OMS, la Directrice exécutive du FMI et le Président du Groupe de la Banque mondiale.

Modalités de travail :

- Le Conseil se réunira mensuellement pendant la pandémie actuelle et pourra convoquer des réunions supplémentaires de façon ponctuelle, selon que de besoin.

- Dans la mesure du possible, le Conseil se concentrera ultérieurement sur la continuité de ses travaux en diminuant la fréquence de ses réunions et en organisant régulièrement des sessions de substituts, selon qu'il le jugera nécessaire.
- En dehors des périodes de crise, il axera ses travaux sur la préparation et le suivi des progrès réalisés.
- Le Conseil s'efforcera d'obtenir la participation multipartite largement représentative des États Membres, des organismes des Nations Unies, des organisations internationales et intergouvernementales, des entités régionales, de la société civile, du secteur privé, des chercheurs et d'autres parties prenantes clés.
- Il appliquera une approche reposant sur des bases factuelles, en tirant parti des données et des analyses effectuées par l'OMS et d'autres organisations internationales concernées. Le Conseil bénéficiera des résultats de l'examen périodique universel par les pairs.
- Le Conseil aidera le Secrétaire général de l'ONU à organiser chaque année une réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée à l'examen des progrès réalisés à l'échelle mondiale.
- Le Conseil sera appuyé par un secrétariat indépendant réduit à l'essentiel situé à Genève et qui pourra faire fond sur les connaissances techniques de l'OMS, de l'ONU et des institutions financières internationales, le cas échéant.

7. À propos du Groupe indépendant et de ses travaux

Le Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie s'est efforcé sans relâche de faire ses preuves en tant qu'organisme indépendant, reposant sur des bases factuelles, impartial, respectueux et diversifié sur lequel le monde peut compter pour formuler des recommandations audacieuses qui contribuent à protéger la santé et le bien-être économique et social de chacun.

Il a pour mission de définir une voie pour l'avenir sur la base de données probantes en tirant les enseignements du présent et du passé, afin de veiller à ce que les pays et les institutions mondiales, y compris l'OMS, puissent empêcher qu'une épidémie ne se transforme en pandémie et, en cas de pandémie, éviter qu'elle n'entraîne une crise sanitaire et socio-économique mondiale.

Le Groupe indépendant a été créé par le Directeur général de l'OMS pour donner suite à la résolution WHA73.1 de l'Assemblée mondiale de la Santé.

Les coprésidentes du Groupe indépendant, M^{me} Ellen Johnson Sirleaf, ancienne Présidente du Libéria et lauréate du prix Nobel, et M^{me} Helen Clark, ancienne Première Ministre de la Nouvelle-Zélande, ont été nommées par le Directeur général. Elles ont ensuite été chargées de sélectionner les autres membres du Groupe indépendant, d'établir son mandat et de recruter les membres d'un secrétariat indépendant, dont elles ont annoncé les noms le 3 septembre 2020.

Le Groupe indépendant est composé de personnes dotées de l'expérience et des connaissances spécialisées leur permettant d'axer leur réflexion sur les pandémies, la santé et les répercussions plus globales de la COVID-19. Leurs compétences et connaissances spécialisées couvrent un large éventail de domaines : maladies infectieuses, politiques nationales et mondiales de santé publique et financement, administration publique, flambées épidémiques et situations d'urgence, économie, défense des droits des jeunes, bien-être des femmes et des filles, etc. Les membres du Groupe indépendant ont également en commun leur connaissance du système international, y compris de l'OMS, et d'autres processus internationaux pertinents.

Le Groupe indépendant a été chargé d'étudier la propagation du virus, les mesures prises face à la pandémie et les ripostes mises en œuvre, de compiler des faits, de faire la synthèse des enseignements tirés de l'expérience acquise et de formuler des recommandations reposant sur des données factuelles, afin que les pays et les institutions mondiales, y compris l'OMS, puissent faire face de manière plus efficace aux menaces pour la santé.

Le Groupe indépendant a adopté, pour ses travaux, une approche systématique, rigoureuse et exhaustive et a mis l'accent sur l'écoute et sur la prise en compte des enseignements tirés de l'expérience des autres. Depuis la mi-septembre, il a analysé un grand nombre de documents, effectué ses propres travaux de recherche, recueilli des renseignements auprès de dizaines d'experts lors de tables rondes et d'entrevues approfondies, consulté directement, lors de réunions-débats, des personnes travaillant en première ligne de la pandémie et invité tous ceux qui le souhaitaient à lui communiquer leurs contributions. Il a bénéficié d'interactions avec le Conseil mondial indépendant de suivi de la préparation, le Comité d'examen du Règlement sanitaire international et le Comité consultatif de surveillance indépendant et s'est réuni officiellement à six reprises et, en sous-groupes, à plusieurs occasions, pour débattre de thèmes spécifiques.

Tout au long de ses travaux, le Groupe indépendant a privilégié l'ouverture et la transparence, publiant rapidement des communiqués de presse, des résumés et des rapports après chacune de ses réunions. Les membres du Secrétariat ont appliqué le principe de la porte ouverte et ont accueilli avec intérêt tous ceux qui ont souhaité leur parler.

À sa deuxième réunion, les 20 et 21 octobre 2020, le Groupe indépendant a mis en place un **programme de travail**, articulé autour de quatre thèmes interdépendants : faire fond sur le passé en tirant les enseignements des épidémies et pandémies précédentes, y compris la mesure dans laquelle les leçons et les recommandations antérieures ont été appliquées ; analyser la situation actuelle, en cherchant à déterminer pourquoi et comment la COVID-19 est devenue une pandémie mondiale, y compris en établissant une chronologie, faisant autorité, des faits et des mesures prises par les pays et les intervenants régionaux et internationaux ; comprendre les répercussions de la COVID-19 sur la santé des populations et sur les systèmes de santé, y compris le rôle de la communication et de la résilience communautaire et la gravité des conséquences socioéconomiques ; recenser les lacunes du système international et recommander des changements pour l'avenir.

Dans son programme de travail, le Groupe indépendant a défini des questions précises auxquelles il convient de trouver des réponses, et les a étudiées par les moyens suivants :

- **analyse de la documentation** sur une série de sujets afin de disposer de documents de base ;
- **entretiens approfondis semi-directifs** avec des acteurs clés des administrations nationales, du milieu universitaire, des organisations internationales, y compris l'OMS, et de la société civile, ainsi qu'avec des agents de santé et des experts ;
- envoi de demandes d'information à l'OMS par le biais d'un référentiel établi par le Groupe indépendant ;
- **tables rondes d'experts**, grâce auxquelles le Groupe indépendant a pu recueillir des renseignements auprès d'un large éventail de personnes-ressources qui connaissent bien différents aspects du programme de travail et sont dotées d'une expérience dans ces domaines. Les sujets abordés étaient **notamment** les suivants :
 - 1) **Un futur système international**
 - 2) **Financement de l'OMS**
 - 3) **Fournitures essentielles**
 - 4) **De la science aux politiques générales**
 - 5) **Accès aux vaccins**
 - 6) **Impact socioéconomique – dimensions régionales**
 - 7) **Impact socioéconomique – perspectives mondiales**
 - 8) **Table ronde relative au secteur privé**
 - 9) **Ripostes nationales**
 - 10) **Traitements et produits de diagnostic**
 - 11) **Mobiliser toutes les générations pour une réforme du système de santé et du système social**
 - 12) **Droits de la personne**
 - 13) **Communication et participation communautaire**

14) Soutenir et renforcer les villes en cas de pandémie : table ronde avec les maires

15) Solutions numériques

- *documents sur des sujets clés relatifs à chacune de ces sections, dont l'élaboration a été demandée par le Groupe indépendant ;*
- *appel public à contributions : États Membres, universitaires, membres de la société civile et agents de première ligne ont été invités à faire part de leurs expériences et de leurs idées par le biais du site Web du Groupe indépendant, concernant aussi bien le programme de travail que la chronologie ; au moment où le présent rapport a été publié, plus de 90 contributions avaient été reçues ;*
- *échanges à l'occasion de webinaires ouverts à tous, pendant lesquels des groupes étaient invités à présenter leurs expériences, les enseignements tirés de l'expérience acquise et leurs idées pour l'avenir avec les membres du Groupe indépendant sur des thèmes spécifiques ; des centaines de personnes issues du monde entier ont participé à ces webinaires, y compris depuis des régions éloignées ; les enregistrements et les rapports de ces réunions peuvent être consultés sur le site Web du Groupe indépendant :*
 - 1) *apprendre des infirmières et infirmiers en première ligne dans la lutte contre la COVID-19*
 - 2) *COVID 19 : prestation de services relatifs à la santé sexuelle et reproductive et aux droits connexes en situation de crise*
 - 3) *les jeunes en première ligne lors de la pandémie de COVID-19*
 - 4) *apprendre des sages-femmes en service pendant une pandémie*
 - 5) *incidence de la COVID-19 sur les femmes et les filles*
 - 6) *maladies non transmissibles : incidences en cas de COVID-19 et répercussions de la COVID-19 sur la prise en charge des MNT*

Rapports aux organes directeurs de l'OMS

Le Groupe indépendant a fait rapport au Conseil exécutif de l'OMS à sa session spéciale des 5 et 6 octobre 2020, à la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé, à la reprise des débats en novembre 2020, et au Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2021 ; il soumettra le présent rapport à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2021.

Membres du Groupe indépendant

- **M^{me} Helen Clark**, ancienne Première ministre de la Nouvelle-Zélande (coprésidente)
- **M^{me} Ellen Johnson Sirleaf**, ancienne Présidente du Libéria et lauréate du prix Nobel (coprésidente)
- **M. Mauricio Cárdenas**, chercheur principal, Center on Global Energy Policy, Columbia University, et ancien Ministre des finances de Colombie

- **M^{me} Aya Chebbi**, Envoyée spéciale pour la jeunesse de l'Union africaine, diplomate, militante **panafricaine** et féministe, Tunisie
- **M. Mark Dybul**, professeur à l'Université de Georgetown, ancien Directeur du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial) et du Plan d'urgence du Président des États-Unis en matière de lutte contre le sida, États-Unis
- **Michel Kazatchkine**, professeur de médecine et diplomate spécialiste de la santé mondiale, France ; **ancien** Directeur du Fonds mondial
- **M^{me} Joanne Liu**, médecin canadienne, professeure à l'Université McGill et ancienne Présidente internationale de MSF, notamment lors de la riposte à la maladie à virus Ebola
- **M^{me} Precious Matsoso**, ancienne Directrice générale du Département de la santé, Afrique du Sud, et ancienne **Présidente** du Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire
- **M. David Miliband**, Président et Directeur général du Comité international de secours et ancien Ministre des Affaires étrangères du Royaume-Uni
- **M^{me} Thoraya Obaid**, ancienne Directrice exécutive du Fonds des Nations Unies pour la population (**FNUAP**), ancienne membre du Conseil (consultatif) de la Choura, Arabie saoudite
- **M^{me} Preeti Sudan**, ancienne Secrétaire à la Santé, Inde, et ancienne Vice-Présidente du Partenariat **pour** la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
- **M. Ernesto Zedillo**, ancien Président du Mexique et économiste, Directeur du Yale Center for the **Study** of Globalization, Université Yale
- **M. Zhong Nanshan**, professeur à l'Institut des maladies respiratoires, Université médicale de Guangzhou, Chine, et Directeur du Centre national de recherche clinique sur les maladies **respiratoires**

Le Groupe indépendant a bénéficié du soutien de son Secrétariat, qui était dirigé par Anders Nordstrom et composé des personnes suivantes : Alexandra Phelan, Celeste Canlas, Christine McNab, Helena Legido-Quigley, Jane Saville, Marjon Kamara, Mathias Bonk, Michael Bartos, Michael Dumiak, Mike Kalmus Elias, Nellie Bristol, Rosemary McCarney, Salma Abdalla et Shun Mabuchi. George Werner a assumé la fonction de conseiller auprès de la Coprésidente M^{me} Ellen Johnson Sirleaf, aux côtés de Raj Panjabi jusqu'au 31 janvier 2021, et Sudhvir Singh a conseillé de la Coprésidente M^{me} Helen Clark.

Documents du Groupe indépendant

Le Groupe indépendant a publié les documents finaux ci-après en mai 2021.

Rapport principal

COVID-19 : Agissons pour que cette pandémie soit la dernière

COVID-19 : Agissons pour que cette pandémie soit la dernière (résumé en anglais uniquement)

Rapport complémentaire

How an Outbreak Became a Pandemic: the defining moments of the COVID-19 pandemic (Comment une épidémie s'est transformée en pandémie : les étapes déterminantes de la pandémie de COVID-19)

Documents de base

- 1) Learning from the past (Tirer les enseignements du passé)
- 2) The chronology (Chronologie)
- 3) From science to policy (De la science aux politiques générales)
- 4) National and subnational responses (Ripostes nationales et infranationales)
- 5) Access to vaccines, diagnostics and therapeutics (Accès aux vaccins, aux diagnostics et aux traitements)
- 6) Scaling up vaccine production capacity: legal challenge (Renforcement des capacités de production de vaccins : obstacles juridiques)
- 7) Access to essential supplies (Accès aux fournitures essentielles)
- 8) Impact on essential health services (Incidences sur les services de santé essentiels)
- 9) The social impact (Impact social)
- 10) Community involvement (Participation communautaire)
- 11) Human rights (Droits de la personne)
- 12) Understanding communication (Principes de la communication)
- 13) The economic impact (Incidences économiques)
- 14) International financing (Financement international)
- 15) WHO – an institutional review (OMS – examen institutionnel)
- 16) International treaties and conventions (Conventions et traités internationaux)

Remerciements

Le Groupe indépendant pour la préparation et la riposte à la pandémie souhaite adresser les remerciements aux personnes ci-après pour les contributions qu'elles ont apportées à ses travaux et à son rapport final :

OMS

Le Groupe indépendant souhaite tout particulièrement remercier l'OMS et son personnel à tous les niveaux de l'Organisation pour leur appui constant et leurs importantes contributions tout au long du processus. Nous adressons toute notre gratitude à la direction de l'OMS : Tedros Adhanom Ghebreyesus, Zsuzsanna Jakab, Ahmed Al Mandhari, Carissa Etienne, Takeshi Kasai, Hans Kluge, Matshidiso Moeti, Poonam Singh, Mike Ryan, Soumya Swaminathan, Jaouad Al-Mahjour, Socé Fall, Mariangela Simão, Catharina Boehme, Jane Ellison, Peter Ben Embarek, Maria van Kerkhove, Scott Pendergast, Bernhard Schwartländer, Tim Armstrong, Ian Smith, Raul Thomas, Gauden Galea, Imre Hollo, Gabriella Stern.

De plus, nous remercions tout spécialement les membres du personnel de l'OMS qui apportent un appui direct au Groupe indépendant par l'intermédiaire de l'Archive COVID-19 de l'OMS, du

Secrétariat du RSI, du Comité d'examen du RSI, du Comité consultatif de surveillance indépendant du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, du STAG-IH et du GOARN, entre autres.

Gouvernements nationaux

Le Groupe indépendant voudrait aussi exprimer sa plus profonde gratitude à tous les gouvernements nationaux qui ont soutenu ses travaux en participant à ses activités et en apportant des informations importantes pour ses activités. Le Groupe indépendant est également très reconnaissant de l'appui constant et inestimable que lui ont apporté les ministères de la santé, les missions diplomatiques à Genève et à New York, ainsi que divers groupes d'États Membres à l'échelle mondiale et régionale, comme la CARICOM, la CEDEAO, la Commission européenne, le Commonwealth, le Groupe Asie-Pacifique, le GRULAC, le G7, le G20, le G77, les Nations Unies et l'Union africaine.

Organisations et partenariats internationaux et régionaux

Le Groupe indépendant adresse toute sa gratitude aux organisations suivantes :

Banque africaine de développement, Banque asiatique de développement, Banque islamique de développement, Banque mondiale, CDC d'Afrique, Center for Global Development, Chatham House, CIVICUS, Club de Madrid, Commission économique pour l'Afrique, Commission européenne, Commission paneuropéenne de la santé et du développement durable, Conseil des droits de l'homme, Conseil européens, Conseil mondial indépendant de suivi de la préparation, Exemplars in Global Health, FNUAP, Fondation pour les Nations Unies, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Fonds monétaire international, Gavi, Global Health Law Consortium, Graduate Institute of International and Development Studies, Helsinki Policy Forum, ONUSIDA, Organisation mondiale du commerce, Organisation pour la coopération et le développement économiques, Overseas Development Institute, PNUD, Réseau des conseillers scientifique et technique des Ministères des Affaires étrangères, The Elders, UNICEF, Université d'Essex et Université de San Francisco.

Dirigeants et experts (par ordre alphabétique)

Le Groupe indépendant souhaite remercier les experts ci-après, qui ont activement participé aux entretiens ou aux tables rondes et aux webinaires et ont ainsi apporté une contribution utile à ses travaux :

Lucia Abascal-Miguel, Omar Abdi, Hala Abou-Taleb, Anurag Agrawal, Lav Agrawal, Yvonne Aki-Sawyer, Ayoade Alakija, Alice Albright, Pascale Allotey, Andrew Rodgeron, Beth Arthy, Elhadj As Sy, Miguel Asqueta Sonoar, Abdullah Assiri, Chris Atim, Sobel Aziz, Ombretta Baggio, Tarun Bajal, Forrest Barker, Rafa Bengoa, Wilson Benia, Christoph Benn, Seth Berkley, Alvaro Bermejo, Arnaud Bernaert, Mandeep Bhandari, Gro Harlem Brundtland, Ann Burton, Flavia Bustreo, Luisa Cabal, Ana Carapichano, Sergio Carmona, Yasumin Chandani, Sabrina Chao, Sarah Cliffe, Awa Coll-Seck, Francesca Colombo, Marlene Cuco, Katie Dain, Brett Davidson, Brice de la Vingne, Roopa Dhatt, Abdoulaye Mar Dieye, Kirill Dmitriev, , Grace Dubois, Philippe Duneton, Stuart Dymond, Ayman El-Mohandes, Chris Elias, Ahmed Elkhodary, Maria Eugenia Esandi, Aicha Evans, Tim Evans, Jeremy Farrar, Adebayo Fayoyin, Warren Feek, Gabriella Fesus, Jane Fieldhouse, Josep Figueras, Helga Fogstad, Lisa Forman, Julio Frenk, Garth Frizzell, Rob Fyfe, Sarah Gallalee, Urvashi Gandhi, Raman Gangakhedkar, George Gao, Chris Gentle, Amandeep Singh Gill, Githinji Gitahi, Peter Gluckman, Susan Goldstein, Eduardo González-Pier, Nimisha Goswami, Julia Greenberg, Leith Greenslade, Karen Grepin, Trevor Gunn, Assad Hafeez, Shanelle Hall, Richard Hatchet, Ricardo Hausmann, Sahar Hegazi, Lutz Hegemann, Myriam Henkens, David Heymann, Timothy Fish Hodgson, Steven Hoffman, Peter Horby, Richard Horton, Didier Houssin, Mike Howard, Todd Howland, Vivian Hsu, Paul Hunt, Chikwe

Ihekweazu, Dean Jamison, Garth Japhet, Tomas Jensen, Zhang Jixian, Cedric Jo, Etleva Kadilli, Benoit Kalasa, Joumana Kalot, Jean Baptiste Kambale Kiyana, Adam Kamradt-Scott, Sami Kanaan, Natalia Kanem, Abdool Karim Salim, Rajat Khosla, Ilona Kickbusch, Jim Kim, Jeff King, Jeni Klugman, Naomi Komuro, Gerard Krause, Adam Kucharski, Björn Kümmer, Stephen Landry, Kelley Lee, Vivian Lin, Carlos Lopes, Luis Felipe Lopez-Calva, Nora Lustig, John Lysa, Carlos Magariños, Ira Magaziner, Patrice Matchaba, Pascal Mailu, Allan Maleche, Alex Marianelli, Gustavo Matta, Collin McCliff, Jim McLay, Lori McDougall, Jaime Miranda, Zweli Mkhizi, David Nabarro, Stefan Nachuk, Aurélia Nguyen, John Nkengasong, Jennifer Nuzzo, Abraham Nyenswah, Stephen O'Brien, Ilse Oehler, Jean Oelwang, Abdi Omar, Ben Embarek, Zulma Ortiz, Trygve Ottersen, Sally Pairman, Eric Parrado Herrera, Muhammad Pate, Vinod Paul, Paola Pereznieta, Sam Phiri, Philippe Poinot, David Prieto-Alhambra, Claudio Providas, Jonathan Quick, Enrique Razon, Charlotte Renard, Carolyn Reynolds, Carlos del Rio, John Arne Rottingen, Mariano Sánchez-Talanquer, Kelly Sanders, Peter Sands, Jagjeet Sareen, Yasuyuki Sawada, Lina Sayed, Neelam Sekhri Feachem, Jaime Sepulveda, Elizabeth Serlemitos, Mehr Shah, Sangeeta Shashikant, Elaina Shekhter, Kristen Silverberg, Kenji Shibuya, Vera Songwe, Oleg Sonin, Devi Sridhar, Stephen Cahill, Serge Stinckwich, Nathalie Strub-Wourgaft, Marion Subah, Caroline Sugg, Thiagarajan Sundararaman, Keizo Takemi, Pauline Tamesis, Norihisa Tamura, Viroj Tangcharoensathien, Martin Taylor, Yik Ying Teo, Beth Thompson, Ellen T'Hoën, Eloise Todd, Els Torrelee, Tahir Turk, Jair Vega, Andrés Velasco, Stefano Vella, Silvio Waisbord, Linfa Wang, Clare Wenham, Alejandro Werner, Greg Widmyer, Andrew Witty, John Wong, Prashant Yadav, Eduardo Yeyati-Levy, Yik Ying Teo, Cho Young-Shik, Victor Zamora, Darin Zehrung, Wenhong Zhang, Shi Zhengli.

Appui au Groupe indépendant et administratif

Le Groupe indépendant voudrait également remercier les chercheurs, consultants et sherpas ci-après qui l'ont appuyé dans ses travaux :

Salma Al Rashid, Eva Barboni et l'équipe d'Atalanta, Jacob Berah, Elin Bergstrom, Olivia Biermann, Beatrice Bonami, Alvin Qijia Chua, Kathryn Dickson, Chuan De Foo, Bushra Ebadi, Cornelia Green, Rosie Hardacre, Victoria Haldane, Ines Hassan, Michelle Hopgood, Tom Hughes, Margaret Jamieson, Anne-Sophie Jung, Abraar Karan, Sachi Kojima, Shaffi Koya, Irene Laochaisri, Rachel Neil, Cody Nolan, Rose Olson, Tristana Perez, Priya Pillai, Elizabeth Radin, Rohit Ramchandani, Omer Saad, Pami Shrestha, Carl Fred Sjoland, Ron Sloan, Leimapokpam Swàsthicharan, Melisa Mei Jin Tan, See Mieng Tan, Monica Verma, Shishi Wu.

Webinaires Exchange et soumissions en ligne

Le Groupe indépendant a organisé six webinaires **Exchange** pour recevoir des informations directement des personnes qui travaillent en première ligne dans le monde entier. Des centaines de personnes ont ainsi participé aux discussions du Groupe indépendant pour représenter le « public virtuel » : Le personnel infirmier en première ligne, La santé et les droits sexuels et reproductifs en situations de crise, Les jeunes en première ligne, Les sages-femmes au travail, L'influence du genre sur l'impact, Les maladies non transmissibles. Le Groupe indépendant voudrait adresser des remerciements tout particuliers à ces participants « en première ligne » pour leur précieuse contribution. Le Groupe indépendant souhaite également remercier les organisations qui ont aidé à rassembler ces personnes : C40 Cities, Communication Initiative, Conseil international des infirmières, Confédération internationale des sages-femmes, Fédération internationale pour le planning familial, Alliance internationale contre les MNT, Nursing Now, Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile, Pandemic Action Network, Cités et gouvernements locaux unis, the White Ribbon Alliance, Women in Global Health et World Health Professionals Alliance.

Le Groupe indépendant souhaite aussi remercier plus d'une centaine d'experts, de groupes, de responsables et de défenseurs, qui ont apporté une précieuse contribution au travers du **système de soumission en ligne**.

Références bibliographiques

1. WHO coronavirus (COVID-19) dashboard. Dans : Organisation mondiale de la Santé [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (<https://covid19.who.int/>, consulté le 29 avril 2021).
2. Amnesty International. COVID-19. Au moins 17 000 morts parmi les professionnel·le·s de santé. Dans : Amnesty International [site Web]. London: Amnesty International ; 2021 (<https://www.amnesty.org/fr/latest/news/2021/03/covid19-health-worker-death-toll-rises-to-at-least-17000-as-organizations-call-for-rapid-vaccine-rollout/>, consulté le 26 avril 2021).
3. Gopinath G. Une ascension longue, inégale et incertaine. Dans : IMFblog [blog]. Washington (DC): Fonds monétaire international ; 2020 (<https://www.imf.org/fr/News/Articles/2020/10/13/blog-a-long-uneven-and-uncertain-ascen>, consulté le 29 avril 2021).
4. Les deux tiers d'une année académique perdus dans le monde à cause des fermetures dues au Covid-19, selon l'UNESCO. Dans : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture [site Web]. Paris : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture ; 2021 (<https://fr.unesco.org/news/deux-tiers-dune-annee-academique-perdus-monde-cause-fermetures-dues-au-covid-19-lunesco>, consulté le 26 avril 2021).
5. COVID-19: a threat to progress against child marriage. Dans : Fonds des Nations Unies pour l'enfance [site Web]. New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; 2021 (<https://data.unicef.org/resources/covid-19-a-threat-to-progress-against-child-marriage/>, consulté le 26 avril 2021).
6. COVID-19 and ending violence against women and girls. Dans : ONU-Femmes [site Web]. New York : Organisation des Nations Unies ; 2021 (<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf?la=en&vs=5006>, consulté le 29 avril 2021).
7. World economic situation and prospects 2021. Dans : Département des affaires économiques et sociales Organisation des Nations Unies [site Web]. New York : Organisation des Nations Unies ; 2021 (<https://www.un.org/en/world-economic-situation-and-prospects-2021>, consulté le 29 avril 2021).
8. Plus de 11 millions de filles pourraient ne pas retourner à l'école après la crise de la COVID-19. Dans : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture [site Web]. Paris : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture ; 2021 (<https://fr.unesco.org/covid19/educationresponse/girlseducation>, consulté le 29 avril 2021).
9. COVID-19 market dashboard. Dans : Fonds des Nations Unies pour l'enfance [site Web]. New York : Fonds des Nations Unies pour l'enfance ; 2021 (<https://www.unicef.org/supply/covid-19-vaccine-market-dashboard>, consulté le 26 avril 2021).
10. COVID-19 Strategic preparedness and response plan. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
11. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report –79, 8 April 2020. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200408-sitrep-79-covid-19.pdf>, consulté le 26 avril 2021).
12. Summary of probable SARS cases with onset of illness from 1 November 2002 to 31 July 2003 In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://www.who.int/publications/m/item/summary-of-probable-sars-cases-with-onset-of-illness-from-1-november-2002-to-31-july-2003>, consulté le 26 avril 2021).
13. SARS: how a global epidemic was stopped. Geneva: World Health Organization; 2006 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207501/9290612134_eng.pdf, consulté le 26 avril 2021).
14. Assessing the impact and costs of SARS in developing Asia. In: Asian Development Outlook 2003 Update. Manila, Asian Development Bank, 2003 (<https://www.adb.org/sites/default/files/publication/30245/ado-2003-update.pdf>, consulté le 26 avril 2021).
15. MERS shows vulnerability is universal. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/westernpacific/news/feature-stories/detail/mers-shows-vulnerability-is-universal>, consulté le 26 avril 2021).
16. Commission on a Global Health Risk Framework for the Future; National Academy of Medicine, Secretariat. The case for investing in pandemic preparedness. In: The neglected dimension of global security: a framework

- to counter infectious disease crises. Washington (DC): National Academies Press (US); 2016 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK368391/>, consulté le 26 avril 2021).
17. Conseil mondial de suivi de la préparation. Un monde en péril : rapport annuel sur l'état de préparation mondial aux situations d'urgence sanitaire. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_Annual_Report_French.pdf, consulté le 26 avril 2021). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
18. World Health Organization. Average of 13 International Health Regulations core capacity scores, SPAR version. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/-average-of-13-international-health-regulations-core-capacity-scores-spar-version>, consulté le 26 avril 2021).
19. World Health Organization. e-SPAR Public. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://extranet.who.int/e-spar/#capacity-score>, consulté le 26 avril 2021).
20. Haider N, Yavilinsky A, Chang Y-M, Hasan MN, Benfield C, Osman AY et al. The Global Health Security index and Joint External Evaluation score for health preparedness are not correlated with countries' COVID-19 detection response time and mortality outcome. *Epidemiol Infect.* 2020;148:e210. doi:10.1017/S0950268820002046 pmid: 32 892 793
21. Conseil mondial de suivi de la préparation. Un monde en désordre : rapport annuel 2020 du Conseil mondial de suivi de la préparation. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/2020/GPMB_2020_AR_FR_WEB.pdf, consulté le 25 avril 2021). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
22. Milanovic B. Beware of mashup indexes: how epidemic predictors got it all wrong. In: *Globalinequality* [blog, 19 April 2021] (<https://glineq.blogspot.com/2021/01/beware-of-mashup-indexes-how-epidemic.html>, consulté le 25 avril 2021).
23. Fukuyama F. The pandemic and political order. *Foreign Aff.* July/August 2020 (<https://www.foreignaffairs.com/articles/world/2020-06-09/pandemic-and-political-order>, consulté le 25 avril 2021).
24. Bell J. The U.S. and COVID-19: leading the world by GHS Index score, not by response. In: *Atomic Pulse* [website, 21 April 2020]. Washington (DC): Nuclear Threat Initiative; 2020 (<https://www.nti.org/analysis/atomic-pulse/us-and-covid-19-leading-world-ghs-index-score-not-response/>, consulté le 25 avril 2021).
25. Air transport, passengers carried. In: *Data* [website]. Washington (DC): World Bank; 2021 (<https://data.worldbank.org/indicator/IS.AIR.PSGR>, consulté le 25 avril 2021).
26. 30x30: eight steps to protect the best on earth. In: *The Nature Conservancy* [website]. Arlington (VA): The Nature Conservancy; 2019 (<https://www.nature.org/en-us/what-we-do/our-insights/perspectives/thirty-percent-protect-best-biodiversity-on-earth/>, consulté le 26 avril 2021).
27. de Wit W, Freschi A, Trench E. Covid 19: urgent call to protect people and nature. Gland: WWF International ; 2020 (https://c402277.ssl.cf1.rackcdn.com/publications/1348/files/original/FINAL_REPORT_EK-Rev_2X.pdf, consulté le 26 avril 2021).
28. WHO-convened global study of origins of SARS-CoV-2: China part. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-convened-global-study-of-origins-of-sars-cov-2-china-part>, consulté le 25 avril 2021).
29. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med.* 2020;382(13):1199–207 (<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/nejmoa2001316>, consulté le 26 avril 2021).
30. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* 2020;395(10223):497–506 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5), consulté le 25 avril 2021).
31. Cohen J Chinese researchers reveal draft genome of virus implicated in Wuhan pneumonia outbreak , *Science* 2020 doi:10.1126/science.aba8829
32. Novel coronavirus (2019-nCoV) situation report – 3, 23 January 2020. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/docs/default-source/Coronaviruse/situation-reports/20200123-sitrep-3-2019-ncov.pdf>, consulté le 25 avril).

33. Report of the WHO-China joint mission on coronavirus disease 2019 (COVID-19). Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>, consulté le 25 avril 2021).
34. Déclaration du Directeur général de l'OMS relative à la réunion du Comité d'urgence du RSI sur le nouveau coronavirus (2019-nCoV). Dans : Organisation mondiale de la Santé [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 ([https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)), consulté le 25 avril 2021).
35. Rapport du Directeur général. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (EB146/2 ; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_2-fr.pdf, consulté le 25 avril 2021).
36. Monto AS. Reflections on the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS) at 65 years: an expanding framework for influenza detection, prevention and control. *Influenza Other Respir Viruses*. 2018;12(1):10–2 (<https://doi.org/10.1111/irv.12511>, consulté le 25 avril 2021).
37. Allocution liminaire du Directeur général lors du point presse sur la COVID-19 – 11 mars 2020. In: Organisation mondiale de la Santé [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>, consulté le 25 avril 2021).
38. Déclaration sur la deuxième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la flambée de nouveau coronavirus 2019 (2019-nCoV). Dans : Organisation mondiale de la Santé [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; voir [https://www.who.int/fr/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/fr/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)), consulté le 26 avril 2021).
39. Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point de presse sur le nouveau coronavirus 2019 – 7 février 2020. Dans : Organisation mondiale de la Santé [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-novel-coronavirus---7-february-2020>, consulté le 26 avril 2021).
40. Nkengasong J. Let Africa into the market for COVID-19 diagnostics. *Nature*. 2020;580(7805):565. doi:10.1038/d41586-020-01265-0 pmid: 32346145.
41. Houdek J. Clinton Health Access Initiative. Closing the oxygen access gap: breathing new life into a neglected therapy – Clinton Health Access Initiative. In: Clinton Health Access Initiative [website]. Boston (MA): Clinton Health Access Initiative; 2020 (<https://www.clintonhealthaccess.org/closing-the-oxygen-access-gap-breathing-new-life-into-a-neglected-therapy/>, consulté le 26 avril 2021).
42. Meara JG, Leather AJM, Hagander L, Alkire BC, Alonso N, Ameh EA et al. Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *Lancet*. 2015;386(9993):569–624 ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60160-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60160-X/fulltext), accessed 26 April 2021).
43. An R&D blueprint for action to prevent epidemics: plan of action. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (https://www.who.int/blueprint/about/r_d_blueprint_plan_of_action.pdf, consulté le 26 avril 2021).
44. Kieny MP, Rottingen J-A, Farrar J. The need for global R&D coordination for infectious diseases with epidemic potential. *Lancet*. 2016;388(10043):460–1 ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31152-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31152-7/fulltext), accessed 26 April 2021).
45. Lurie N, Keusch GT, Dzau VJ. Urgent lessons from COVID 19: why the world needs a standing, coordinated system and sustainable financing for global research and development. *Lancet*. 2021;397(10280):1229–36. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00503-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00503-1).
46. Results. In: Randomised Evaluation of COVID-19 Therapy (RECOVERY) [website]. Oxford: Nuffield Department of Population Health; 2021 (<https://www.recoverytrial.net/results>, consulté le 29 avril 2021).
47. Rizvi Z. BARDA Funding Tracker: tracker details billions in taxpayer funds supporting COVID-19 R&D efforts. Public Citizen. 2 November 2020 (<https://www.citizen.org/article/barda-funding-tracker/>, consulté le 26 avril 2021).
48. Covid-19 vaccine is 12 to 18 months away, Harvard's Jha says. Bloomberg TV. 21 avril 2020 (<https://www.bloomberg.com/news/videos/2020-04-21/covid-19-vaccine-is-12-to-18-months-away-harvard-s-jha-says-video>, consulté le 26 avril 2021).

49. Phase 3 clinical trial of investigational vaccine for COVID-19 begins. In: National Institutes of Health [website]. Bethesda (MD); Instituts nationaux de la santé ; 2020 (<https://www.nih.gov/news-events/news-releases/phase-3-clinical-trial-investigational-vaccine-covid-19-begins>, consulté le 26 avril 2021).
50. David AC, Pienknagura S. On the effectiveness of containment measures in controlling the COVID-19 pandemic: the role of labour market characteristics and governance. *Appl Econ Lett.* 2020;0(0):1–7.
51. Socle de protection sociale. Dans : Organisation internationale du Travail [site Web]. Genève : Organisation internationale du Travail ; 2021 (<https://www.ilo.org/secsoc/areas-of-work/policy-development-and-applied-research/social-protection-floor/lang--fr/index.htm>, consulté le 26 avril 2021).
52. The race for global COVID-19 vaccine equity. Dans : Launch and Scale Speedometer [site Web]. Durham (NC) : Duke Global Health Innovation Center ; 2021 (<https://launchandscalefaster.org/COVID-19>, consulté le 26 avril 2021).
53. Les premières doses de vaccin contre la COVID-19 fournies grâce au Mécanisme COVAX ont été administrées en Afrique Dans : Organisation mondiale de la Santé [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (<https://www.who.int/fr/news/item/01-03-2021-first-covid-19-covax-vaccine-doses-administered-in-africa>, consulté le 26 avril 2021).
54. COVAX vaccine roll-out. Dans : Gavi, l'Alliance du Vaccin [site Web]. Genève: Gavi ; 2021 (<https://www.gavi.org/covax-vaccine-roll-out>, consulté le 26 avril 2021).
55. Covax: how will Covid vaccines be shared around the world? BBC News. 8 avril 2021 (<https://www.bbc.com/news/world-55795297>, consulté le 26 avril 2021).
56. Foley KE. Syringe shortages are causing Pfizer vaccine bottlenecks. Dans : Quartz [site Web]. New York : Quartz ; 2021 (<https://qz.com/1976718/syringe-shortages-are-causing-pfizer-vaccine-bottlenecks/>, consulté le 26 avril 2021).
57. Knowledge Ecology International. WIPO side event: appraising progress of WHO's COVID-19 Technology Access Pool (C-TAP). Dans : YouTube [médias sociaux]. 23 septembre 2020 (https://www.youtube.com/watch?v=bRfC-Baw_ec, consulté le 26 avril 2021).
58. Rich, developing nations wrangle over COVID vaccine patents. Reuters. 10 mars 2021 (<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-wto-idUSKBN2B21V9>, consulté le 26 avril 2021).
59. Maani N, Abdalla SM, Galea S. Avoiding a legacy of unequal non-communicable disease burden after the COVID-19 pandemic. *Lancet Diabetes & Endocrinology.* 2021;9(3):133–5 ([https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(21\)00026-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(21)00026-7/fulltext), consulté le 26 avril 2021).
60. Torreele E., Kazatchkine M., Mazzucato M. Preparing for the next pandemic requires public health focused industrial policy. Dans : The BMJ Opinion [blog]. 1^{er} avril 2021 (<https://blogs.bmj.com/bmj/2021/04/01/preparing-for-the-next-pandemic-requires-public-health-focused-industrial-policy/>, consulté le 26 avril 2021).