L'UNION AFRICAINE ET LA LUTTE CONTRE LES PANDEMIES

Par

Mutoy MUBIALA*

Note de l'Auteur

Cet article est extrait d'une communication que j'ai faite au Colloque annuel de la Société française pour le droit international organisée à l'Université de Rennes 1, les 31 mai et 1^{er} juin 2018, sur le thème : « Droit international et santé ». Les vues exprimées à cette occasion et reprises ici sont personnelles et n'engagent pas l'Organisation des Nations Unies.

Introduction

D'emblée, il convient de mentionner que les pandémies sont des épidémies de grande ampleur. Durant des décennies, l'Afrique a été frappée par plusieurs pandémies. Parmi celles-ci, il convient de mentionner, en particulier, le paludisme, le VIH-Sida, la tuberculose et les infections associées, ainsi que la maladie à virus Ebola (MVE). Ces pandémies comportent un coût humain et économique élevé pour le continent africain. A titre d'exemple, un rapport récent de la Commission africaine pour les droits de l'homme et des peuples établi en 2017, avec l'appui du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA), mentionne qu'en 2016, le nombre total des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH) en Afrique était estimé à 25,3 millions, soit 70% du total mondial (36,7 millions). De même, d'après la même source, l'épidémie avait causé le décès de 700,000 personnes au cours de cette année.¹

*Fonctionnaire au Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (Genève) ; Professeur invité aux Universités de Paris q Panthéon-Sorbonne et de Caen, à l'Institut international des droits de l'homme (Strasbourg) et à l'Ecole nationale d'administration (Paris).

1 Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, "Le VIH, la loi et les droits de l'homme: principaux défis et opportunités pour les réponses au VIH fondée sur les droits », Rapport sur l'Etude de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, Banjul, 2017, p. 1.

Pour sa part, l'épidémie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest n'a pas eu seulement un coût humain élevé avec plus de 11,296 personnes sur les 28,082 atteintes par la MVE décédées, selon un rapport de la Communauté économique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO),² mais elle a eu des implications négatives sur plusieurs plans : sécuritaire (risque de déstructuration (*collapse*) des Etats touchés), juridique (violations des droits de l'homme) et économique (recul du commerce et menace au processus de l'intégration régionale).³

De manière générale, la réponse apportée aux pandémies a toujours bénéficié largement de l'appui des agences et programmes des Nations Unies opérant dans le domaine sanitaire, tout particulièrement l'Organisation mondiale de la santé (OMS ou *WHO* en sigle anglais), qui dispose d'un Bureau régional pour l'Afrique, à Brazzaville. Il convient, toutefois, de mentionner que les organisations régionales africaines ne sont pas restées les bras croisés dans ce contexte. En plus du plaidoyer mené au sein des organisations relevant du système des Nations Unies, elles ont-elles-mêmes aussi développé une action normative et opérationnelle en matière sanitaire au plan régional africain et établi des institutions de coopération dans ce domaine. A la lumière de ce qui précède, cette étude examine et évalue l'action de l'Union africaine (UA ou *AU* en sigle anglais) dans la prévention et la lutte contre les pandémies en Afrique.

1. La lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme

Avant la création de l'Union africaine (UA ou *AU* en sigle anglais) en 2000, l'Organisation de l'Unité africaine (OUA) qui l'a précédée s'est préoccupée de la question de la lutte contre les pandémies. Dans le cadre de son action normative, l'OUA a adopté, le 4 juin 1997, à Harare (Zimbabwe), la Déclaration sur la prévention de la lutte contre le paludisme dans le cadre de

2 CEDEAO, "Ebola Virus Disease (EVD) Epidemic Control in the ECOWAS Region", Abuja, 2016, p. 2.

3 Voir, notamment, Dianna GOMES et Brenda VICKERS, « La crise Ebola : implications pour le commerce et l'intégration régionale », *Passerelles*, vol, 4 (3), 29 mai 2015, pp. 1-5 ; et Cheikh Tidiane DIEYE, « L'Afrique de l'Ouest, une région face au défi de la maladie à virus Ebola », *ibid.*, pp. 1-4 (disponible au [http://www.ictsd/bridges-news/passerelles/news/.....](http://www.ictsd/bridges-news/passerelles/news/), consulté le 7 décembre 2017).

la relance économique et du développement de l’Afrique et l’Initiative africaine de lutte contre le paludisme au 21^{ème} siècle. C’est de cette Initiative qu’est né, en 1998, le projet « Faire reculer le paludisme en Afrique », approuvé par les chefs d’Etat et de gouvernement africains au sommet d’Abuja (Nigéria) du 25 avril 2000. Dans la Déclaration et le Plan d’action qu’ils ont adoptés à cette occasion, les dirigeants africains se sont engagés à « réduire de moitié la mortalité imputable au paludisme en Afrique entre 2000 et 2010 » et à demander à l’Organisation des Nations Unies (ONU ou *UN* en sigle anglais) de proclamer la décennie 2001-2010 « Décennie contre le paludisme ». ⁴ Depuis 2001, l’UA a organisé des sommets de suivi annuels à celui d’Abuja, au cours desquels ils ont développé leur action normative déclaratoire dans le domaine de la lutte contre les pandémies.

Lors du sommet de suivi d’avril 2001, les chefs d’Etat et de gouvernement de l’UA se sont penchés sur le VIH/Sida, la tuberculose et les autres maladies infectieuses. Ils y ont adopté une Déclaration aux termes de laquelle ils ont considéré le VIH/Sida comme un « état d’urgence » et ont pris l’engagement à faire de la lutte contre cette pandémie leur priorité absolue, en y consacrant au moins 15% du budget de leurs plans nationaux de développement. ⁵ Malgré des efforts consentis par plusieurs gouvernements à cet égard, cet objectif a été rarement et durablement atteint. Par exemple, en 2010, soit une décennie après l’adoption de cette Déclaration, seuls cinq pays avaient atteint ou dépassé le seuil de 15%. Il s’agissait du Rwanda (23,3%), du Malawi (18, 5%), de la Zambie (16%), du Burkina Faso (15,7%) et du Togo (15, 4%). ⁶ Au sommet de suivi de 2013, les chefs d’Etat et de gouvernement de l’UA ont décidé, sur le plan institutionnel, de la création d’un centre africain de prévention et de lutte contre les maladies, ⁷ qui sera examiné dans la troisième section.

4 OUA, « La Déclaration d’Abuja sur le projet *Faire reculer le paludisme en Afrique* », Abuja, 25 avril 2000, pp. 1-2). Comme on le verra, les pays qui ont été le plus durement affectés par l’Ebola sont parmi ceux qui avaient un taux très bas de la portion du budget consacrée à la santé.

5 Vincent NWANMA, « Priorité à la lutte contre le sida », *Afrique Relance*, vol. 15 (1/2), juin 2001, p. 6.

6 Masimba TAFIRENYIKA, « Ebola sonne le réveil des dirigeants. La maladie met au grand jour les faiblesses des systèmes de santé laissés à l’abandon », *Afrique Renouveau*, vol. 28 (3), décembre 2014, p. 11.

7 UA, « Déclaration du sommet spécial de l’Union africaine sur le VIH/Sida, la tuberculose et le paludisme. ‘Engagements d’Abuja pour l’élimination du VIH/Sida, de la tuberculose et du paludisme en Afrique d’ici à 2030, Abuja, Nigéria, 16 juillet 2013, Doc. SA10389, juillet 2013, p. 8.

Pour sa part, la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples (Commission ADHP), organe subsidiaire de l'UA et un des deux organes principaux de sauvegarde de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, à sa 29^{ème} session, à Tripoli (Libye) de Syrte (Libye), du 23 avril au 7 mai 2001, a adopté une résolution sur « la pandémie du VIH/Sida, menace contre les droits de l'homme et l'humanité », aux termes de laquelle elle :

« 1. Déclare que la pandémie du VIH/Sida est une question de droits de l'homme qui équivaut à une menace contre l'humanité ;

2. Exhorte les gouvernements africains, Etats parties à la Charte, à allouer des ressources nationales qui indiquent leur forte volonté de lutter contre la propagation du VIH/SIDA, à protéger les personnes vivant avec le VIH/SIDA contre la discrimination, à apporter un appui approprié aux familles prenant en charge des malades du SIDA en phase terminale, à élaborer des programmes d'éducation en santé publique et mener des campagnes de sensibilisation, particulièrement en vue du dépistage gratuit et volontaire ainsi que des interventions médicales appropriées.

3. Exhorte l'industrie pharmaceutique internationale à mettre à la disposition des gouvernements africains des médicaments bon marché en vue d'une action urgente contre le VIH/SIDA et invite les institutions internationales d'assistance à accroître fortement les programmes de partenariat des bailleurs de fonds en Afrique, y compris le financement de la recherche et des projets de développement.»⁸

Par ailleurs, dans le cadre de ses procédures spéciales, en particulier le Groupe de travail sur les droits économiques, sociaux et culturels, la Commission ADHP a établi, en mai 2010, un comité sur la protection des droits des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), des personnes à risque, vulnérables et affectées par le VIH.⁹ Le Comité a déjà effectué des missions dans plusieurs pays africains et organisé des séminaires et consultations régionaux sur la promotion des droits de l'homme des PVVIH et des groupes à risques. Sur la base de ses différentes activités, le Comité a élaboré, avec l'appui d'ONUSIDA, du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et de plusieurs organisations non-gouvernementales oeuvrant pour la lutte contre le VIH/Sida, une étude sur « le VIH, la loi et les droits de l'homme dans le système africain des droits de l'homme : principaux défis et opportunités pour les réponses au

8 Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, « La pandémie du VIH/SIDA, menace contre les droits de l'homme et l'humanité », Tripoli, mai 2001 (<http://www.achpr.org/fr/sessions/29th/resolutions/53/>, consulté le 17 mars 2018).

9 *IBID.*, « Comité sur la protection des droits des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), des personnes à risque, vulnérables et affectées par le VIH » (<http://www.achpr.org>, consulté le 13 mars 2018).

VIH fondés sur les droits ». ¹⁰ Cette étude documente les bonnes pratiques nationales en matière de protection des droits des PVVIH et fait des recommandations pour l'application de l'approche de la santé fondée sur les droits de l'homme aux programmes de lutte contre le VIH/Sida. Cette approche requiert que l'adoption de ces programmes soit inclusive, non-discriminatoire et porte une attention particulière aux personnes les plus vulnérables, aux femmes et aux enfants et, surtout, aient comme objectif ultime la réalisation par les Etats concernés des droits de l'homme tels que consacrés par la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples et les instruments internationaux et régionaux des droits de l'homme, dont le droit à la santé.

Comme on le voit, l'action normative relative au VIH/Sida et aux maladies apparentées s'est particulièrement développée au cours de la décennie 2001-2010. Cela est à situer avec les développements intervenus à l'ONU, dont deux organes principaux, en l'occurrence l'Assemblée générale et le Conseil de sécurité, ont débattu, sur initiative africaine, de la question du VIH/Sida en Afrique. Lors de l'examen de cette question dans le contexte des opérations de paix de l'ONU en Afrique, le 10 janvier 2000, le Conseil de sécurité a considéré que le VIH/Sida avait des implications pour la paix et la sécurité internationales. ¹¹ Cette approche constitue un précédent important à la résolution 2177 (2014) du Conseil, aux termes de laquelle celui-ci a considéré l'épidémie de la fièvre à virus Ebola comme une menace contre la paix et la sécurité internationales.

2. La lutte contre la maladie à virus Ebola

La MVE, très contagieuse et mortelle dans plus de 90% de cas, est apparue en RDC en 1976 et y est réapparue pour la neuvième fois, en mai 2018, dans la localité de Mbandaka-Bikoro, dans la province de l'Equateur. Elle a aussi surgi dans plusieurs pays d'Afrique centrale et orientale, notamment au Gabon, en République du Congo et en Ouganda. Mais, comme le souligne le

¹⁰ *Op. cit.* (note 1).

¹¹ Michael FLESCHMANN, « La prévention du sida à l'armée. L'ONU fait participer les casques bleus à la guerre contre le sida », *Afrique Relance*, vol. 15 (1-2), juin 2001, p. 16 ; voir, sur ces développements, Hélène de POOTER, *Le droit international face aux pandémies : vers un système de sécurité sanitaire collective ?*, Paris, Pedone, 2015.

professeur Jean-Jacques Muyembe Tamfum de l'Université de Kinshasa (RDC), lauréat du prestigieux prix Christophe Mérieux en 2015 et un des artisans de la découverte de ce virus,

« Au total, j'ai assisté à une dizaine d'épidémies de MVE. La plus dévastatrice est celle de l'Afrique de l'Ouest qui avait frappé surtout la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone. Ces pays n'étaient nullement préparés, car il était généralement admis pour nous, les scientifiques, que la MVE se limitait en Afrique centrale et de l'Est et que la maladie restait localisée à son épicode. L'ampleur de l'épidémie en Afrique de l'Ouest est due, entre autres, à l'ignorance de la maladie qui a été détectée avec un grand retard [...].

Nous croyions également que le virus Ebola ne pouvait pas s'introduire dans les pays développés étant donné leur haut niveau d'hygiène. Mais, le virus Ebola s'est introduit en Europe et aux USA, créant un état de panique sans précédent. Voilà pourquoi pour la première fois, la MVE a été déclarée une urgence de santé publique de portée internationale par la Directrice générale de l'OMS.»¹²

Une panique proche du chaos gagna rapidement l'Afrique de l'Ouest, où plusieurs pays, suivis par d'autres pays africains, décidèrent de fermer leurs frontières. C'est dans ce contexte que l'UA est intervenue aux plans normatif et opérationnel. En effet, différents organes principaux et subsidiaires de l'UA ont développé une action normative dans le contexte de la crise d'Ebola et des réponses à celle-ci. Sur le plan opérationnel, le 19 septembre 2014, le Conseil de paix et de sécurité (CPS) de l'UA a décidé de déployer la Mission de soutien de l'UA à la lutte contre l'épidémie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, mieux connue sous son sigle en anglais « ASEOWA ».

2.1.L'action normative de l'UA pendant la crise d'Ebola

Le 8 septembre 2014, le Conseil exécutif (Conseil des ministres des affaires étrangères) de l'UA a adopté une décision sur l'épidémie de la fièvre Ebola, aux termes de laquelle il :

« Prend acte des rapports de la Commission sur l'épidémie de la fièvre Ebola et de son impact socio-économique sur le continent, ainsi que de l'exposé technique fait par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ;

2. Prend note également de la responsabilité qui incombe aux Etats membres de protéger leurs citoyens et la santé publique, conformément aux dispositions du Règlement sanitaire international (RSI 2005), et du niveau élevé d'alerte dû à l'épidémie actuelle de la fièvre Ebola, ainsi que de la solidarité de l'Afrique et des objectifs d'intégration du continent ;

12 Jean-Jacques MUYEMBE Tamfum, "Savoir partager le savoir pour sauver l'humanité de l'épidémie d'Ebola », *Congo-Afrique*, vol. 55, 2015, p. 605 ; voir, aussi, David Quamen, *Ebola : The Natural and Human History of a Deadly Virus*, New York, W. W. Norton & Company, 2014.

3. Prend note en outre des circonstances exceptionnelles dans lesquelles certains Etats membres ont pris des mesures pour protéger leurs citoyens telles que les restrictions de voyage, de commerce et d'activités humanitaires ;

[...]

6. Exprime sa préoccupation devant les réactions de panique dues à la mauvaise information et à la communication inadéquate sur l'épidémie de la fièvre Ebola, ce qui risque d'aggraver la situation ;

7. Prend en considération :

- (i) La recommandation de l'OMS de rétablir sans restriction les voyages aériens, maritimes et terrestres, tout en intensifiant la surveillance et en observant les protocoles spécifiques de dépistage ;

[...]

- (iv) La nécessité de protéger les droits humains des personnes et des groupes, conformément à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples ;

[...]

10. Demande à la Commission de :

[...]

- (ii) Lancer un appel à tous les Etats membres pour qu'ils lèvent dans les plus brefs délais toutes les restrictions de voyage conformément au principe de la libre circulation et pour que toutes les mesures liées aux voyages, en particulier le dépistage approprié, soient conformes aux recommandations de l'OMS et de l'OACI ;

[...]

- (viii) Prendre toutes les mesures nécessaires pour la mise en place rapide d'un Centre africain de prévention et de lutte contre les maladies (ACDCP), conformément à la Décision de la Conférence de l'Union Assembly/AU/Dec. 499 (XXII) sur l'établissement du Centre, et de veiller à ce que ce Centre soit opérationnel et que les centres régionaux soient mis en place, d'ici mi-2015, y compris le renforcement des systèmes d'alerte précoce, afin que le Centre réponde de manière opportune et efficace à toutes les urgences de santé ; et assure la coordination et l'harmonisation des règlements et interventions sanitaires des Etats membres ainsi que l'échange des bonnes expériences et des meilleures pratiques. »¹³

Cette décision du Conseil exécutif de l'UA est importante, à plus d'un titre. Elle établit un équilibre entre le respect des droits de l'homme, dont la liberté de circulation et le droit à la non-discrimination, et la reconnaissance aux Etats membres de leur prérogative de renforcer les mesures de contrôle, de dépistage et d'alerte. Cette décision a eu également une certaine effectivité. Quelques exemples permettent de l'illustrer. Une vingtaine de pays africains qui avaient adopté des mesures d'interdiction de voyages en provenance des pays touchés par l'épidémie d'Ebola ont annulé ou révisé celles-ci. Cela a été le cas pour les Etats membres de

13 UA, "Décision sur l'épidémie de la fièvre Ebola », Doc. Ext./EX. CL/Dec. 1 (XVI), 8 septembre 2014, pp. 1-3.

la Communauté pour le développement de l’Afrique australe (SADC). En effet, comme le note un document publié par un réseau d’organisations non-gouvernementales,

« In September 2014, SADC Ministers of Health aligned their regional position on commercial and individual travel from EVD [Ebola Virus Disease] affected countries with the IHR [International Health Regulations] 2005, indicating requirements for entry and exit screening for travellers from EVD affected countries to be followed up for 21 days for quarantine of people with a history of close contact with EVD infected people, bodies or animals for up to 21 days and for travel to affected countries to be discouraged [...]. The AU adopted a resolution for member states to ‘urgently lift all travels bans and restrictions to respect the principle of free movement and urge that any travel related measures be in line with WHO and ICAO recommendations, in particular proper screening [...], and in April 2015 noted that ‘all restrictions should be lifted with regard to the affected countries and stigmatization ended [...]. Many countries subsequently lifted or amended restrictions.’¹⁴

Sur un plan plus symbolique, il faut mentionner que la Confédération africaine de football (CAF), agence spécialisée de l’UA basée au Caire (Egypte), a sanctionné le Maroc en lui retirant l’organisation de l’édition 2015 de la coupe d’Afrique des nations (CAN), à la suite de la demande du gouvernement marocain de reporter la compétition pour cause de « force majeure sanitaire ».¹⁵ Dans la foulée, la CAF décida d’attribuer l’organisation de la CAN 2015 à la Guinée équatoriale. Il est significatif de noter que c’est ce dernier pays qui a aussi abrité la Conférence internationale sur la lutte contre Ebola, en juillet 2015.¹⁶

Pour sa part, la Commission ADHP a adopté une déclaration sur la propagation du virus Ebola, le 11 septembre 2014, soit trois jours après la décision susmentionnée du Conseil exécutif de l’UA. Aux termes de cette déclaration, la Commission,

« 1. Appelle les Etats Membres à éviter toutes décisions qui freinent une riposte efficace contre le virus, notamment en ouvrant, de manière contrôlée, les frontières pour faciliter aux personnes infectées et affectées l’accès aux services de santé et sociaux ;

14 Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa (EQUINET), “African Response to the 2014/5 Ebola Virus Disease Epidemic”, *Discussion Brief*, octobre 2015, pp. 10-11.

15 *La Croix*, 11 novembre 2014.

16 UA, « L’Afrique aide les Africains dans le relèvement et la reconstruction post-Ebola (Malabo, les 20 et 21 juillet 2015) », Note conceptuelle,

1. Exhorte les Etats africains et l'Union africaine à travailler étroitement avec l'Organisation mondiale de la santé et les partenaires ai niveau local et international sur les mesures de prévention et de traitement qui n'enfreignent pas sur les droits économiques, sociaux et culturels des peuples. »¹⁷

2.2. L'ASEOWA¹⁸

Le Protocole de Durban de 2002 créant le CPS de l'UA consacre que celui-ci est compétent, notamment, dans le domaine de l'action humanitaire et de la gestion des catastrophes (article 6 f). C'est sur la base de cette disposition que le CPS de l'UA a décidé de déployer l'ASEOWA, une mission mixte civile, militaire et humanitaire composée de médecins, d'infirmières et autre personnel médical et paramédical, ainsi que du personnel militaire nécessaire à la protection et à l'efficacité de la Mission dans les pays d'Afrique de l'ouest affectés par la crise de la maladie à virus Ebola (Guinée, Libéria et Sierra Leone).¹⁹

Selon le rapport du Forum d'Addis-Abéba sur la logistique, organisé en octobre 2015 conjointement par la Division des opérations de maintien de la paix de l'UA, le Centre d'études stratégiques de l'Afrique et le Commandement unifié des Etats-Unis pour l'Afrique (AFRICOM),

« La mission officielle de l'ASEOWA consistait à contribuer aux efforts en cours [...] pour mettre fin à la transmission de l'Ebola dans les Etats membres concernés, éviter toute propagation internationale et reconstruire les systèmes de santé. L'ASEOWA s'est organisée autour de quatre domaines d'appui pour accomplir sa mission. Le premier est un soutien financier et logistique [...] essentiel pour soutenir les efforts de l'UA et canaliser les ressources vers les Etats concernés. Après avoir établi le contact avec des partenaires au développement, les Etats membres, les CER [Communautés économiques régionales] et le secteur privé, l'UA a été en mesure de récolter rapidement 55 millions de dollars US pour le financement de la mission ASEOWA. Le deuxième domaine de soutien s'est présenté sous la forme de renforcement des capacités humaines et techniques. L'UA a déployé environ 900 personnels médicaux et non-médicaux issus de onze différents pays membres de l'UA. Pour le troisième domaine, l'UA a formé un appui politique pour faciliter la coordination/assouplissement des restrictions à la frontière et des interdictions de voyage, et a contribué à l'organisation des efforts d'assistance internationale. Pour le quatrième domaine, l'ASEOWA a reconnu la nécessité d'un plan de rétablissement post-Ebola et d'initiatives visant à renforcer les systèmes et les institutions de santé dans les Etats concernés. »²⁰

17 *IBID.*, « Déclaration de la Commission africaine des droits de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples sur la propagation du virus Ebola », Banjul, 11 septembre 2014, pp. 1-2.

18 Cette sous-section reprend largement une sous-section de mon étude mentionnée à la note 17.

19 Doc. AU PSC/PR/COMM. (CDL), 19 août 2014.

20 Centre d'études stratégiques de l'Afrique, "Forum africain sur la logistique", rapport, Addis-Abéba, 1^{er} octobre 2015, pp. 7-8.

Conformément à l'ISA, l'ASEOWA a bénéficié d'un soutien déterminant des Etats, du secteur privé et des volontaires africains pour son déploiement et ses opérations dans les trois pays les plus affectés par l'épidémie d'Ebola (Guinée, Libéria et Sierra Leone). Au 22 janvier 2015, l'ASEOWA comptait 835 volontaires africains, y compris 86 volontaires non déployés par leurs pays d'origine qui avaient répondu à l'appel lancé par la Commission de l'UA en août et septembre 2014. Sur le plan des financements d'origine africaine, l'UA avait reçu, à la même date, US\$ 19, 500.000 des entreprises du secteur privé africain, soit plus que les financements apportés par les pays industrialisés (un peu plus de US\$ 14, 000.000).²¹

A la fin de l'opération de l'ASEOWA, le CPS de l'UA a adopté une décision, le 22 janvier 2016, aux termes de laquelle elle :

« [...]

3. Félicite la Commission de l'UA et le Département des Affaires sociales, en particulier, pour leur leadership dans la réussite de la lutte contre l'épidémie à virus Ebola (EVD), ainsi qu'en faveur du redressement socio-économique en cours dans les pays les plus affectés de l'Afrique de l'Ouest, à travers l'ASEOWA, qui ont mis en péril leur vie pour en sauver d'autres. A cet effet, le Conseil demande à la Commission de marquer sa reconnaissance des efforts déployés par tous ceux qui ont participé à la lutte contre Ebola dans le cadre d'ASEOWA, y compris le personnel de la Commission

[...].

6. Souligne la nécessité d'accélérer la mise en place du Centre africain de contrôle et de prévention des maladies (CDC africain). A cet égard, le Conseil s'est félicité des efforts en cours par la Commission dans ce sens, ainsi que des démarches actuelles en vue de la mise en place du Corps des jeunes volontaires africains de la santé [...].

8. Exprime sa profonde appréciation à tous les Etats membres de l'UA pour leur appui multiforme aux trois pays les plus affectés, et les exhorte à maintenir cet esprit de solidarité panafricaine qui sera déterminant dans la lutte efficace contre les épidémies de cette nature, ainsi que contre d'autres situations d'urgence complexes à l'avenir. Le Conseil exprime également sa profonde appréciation aux acteurs du secteur privé africain pour leurs nombreux gestes de générosité à l'endroit des trois pays les plus affectés par l'épidémie à virus d'Ebola (EVD). Le Conseil exprime en outre sa sincère appréciation aux partenaires de l'UA, ainsi qu'à l'ensemble de la communauté internationale, pour leur soutien inlassable à la lutte contre cette épidémie, et les exhorte à poursuivre leur appui aux efforts de redressement socio-économique post-Ebola dans les trois pays les plus affectés. »²²

21 UA, « Addendum to the Report of the Commission on the Ebola Virus Disease (EVD) and the Implementation of the Decisions of the 16th Extraordinary Session of the Executive Council on Ebola », Doc. EX. CL/867 (XXVI), Addendum, January 2015, pp. 1-2.

22 UA, « Communiqué », Doc. PSC/PR/COMM. (DLXX), 17 décembre 2015, pp. 1-2.

L'intervention des pays et des volontaires africains, dans le cadre de l'ASEOWA et en dehors de celle-ci, est un exemple concret de la mise en œuvre du principe régional africain émergent de « responsabilité d'assister », que j'ai conceptualisé sur la base de la Déclaration de l'UA de juillet 2012 portant adoption de l'Initiative de solidarité africaine (ISA) envers des pays en situation d'après-conflit,²³ dont le Libéria et la Sierra Leone. Il convient de noter un exemple plus récent illustrant la consolidation de la mise en œuvre de ce principe, à travers le déploiement d'experts guinéens en mai 2018 en RDC (un pays figurant sur la liste des pays bénéficiaires de l'ISA), pour appuyer leurs collègues congolais dans la lutte actuellement engagée contre la MVE sévissant dans la localité de Mbandaka-Bikoro (province de l'Equateur). En 2014-2016, des dizaines de Congolais avaient été déployés par le gouvernement de la RDC au secours de la Guinée, alors gravement touchée par la MVE.

L'opération militaro-humanitaire de l'UA dans le contexte de la lutte contre l'épidémie d'Ebola est un exemple rare du leadership africain dans la réponse à une catastrophe sanitaire. On regrettera, toutefois, l'absence de coordination entre cette Mission et les autres acteurs impliqués dans la réponse à cette crise, dont l'Organisation ouest-africaine de la santé (agence spécialisée de la CEDEAO) et la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (MINUAUCE ou *UNMEER*).²⁴ Fort heureusement, le Centre africain de prévention et de lutte contre les maladies établi récemment par l'UA répond au défi de la coordination dans le domaine de la sécurité sanitaire en Afrique.

3. Le Centre africain de prévention et de lutte contre les maladies

En janvier 2016, la Conférence des chefs d'Etat et de gouvernement de l'UA a approuvé le projet du Statut du Centre africain de prévention et de lutte contre les maladies (CDC africain).²⁵ C'est le résultat d'un processus laborieux, au cours duquel des experts et officiels

23 Mutoy MUBIALA, « L'Union africaine », in Sandra SZUREK, Marina EUDES et Philippe RYFMAN (dir.), *Droit et pratique de l'action humanitaire*, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 2018 (à paraître).

24 Voir Adam LUPEL et Michael SNYDER, *The Mission to Stop Ebola : Lessons for UN Crisis Response*, New York, International Peace Institute, février 2017.

25 UA, « Décision sur les Comités techniques spécialisés », Doc. Assembly/AU/Dec. 589 (XXVI), p.1. Le sigle « français » CDC africain est actuellement utilisé dans les documents et rapports officiels pour désigner le Centre africain de contrôle et des préventions des maladies de l'UA. Dans le Statut du Centre, c'est plutôt le sigle CACM

africains ont travaillé en étroite collaboration avec l’OMS, le *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) des Etats-Unis d’Amérique, le Centre européen de contrôle des maladies, le CDC de la Chine et les centres régionaux.²⁶ Le CDC africain a été établi comme comité technique spécialisé de l’UA, avec pour siège Addis-Abéba. Il est devenu opérationnel en janvier 2017. Le CDC africain intervient sur le terrain à travers cinq centres régionaux de collaboration (CRC),²⁷ établis à raison d’un centre pour chacune des 5 régions géographiques de l’UA, à savoir : l’Afrique australe ; Lusaka (Zambie) ; l’Afrique centrale : Franceville (Gabon) ; l’Afrique de l’Est ; Nairobi (Kenya) ; l’Afrique du Nord : Le Caire (Egypte) et l’Afrique de l’Ouest : Abuja (Nigéria).

Le Statut du CDC africain comporte des dispositions portant sur ses objectifs, fonctions et principes directeurs ; son organisation ; ainsi que les modalités de sa coopération avec les Etats membres, l’OMS et d’autres partenaires. Les Statuts contiennent également des dispositions relatives aux CRC.

Aux termes de l’article 3 de son Statut, le CDC africain poursuit les objectifs suivants :

- « 1. La mise en place des plates-formes d’alerte précoce et de préparation des réponses pour faire face à temps et efficacement à toute situation d’urgence sanitaire ;
2. L’appui à la préparation et à la réponse aux situations d’urgence de santé publique ;
3. L’assistance aux Etats membres, en collaboration avec l’OMS et les autres partenaires, pour combler les lacunes en conformité avec le Règlement sanitaire international ;
4. L’appui et/ou l’établissement de la cartographie régionale des dangers et de l’évaluation du risque au niveau des pays pour les Etats membres ;
5. L’appui aux Etats membres dans la prise en charge des urgences sanitaires, en particulier celles qui ont été déclarées comme étant des urgences de santé publique de portée internationale (USSPI), ainsi que dans la promotion de la santé et dans la prévention des maladies par le renforcement des systèmes de santé en luttant contre les maladies transmissibles et non transmissibles, la santé environnementale et les maladies tropicales négligées (MTN) ;
6. La promotion du partenariat et de la collaboration entre les Etats membres dans la lutte contre les maladies d’apparition récente et les pandémies et dans la riposte aux urgences sanitaires ;

qui est usé. Pour la commodité et la clarté de l’exposé, j’utiliserai cette dernière uniquement lorsqu’il est inclus dans une citation.

26 OMS, Bureau régional de l’Afrique, « Rapport de situation sur la création du Centre africain de contrôle des maladies. Rapport du Secrétariat », AFR/RC65/8, 25 novembre 2015.

27 Dans le Statut du CDC africain, les centres régionaux de collaboration sont désignés comme « centres collaborateurs régionaux » (CCR).

7. L'harmonisation des politiques de contrôle et de prévention des maladies et des systèmes de surveillance dans les Etats membres ;

8. L'appui aux Etats membres dans le renforcement des capacités en santé publique à travers des programmes de formation de moyenne et longue durée sur le terrain en épidémiologie et en laboratoire. »

Les Statuts du CDC africain assignent à ce dernier la mission d'assistance aux Etats membres de l'UA dans la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI ou *IHR*, en sigle anglais). Dans la mesure où les Etats africains sont concernés, le CDC africain devrait jouer un rôle d'appui au renforcement des capacités de ces Etats dans la mise en œuvre effective du RSI. L'aspect relatif aux capacités des systèmes nationaux de santé est le « talon d'Achille » du système sanitaire international.²⁸ D'où l'importance de la mission assignée par l'UA au CDC africain dans ce domaine. Une bonne réalisation de cette mission contribuerait à une plus grande effectivité du RSI en Afrique. C'est dans ce cadre qu'il convient de situer la déclaration faite par les chefs d'Etat et de gouvernement africains le 3 juin 2017, aux termes de laquelle ils se sont engagés à accélérer la mise en œuvre du RSI sur le continent.

Le Statut du CDC africain consacre, à son article 4, les principes directeurs régissant le fonctionnement de celui-ci, dont le leadership (définition des orientations stratégiques en matière de renforcement des capacités nationales dans le domaine de la santé publique) ; la crédibilité (utilisation d'une approche basée sur les preuves afin d'avoir la confiance des bénéficiaires et des partenaires) ; l'appropriation (implication des Etats africains dans l'élaboration des programmes et des priorités du CDC africain) ; la délégation des pouvoirs (mandat de déployer des intervenants en cas de crise sanitaire transfrontalière) ; la promptitude dans la diffusion de l'information (établissement des partenariats et des réseaux pour une communication effective) ; la transparence (échange d'informations entre le CDC africain et les Etats membres) ; la redevabilité (*accountability*) : le CDC africain répond de sa gouvernance envers les Etats membres ; ainsi que la valeur ajoutée (démonstration de la valeur ajoutée des opérations du CDC africain à celles des Etats membres et des partenaires).

Le cadre de fonctionnement du CDC africain intègre « le développement d'une perception partagée sur le continent que les menaces nationales de santé publique ont un impact sur la sécurité régionale et la viabilité économique » (article 5 du Statut). Cette disposition consacre,

28 Auriane GUILBAUD, « Le système sanitaire international face à l'épidémie d'Ebola », *La Vie des idées*, 9 décembre 2014, pp. 5-8 (disponible sur <http://www.laviedesidees.fr/Le-systeme-sanitaire-international-face-a-l-epidemie-d-Ebola.html>).

sur le plan conventionnel, les liens existant entre, d'une part, les menaces de santé publique et, d'autre part, la sécurité régionale et le développement économique. Cet aspect est important, à la lumière des effets sécuritaires et économiques de certaines pandémies examinées ci-dessus, dont le paludisme, le VIH/sida et l'épidémie d'Ebola, en Afrique.

Les organes du CDC africain incluent un conseil d'administration, un conseil consultatif et un secrétariat supervisé par un directeur. Le conseil d'administration, qui est l'organe d'orientation stratégique du CDC africain, est composé de 15 membres, dont 10 représentent les ministères de la santé des Etats membres de l'UA (à raison de 2 représentants par région géographique) et les 5 autres représentant la Commission de l'UA (2), le secteur privé et la société civile (2), ainsi que les organisations régionales de la santé (1), par rotation (article 10). La structure inclusive du conseil d'administration devrait inspirer les Communautés économiques régionales (CER) et les Etats, respectivement, dans l'établissement des CRC et des institutions nationales de coordination.

Les modalités de l'élection des représentants des Etats sont définies à l'article 11 et tiennent dûment compte de la représentation géographique équitable des régions de l'UA. Le fonctionnement du conseil d'administration est articulé à l'article 12 du Statut. L'organisation et le fonctionnement du conseil consultatif et du secrétariat sont définis aux articles 14 à 21. Concernant les CRC, ils sont sélectionnés suivant les principes directeurs et critères prévus à l'article 25 des Statuts, comme suit :

« 1. Chaque région choisit un centre collaborateur régional en se basant sur les principes directeurs et les critères suivants :

a) Principes directeurs :

- i) La synergie entre les objectifs internes du centre régional et les objectifs du CACM [CDC africain] ;
- ii) La bonne gouvernance et des responsables respectés ;
- iii) Le financement durable et la responsabilité financière ;
- iv) L'historique de la collaboration entre les secteurs de la santé.

b) Critères :

- i) La compétence technique et des preuves claires d'expertise dans les fonctions essentielles de santé publique (FESP) qui sont directement en rapport avec les objectifs stratégiques du CACM [CDC africain];
- ii) La synergie claire entre les objectifs du programme du centre collaborateur régional et les objectifs stratégiques du CACM [CDC africain], qui se traduit par un plus grand impact collectif et le renforcement des capacités ;

- iii) Les résultats obtenus dans la mobilisation du personnel de santé ;
 - iv) La capacité des laboratoires ;
 - v) La capacité de représenter une circonscription régionale ;
 - vi) Les résultats d'expertise en matière des risques sanitaires spécifiques à la région ;
 - vii) La volonté et la capacité de fournir un appui à d'autres pays si la capacité du pays fait défaut, en particulier en cas de situation d'urgence de santé publique ;
 - viii) Le centre collaborateur régional est soit :
 - a) Une institution gouvernementale déjà existante ;
 - b) Une institution qui fournit un appui considérable au gouvernement dans le domaine de la santé publique.
2. Le Conseil d'administration évalue, à intervalles périodiques d'au plus 5 ans, la performance des CCR. A la suite de cette évaluation, le Conseil peut remplacer un CCR défaillant par un CCR plus performant. »

Dans son rapport de situation sur l'établissement du CDC africain, en août 2016, le Comité régional de l'Afrique de l'OMS a recommandé à la Commission de l'UA et aux partenaires de mobiliser les ressources pour l'opérationnalisation de ce dernier et de ses CRC.²⁹ Depuis son opérationnalisation, le CDC a adopté, notamment, un plan stratégique 2017-2021 axé sur ses 5 piliers, à savoir : (1) la surveillance et l'information sur les maladies ; (2) les systèmes d'information ; (3) les systèmes et réseaux de laboratoires ; (4) les préparations aux situations d'urgence et d'organisation des secours ; et (5) la recherche dans le domaine de la santé publique.³⁰ Par ailleurs, le CDC africain a organisé une rencontre avec les 5 CRC à Addis-Abéba, en mars 2017. Au cours de cette réunion, il a été décidé que le premier effectue des missions auprès de ces derniers pour les appuyer dans le développement de leur cadre institutionnel et opérationnel régional.³¹ C'est dans ce contexte que le CDC africain a, par exemple, rendu visite au CRC de l'Afrique de l'Ouest, à Abuja, en juin 2017. Au cours de la réunion qui s'y est tenue, les deux entités se sont accordées sur l'adoption de ses priorités régionales en relation avec les 5 piliers du CDC africain.³² Parmi les autres réalisations

29 OMS, Bureau régional de l'Afrique, « Rapport de situation sur l'établissement du Centre africain de contrôle des maladies », Doc. AFR/RC66/INF.DOC/9, 22 août 2016, p. 2.

30 Africa CDC, « Plan stratégique 2017-2021 », Doc. SA20167-143/29/24, 2017.

31 UA, « Report of the First Meeting of Africa CDC Regional Collaborating Centres (Addis Ababa, Ethiopia, 17 March 2017) », 17 mars 2017, p. 6.

32 *IBID.*, « Report of West Africa CDC Regional Collaborating Centre Meeting », Addis-Abéba, juin 2017.

prioritaires du CDC africain, il convient de mentionner la création du Réseau de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (AMRSNET)³³ et la mise en place des Réseaux régionaux intégrés de surveillance et de laboratoires (RISLNET).

Conclusion

La création par l'UA du CDC africain et de ses CRC constitue une avancée importante dans la mise en place d'une architecture de sécurité sanitaire collective en Afrique. Celle-ci met l'accent sur la prévention et la coordination, en réponse à la situation prévalant avant la crise de l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014-2016. A n'en point douter, il s'agit là d'un nouvel aspect du régionalisme africain. Celui-ci conforte le droit international de la santé, dans la mesure où les Statuts du CDC africain assignent à celui-ci ainsi qu'à ses CRC la mission d'appuyer les Etats africains dans la mise en œuvre du RSI de 2005, lequel ne dispose pas d'un mécanisme de sauvegarde efficace, la clef de voûte de ce système étant l'élaboration des rapports des Etats sur le développement de leurs capacités nationales dans le domaine de la prévention et de la réponse aux pandémies.

Certes, le système de sécurité sanitaire collective mis en place par l'UA est encore embryonnaire. Il a, toutefois, le mérite de développer une approche collaborative impliquant non seulement cette dernière, les Communautés économiques régionales africaines et les institutions nationales de coordination, mais aussi les partenaires internationaux, dont l'OMS, et étrangers (CDC de plusieurs pays industrialisés).

Enfin, l'action de l'UA dans la lutte contre la MVE en Afrique de l'Ouest en 2014-2016 a servi de cadre pour la mise en œuvre du principe régional africain émergent de « responsabilité d'assister » fondé sur les traditions africaines d'entraide, tel qu'il se dégage de l'ISA (« L'Afrique aide l'Afrique »), adoptée par l'UA en juillet 2012. En effet, la contribution exceptionnellement importante des Africains à la constitution, au financement et aux opérations de l'ASEOWA ont, pour la première fois, donné corps à ce nouveau principe régional africain.

33 Africa CDC, « Cadre des CDC africains pour la résistance antimicrobienne 2018-2023 – Réseau de surveillance RAM (AMRSNET), Doc. SA21660, 2017.