



LE DROIT ET LA PRÉPARATION ET RÉPONSE AUX URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE

Enseignements de la pandémie de COVID-19

+C IFRC

Disaster Law

© **Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Genève, 2021**

Toute partie de cette publication peut être citée, copiée, traduite dans d'autres langues ou adaptée pour répondre aux besoins locaux sans autorisation préalable de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, à condition d'indiquer clairement la source.

Photo de couverture: © Croix-Rouge italienne

Nous contacter :

Les demandes de reproduction commerciale devraient être adressées au Secrétariat de la FICR :

Adresse : Chemin des Crêts 17, Petit-Saconnex, 1209 Genève, Suisse

Adresse postale : Case postale 303, 1211 Genève 19, Suisse

T +41 (0)22 730 42 22 | **F** +41 (0)22 730 42 00 | **C** disaster.law@ifrc.org | **W** [ifrc.org](https://www.ifrc.org)

Le droit et la préparation et réponse
aux urgences de santé publique

Enseignements de la pandémie de COVID-19

CONTENU

Remerciements	8
À propos de L'IFRC disaster law	11
Avant-propos	13
Abréviations et sigles	14
Terminologie	15
Résumé	19
Partie A : Introduction	19
Partie B : Cadres juridiques et institutionnels relatifs aux urgences de santé publique	20
Partie C : Le rôle du droit dans l'atténuation des impacts secondaires des urgences de santé publique et des impacts sur les groupes vulnérables	27
Partie D : Facilités juridiques à l'intention des acteurs humanitaires	32
Recommandations	35
Le règlement sanitaire international	35
Cadres juridiques et institutionnels nationaux	36
État d'exception	38
Le rôle du droit dans l'atténuation des impacts secondaires des urgences de santé publique et des impacts sur les groupes vulnérables	42
Facilités juridiques à l'intention des acteurs humanitaires	45
PARTIE A Introduction	46
1. Historique et contexte	47
1.1 Le droit et les urgences de santé publique	47
1.2 Méthodologie	49
1.3 Structure du rapport	52
1.4 Recommandations et autres orientations	53
2. Les urgences de santé publique	55
2.1 Définitions du terme urgence de santé publique	55
2.2 Foyers, épidémies et pandémies	56
2.3 Bioterrorisme	58
2.4 « Risques » de santé publique à évolution lente et autres	58

3. Cadres juridiques et institutionnels mondiaux	61
3.1 Introduction	61
3.2 Le contexte mondial	61
3.2.1 Les Objectifs de développement durable;	61
3.2.2 Programme de sécurité sanitaire mondiale	62
3.2.3 Le Cadre de Sendai et les Principes de Bangkok	63
3.2.4 33e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge	64
3.2.5 Dispositions spécifiques à la COVID-19	65
3.2.6 Dispositions régionales	66
3.3 Le règlement sanitaire international 2005	67
3.3.1 Élaboration du Règlement sanitaire international (RSI)	67
3.3.2 Responsabilités de l'OMS en vertu du RSI	67
3.3.3 Responsabilités des États en vertu du RSI	69
3.3.4 Examens du RSI	69
3.3.5 Initiatives de l'OMS visant à améliorer la mise en œuvre au niveau national	71
3.4 L'impact du rsi sur les cadres nationaux relatifs aux USP	73
3.4.1 Principales capacités	73
3.4.2 Suivi et évaluation	74
3.4.3 Participation aux évaluations	75
3.4.4 Action post-évaluation	76
3.4.5 Transparence des lois sur la santé publique	77
3.4.6 Capacité de mise en œuvre des principales capacités requises par le RSI	78
3.4.7 Notification et alerte rapide	79
4. Cadres juridiques et institutionnels nationaux relatifs aux USP	81
4.1 Introduction	81
4.2 Intégration	83
4.2.1 Principes de Bangkok et intégration	83
4.2.2 Cadres à dominante USP	83
4.2.3 Cadres hybrides ou combinés	84
4.2.4 Cadres à dominante GRC	84
4.2.5 Intégration actuelle	85
4.2.6 Intégration future	85
4.3 Mandats pour la gestion des urgences de santé publique dans le droit interne	87
4.3.1 Les risques pour la santé publique gérés	87
4.3.2 USP secondaires	88
4.3.3 Phases de la gestion des risques d'USP	89
4.4 Coordination et direction	92
4.4.1 Coordination	92
4.4.2 Direction et responsabilité principale	94

4.5	Participation et représentation	96
4.5.1	<i>Introduction</i>	96
4.5.2	<i>Approche engageant l'ensemble de l'État</i>	96
4.5.3	<i>Approche engageant l'ensemble de la société</i>	97
4.5.4	<i>Acteurs Une seule santé et de la coopération au développement</i>	98
4.5.5	<i>Soignants</i>	98
4.5.6	<i>Sociétés nationales CRCR et autres organisations humanitaires</i>	99
4.5.7	<i>Écoles</i>	100
4.5.8	<i>Secteur financier</i>	100
4.5.9	<i>Fabricants et fournisseurs de biens et d'équipements essentiels</i>	100
4.5.10	<i>Représentation</i>	102
4.6	Préparation aux urgences de santé publique : planification d'urgence	104
4.7	Faire mieux comprendre, tirer des enseignements	105

5. États d'exception et pouvoirs d'exception en cas d'urgence de santé publique 108

5.1	Introduction	108
5.2	Source et nature des états d'exception et des pouvoirs d'exception	110
5.3	Responsabilité de la déclaration d'un état d'exception	112
5.4	Déclenchement et moment de déclenchement des états d'exception et des pouvoirs d'urgence	114
5.5	Nature des pouvoirs et des mesures d'exception	115
5.6	Impact des états d'exception et des mesures d'urgence sur les droits de l'homme	117
5.7	Garanties et contrôle pendant l'état d'exception	119
5.7.1	<i>Contrôle législatif</i>	119
5.7.2	<i>Contrôle judiciaire</i>	120
5.7.3	<i>Transparence</i>	121

PARTIE C Le rôle du droit dans l'atténuation des impacts secondaires des urgences de santé publique et des impacts sur les groupes vulnérables 122

6. Impact des urgences de santé publique sur la mobilité et la migration humaines	123
6.1	La mobilité humaine en règle générale 123
6.2	Fermeture des frontières 124
6.3	Réfugiés et demandeurs d'asile 126
7. Abri et logement	128
7.1	Introduction 128
7.2	Le sans-abrisme et les sans-abri 128
7.3	Perte de logement 129

8. Protection des groupes vulnérables	131
8.1 Vulnérabilité dans les situations d'urgence de santé publique	131
8.2 Personnes exposées à la maladie	132
8.3 Personnes âgées et personnes handicapées ou souffrant de problèmes de santé sous-jacents	133
8.4 Préservation d'un accès plus large aux soins de santé	135
8.5 Personnes en situation de risque économique et financier	136
8.6 Protection des personnes exposées à la violence	137
8.7 Écoliers	139
8.8 Migrants et groupes raciaux et ethniques marginalisés	140
8.8.1 Migrants	141
8.8.2 Groupes raciaux et ethniques marginalisés	143
PARTIE D Facilités juridiques à l'intention des acteurs humanitaires	144
9. Facilités juridiques à l'intention des acteurs humanitaires	145
9.1 Introduction	145
9.2 Facilités juridiques	145
9.3 Impact des restrictions liées à la covid-19	147
9.3.1 Restrictions à la circulation interne et aux affaires	147
9.3.2 Fermeture des frontières et/ou restrictions d'entrée	148
9.3.3 Qualifications professionnelles	151
9.3.4 Restrictions à l'importation ou à l'exportation de biens et d'équipements	151
9.3.5 Taxes et tarifs	153
Annexe 1 Questions relatives au recensement des décrets d'état d'urgence	154
Annexe 2 Questions relatives au recensement des urgences de santé publique	155
Notes de fin de document	159

REMERCIEMENTS

Le présent rapport a été commandé par l'IFRC Disaster Law (la section Droit des Catastrophes de la FICR). Simon Whitbourn de Knightwood Legal en est l'auteur principal. Les conseils techniques, la révision et l'édition ont été assurés par les chefs de projet de la FICR, Isabelle Granger, coordinatrice du plaidoyer législatif de la FICR, et Rachel Macleod, responsable principale de l'IFRC Disaster Law.

Nous tenons à remercier les membres de la FICR et des organisations partenaires, qui ont révisé le rapport et formulé des observations fondées sur leurs domaines d'expertise technique. Giulio Bartolini, Huw Beynon, Iria Touzon Calle, Gwendolen Eamer, Gabrielle Emery, David Fisher, Ria Hidajat, Rajeev Issar, Sanny Jegillos, Rebeca Muñoz, Nadja Münstermann, Amjad Saleem, Maya Schaerer, Sharonya Sekhar, Jeanique Serradinho, Ezekiel Simperingham et Sophie Teyssier.

Le présent rapport s'appuie sur des recensements nationaux élaborés par des avocats et des chercheurs en droit d'Allens Linklaters, de la Croix-Rouge britannique, de la FICR et de White & Case. La FICR remercie sincèrement chacun des avocats et chercheurs en droit pour leur travail, sans lequel le rapport n'aurait pu voir le jour. Une liste complète des avocats et des chercheurs en droit ayant élaboré ou contribué aux recensements des pays figure ci-après. Le rapport s'appuie également sur une analyse documentaire élaborée par Michele Forzley, avec l'aide de Lauren McGee, Matthew Shevlin et Jobin George.

La FICR souhaite remercier la Croix-Rouge britannique et le ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement, dont le soutien financier a permis l'élaboration du présent rapport.



Federal Ministry
for Economic Cooperation
and Development

Allens Linklaters

David Donnelly
Emma Warren
Tessie Chang
Thanushar Sridaran
Tom Bleby

Croix-Rouge britannique

Carlos Orjuela
Claudia Maritano
Daniel Grütters
Emilie Fitzsimons
Francesco Romani
Hannah Maley
Michael Meyer
Noel Trew
Rashmin Sagoo
Sarah Thompson
Silvia Scozia
Simon Whitbourn

FICR

Carmen Beltrán
Jessie Jordan
Luis Diego Castro
María Martínez
Meiapo Faasau
Rebeca Muñoz
Sophie Teyssier
Stella Ngugi
Tania Chambers

LEAD Institute**University of Canterbury**

Finau Leveni
John Hopkins
Laura Braid
Sulaiman Sarwary
Talia Siataga

White & Case

Abdulrahman Alkhudairy
Ada Wang
Adam Gao
Adriana Zhan
Alec Johnson
Aleksandra Orzel
Aleksandra Stadnik
Allain Andry
Allyson Reynolds

Chloe Do
Christian Orton
Claudia Hasbun
Connie Ng
Connor Fuchs
Connor Gray
Constantin Teetzmann
Constantinos Droussiotis
Cristian Pleters
Daisy Wetherill
Dana Yeon
Daniel Hannuna
Daniel Shults
Daniel Yeh
Daniela Huerta Garcia
David Pezza
David Smith
David Stanek
Debashis Dey
Deborah Victoria
Deema Abini
Dionne Boahene
Doug Peel
Eduardo Barrachina
Ee Lynn Tan
Einat Goldstein
Elaf Al-Wohaibi
Elena Ruggiu
Elien Claeys
Elizabeth Massaro
Emily Lipka
Emily Thomson
Eojin Lie
Estelle Philippi
Esther So
Evan Rahn
Fabienne Vermeeren
Felix Mueller
Fergus Langstaff
Francisco Garcia Naranjo
Fraser Galloway
Gabriel Itagiba
Gabiella Richmond
Ghazi Kayal
Ghislaino Kamdo
Greg Pospodinis
Gretel Martinez
Hanna Hedayati
Carlos Viana
Catherine Yoon

Jingbo Hou
Jingjia Zhang
John Anderson
John Hannon
Joseph Fox-Davies
Joshua Berman
Joshua Butler
Joshua Cohen
Jowita Mieszkowska
Juan-Ignacio Lopez-Dominguez
Julieta Monteroni
Kameron Townsend
Kamilla Azamat
Kate Curran
Kate Gillett
Katy Lau
Katya Hartl
Kerri Spennicchia
Khawla Alatiyat
Kit Goodfellow
Kristina Klykova
Kristo Molina
Laura-Rose Lynch
Leia Andrew
Logan Quinn
Lowrie Robertson
Luka Kristovic
Lukas Kralovic
Mahir Maini
Manal Sanai
Manu Thadikkaran
Marco Stephan
Marcus Booth
Marcus Dashper
Maria Beguiristain
Maria Vanegas
Maria Yoo
Mariana Otto-Schoener
Mariel Martinez-Zarate
Mariele Coulet-Diaz
Marika Fain
Mario Barka
Marius Benedikt Gass
Mark Gustafson
Mark Powell
Martin Hrachovina
Martin Melicher
Martina Castren
Jakub Zelazny
Jan Voborsky

Pedro Jose Izquierdo
Philip Vavalidis
Pranav Subhedar
Rafael Llano
Raffaele Turco
Rayan Al Harbi
Rebecca Hughes
Reem Albakr
Reilly Gaertner
Rekha Ajoodha
Reuben McGregor-Sumpter
Richard Lloyd
Rick Greene
Robbie Powell
Rodrigo Dominguez
Ronald Gorsich
Sandra Huerta
Sarah Hudson
Sarah Kouchad
Scott Levi
Sean Goldstein
Sherief Rashed
Simon O'Connell-Schizas
Stacey Shen
Stefan Lyman
Steve Sha
Steven Gee
Steven Worthington
Strati Sakellariou-Witt
Suzanne Knijnenburg
Suzanne Perry
Tatiana Roldan Ferri
Thomas Harper
Thomas Jacques
Thomas Pate
Timo Airisto
Todd Wolynski
Tolu Obamuroh
Tomas Scerba
Tommi Kolehmainen
Valerie Menard
Vanessa Schuermann
Victoria Rodriguez De Anda
Waad Alkurini
Wilbert Luna Arellanes
William Fong
William Watson
Xuan Jin
Nashel Jung
Natalie So

Amanda Wong	Charbel Abou Charaf	Jana Filarska	Nawaaf Alawaad
Amira Ahmad	Charlotte Deans	Jeannine Acevedo	Nettie Choo
Amy Donehower	Chloe Bouffard	Jennifer Djavaheerian	Nezar Al Abbas
Anastasia Sheyndlina	He Chen	Jennifer Hedges	Nina Yu
Andrea Rodriguez	Helena Buitrago	Jeremy Elman	Nirangjan Nagarajah
Anna Corderoy	Henry Carlson	Jessica Marroquin	Oji Adoh
Anna Rawlence	Hermes Ferreras	Jessica Zhou	Olaolu Akerele
Anne Sauvebois-Brunel	Hugh Brunjes	Jia Ying	Oliver Dean
Anne Sophie Oberreiner	Hugo J. S. Schwarz Leite	Matt Solomon	Opeyemi Longe
Anu Alamutu	Husam Azhar	Matthew De Bari	Paul McCullough
Astrid Desmonda	Ian Wallace	Matthew Kabak	Paul Tang
Beatriz Barros	Ibrahim Bakhurji	Matthew Secomb	Paula Melendez
Bethanie Abrahams	Iman Algubari	Micaela Heery-Hyatt	Paulo Maza Moreno
Betty Zhang	Ingrid Wijnmalen	Michal Palisin	Yasser Riad
Bianca McDonnell	Ingrid York	Mikaela Nikolausson	Yi Ying
Bill Webb	Isabella Bellera Landa	Min Pang	Yokubjon Isakov
Brian Fetterolf	Ivan Paskal	Miriam Gyun-Mie Meixner	Youssef Fathy
Bruna Ribeiro	Jacob Schtevie	Mizuho Yamada	Yuning Zhou
Caitlin Powell Gimpel	Jacquelyn MacLennan	Mizuki Hyuga	Yuran Cui
Camille Mendoza Soto	Jahnavi Mitra	Monika Sedlackova	Zach Heffernen

À PROPOS DE L'IFRC DISASTER LAW

L'IFRC Disaster Law et les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ont vingt (20) ans d'expérience dans la fourniture de conseils techniques aux gouvernements visant à renforcer la gouvernance des risques de catastrophes par des lois et des politiques, et dans le renforcement des capacités des parties prenantes nationales en matière de droit des catastrophes. À ce jour, nous avons apporté notre assistance à plus de quarante (40) pays afin de renforcer leurs lois sur les catastrophes et avons mené des activités en la matière dans plus de quatre-vingt-dix (90) pays.

L'IFRC Disaster Law est également un leader dans la réalisation de recherches et l'élaboration de conseils innovants sur les meilleures pratiques nationales. Elle a produit quatre principaux documents d'orientation, à savoir :

- les Lignes directrices relatives à la facilitation et à la réglementation nationales des opérations internationales de secours et d'assistance au relèvement initial en cas de catastrophe (communément appelées Lignes directrices IDRL);
- la Liste de vérification sur la législation et la réduction des risques de catastrophe (Liste de vérification RRD) ;
- la Liste de vérification sur la législation relative à la préparation aux catastrophes et à l'intervention (Liste de vérification PRC) ;
- les Orientations sur le droit et la préparation et réponse aux urgences de santé publique (version pilote).

Les trois premiers documents d'orientation ont été approuvés par les États parties aux Conventions de Genève et les composantes du Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge par des résolutions de la Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Les parties prenantes à la lutte contre les catastrophes s'en servent comme référence pour évaluer et renforcer les lois nationales en matière de catastrophes. L'IFRC Disaster Law a également produit de nombreux outils de mise en œuvre visant à renforcer les cadres juridiques nationaux.

Le travail de l'IFRC Disaster Law est rendu possible par le soutien généreux de ses partenaires, notamment des institutions académiques, des cabinets d'avocats, des autorités gouvernementales et des Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Si vous souhaitez soutenir l'œuvre de l'IFRC Disaster Law, merci de nous contacter à disaster.law@ifrc.org.

Pour plus d'informations sur l'IFRC Disaster Law, veuillez consulter le site disasterlaw.ifrc.org/.

Yémen, 2020. Saara, une physiothérapeute finlandaise, porte un équipement de protection complet pour administrer des soins de physiothérapie à un patient atteint de COVID-19. La rééducation du patient exige que Saara soit en contact étroit avec lui, d'où l'extrême importance de la protection.

© Anette Selmer-Andresen / FICR



AVANT-PROPOS



Si personne n'a été épargné par les effets de la COVID-19, les conséquences de cette pandémie n'ont pas été ressenties de la même manière. Cette crise s'est caractérisée par des inégalités profondes et persistantes, tant en ce qui concerne les personnes les plus exposées que la manière dont le monde y a répondu. Nous ne savons peut-être pas alors toute l'ampleur de ce qui nous attendait, mais nous aurions dû être mieux préparés. Si la pandémie de COVID-19 nous a appris quelque chose, c'est bien l'importance d'être « prêt », ainsi que le rôle central du droit et des politiques dans la lutte contre les urgences de santé publique et la protection des communautés.

Trop souvent, dans cette réponse, les plus vulnérables ont été laissés pour compte en raison d'obstacles formels et informels à l'accès aux soins de santé, à l'information, au soutien financier et à d'autres services essentiels. Les restrictions instaurées pour enrayer la propagation de la COVID-19 ont également entravé la capacité de certaines Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, de leur personnel et de leurs bénévoles à remplir leur rôle de premiers intervenants en cas de catastrophes et d'urgences de toutes sortes et à fournir des soins de santé ainsi que des services sociaux au niveau communautaire.

Des instruments juridiques et politiques ont sous-tendu toutes les facettes de la riposte à la COVID-19, allant des restrictions sans précédent de la liberté de circulation et de réunion à l'approbation accélérée des vaccins, plus récemment. Les pays du monde entier ont réagi à la pandémie en déclarant l'état d'urgence ou de catastrophe, en adoptant des tonnes de lois d'urgence et en dépoussiérant les lois, politiques et plans d'urgence existants. Les niveaux de réussite dans l'utilisation des instruments juridiques et politiques pour répondre à la pandémie ont toutefois été très variables. Dans certains cas, les lois et politiques en vigueur se sont avérées dépassées ou inadéquates, nécessitant l'élaboration rapide de nouveaux instruments.

Dans le présent rapport, l'IFRC Disaster Law s'appuie sur ses vingt ans d'expérience dans la réalisation de recherches de premier plan et la fourniture de conseils techniques aux gouvernements, et porte son attention sur les lois et politiques nationales relatives aux urgences de santé publique, avec un accent particulier sur l'expérience et les enseignements de la pandémie de COVID-19. Le rapport, qui s'appuie sur des recherches comparatives au niveau des pays, fournit des recommandations exhaustives pour la mise en place de cadres juridiques nationaux solides et efficaces en vue de la préparation et la réponse aux urgences de santé publique.

Lorsque les gouvernements du monde entier sortiront de la crise actuelle, nombre d'entre eux souhaiteront s'inspirer de l'expérience de la pandémie de COVID-19 pour revoir et renforcer leurs cadres juridiques en matière de gestion des risques de catastrophe, notamment les urgences de santé publique. Le présent rapport et le document d'orientation qui l'accompagne, *Guidance on Law and Public Health Emergency Preparedness and Response*, constitueront ainsi des ressources précieuses pour eux.

La FICR et son réseau de Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge sont disposés à travailler en étroite collaboration avec les gouvernements afin de prévenir, de réduire l'impact des catastrophes et de protéger les plus vulnérables face aux crises.

Jagan Chapagain
Secrétaire général

ABRÉVIATIONS ET SIGLES

AADMER	Accord de l'ASEAN sur la gestion des catastrophes et les interventions d'urgence
RAM	Résistance aux antimicrobiens
ASEAN	Association des Nations de l'Asie du Sud-Est
CARPHA	Agence de santé publique des Caraïbes
CDEMA	Agence de gestion des catastrophes et des urgences des Caraïbes
CDERA	Accord sur l'intervention d'urgence en cas de catastrophe dans les Caraïbes
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
GC	Gestion des catastrophes
PRC	Préparation et réponse aux catastrophes
Rapport sur la PRC	Law and Disaster Preparedness and Response: Multi-Country Synthesis Report (FICR 2019)
GRC	Gouvernance des risques de catastrophes
GRC	Gestion des risques de catastrophes
RRC	Réduction des risques de catastrophes
Rapport sur la RRC	Effective Law and Regulation for Disaster Risk Reduction: A Multi-Country Report (IFRC and UNDP 2014)
UE	Union européenne
FAO	Organisation pour l'alimentation et l'agriculture
PIB	Produit intérieur brut
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
PIDCP	Pacte international relatif aux droits civils et politiques
CICR	Comité international de la Croix-Rouge
IDRL	Droit international des interventions lors de catastrophes
FICR	Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
Réseau de la FICR	La FICR et ses 192 Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge membres
RSI	Règlement sanitaire international (2005)
OMI	Organisation maritime internationale
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OEА	Organisation des États américains
HCDH	Bureau du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'Homme
OIEWG	Groupe de travail intergouvernemental d'experts à composition non limitée sur les indicateurs et la terminologie relatifs à la réduction des risques de catastrophe
USP	Urgences de santé publique
USPPI	Urgence de santé publique de portée internationale
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VSBG	Violence sexuelle et sexiste
SoE	État d'urgence
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
UNDRR	Bureau des Nations Unies pour la réduction des risques de catastrophes (anciennement UNISDR)
WASH	Eau, Accès, Assainissement et Hygiène
BM	Banque mondiale
FEM	Forum économique mondial
PAM	Programme alimentaire mondial
OMS	Organisation mondiale de la Santé

TERMINOLOGIE

COVID-19 est une maladie infectieuse causée par le coronavirus SARS-CoV-2. On peut également l'appeler maladie à coronavirus. Ces termes ont eu tendance à être utilisés de manière interchangeable pour décrire le virus, la maladie et la pandémie qui en résulte. Aux fins du présent rapport, on utilisera les termes **COVID-19** et **Pandémie de COVID-19**.

Catastrophe désigne une perturbation grave du fonctionnement d'une communauté ou d'une société, à quelque échelle que ce soit, en raison d'événements dangereux interagissant avec des conditions d'exposition, de vulnérabilité et de capacité, entraînant un ou plusieurs des éléments suivants : les pertes et les impacts humains, matériels, économiques et environnementaux.¹ Bien que cette définition du terme « catastrophe » inclue les USP, sa définition légale dans un certain nombre d'États n'inclut pas les USP ou reste ambiguë quant à leur prise en compte.

Risque de catastrophe désigne le potentiel de perte de vies humaines, de blessures, de destruction ou de dégradation matérielle susceptibles de survenir dans un système, une société ou une communauté dans une période de temps donnée, déterminée de manière probabiliste en fonction des aléas, de l'exposition, de la vulnérabilité et des capacités.²

Gestion des catastrophes (GC) désigne l'organisation, la planification et l'application de mesures de préparation, de réponse et de relèvement en cas de catastrophe.³

Gestion des risques de catastrophe (GRC) désigne l'application de politiques, de stratégies et d'autres mesures visant à prévenir les nouveaux risques de catastrophe, à réduire les risques de catastrophe existants et à gérer les risques résiduels (par la préparation, la réponse et le relèvement en cas de catastrophe), contribuant ainsi à renforcer la résilience et à réduire les pertes dues aux catastrophes.⁴ La GRC est généralement interprétée comme incluant la GC et, dans le présent rapport, les références par exemple aux cadres de GRC devraient être lues comme des références aux cadres de GRC et/ou de GC.

Réduction des risques de catastrophe vise à prévenir les nouveaux risques de catastrophe, à réduire les risques existants et à gérer les risques résiduels, autant d'éléments qui contribuent au renforcement de la résilience et donc au développement durable.⁵

Recensement des décrets d'état d'urgence désigne la recherche documentaire au niveau national commandée par l'IFRC Disaster Law au début de la pandémie de COVID-19 pour recenser les instruments juridiques (lois, règlements, ordonnances, décrets, etc.) adoptés par les États dans le cadre de leur réponse immédiate à l'apparition de la pandémie, notamment les restrictions de voyage, les couvre-feux, etc. Ces recensements ont été, en particulier, demandés dans un contexte où les composantes du Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge sont confrontées à des défis opérationnels en raison des restrictions liées à la COVID-19 et de leur impact sur les activités des intervenants de première ligne. La recherche s'est principalement concentrée sur la coordination entre les différents acteurs, les types de restrictions instaurées pour freiner la propagation de la COVID-19, et les facilités juridiques à l'intention des acteurs humanitaires, y compris ceux du Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Les recensements des décrets d'état d'urgence sont disponibles sur [le site Internet de l'IFRC Disaster Law](#).

Épidémie désigne, selon l'OMS, « L'apparition dans une collectivité ou une région de cas d'une maladie, d'un comportement particulier affectant la santé, ou d'autres phénomènes d'altération de la santé qui dépassent manifestement ce qu'on peut normalement attendre. La collectivité ou la région et la période pendant laquelle les cas se produisent sont spécifiées avec précision. Le nombre de cas indiquant la présence d'une épidémie varie selon l'agent, l'effectif et la nature de la population exposée, l'exposition antérieure ou l'absence d'exposition à la maladie, ainsi que le lieu et le moment de l'épisode. »⁶

Réseau de la FICR désigne le Secrétariat de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et ses 192 Sociétés nationales, agissant à travers leurs quatorze (14) millions de bénévoles communautaires.

Principales capacités requises par le Règlement sanitaire international ou RSI désigne les capacités étatiques de préparation et de réponse aux USP, qui sont requises par le Règlement sanitaire international de 2005 (**RSI**). Le RSI impose aux États l'obligation globale de : (1) développer, renforcer et maintenir leur capacité à détecter, évaluer, notifier et signaler les événements de santé publique;⁷ et de (2) développer, renforcer et maintenir leur capacité à répondre rapidement et efficacement aux risques pour la santé publique ainsi qu'aux urgences de santé publique de portée internationale (terme défini par le RSI).⁸ Les exigences détaillées en matière de principales capacités de surveillance et d'intervention, ainsi que d'aéroports, de ports et de points de passage terrestres désignés, sont énoncées dans les parties A et B de l'annexe 1 du RSI.

Facilités juridiques désigne les droits juridiques spéciaux accordés à une organisation donnée (ou à une catégorie d'organisations) pour lui permettre de mener ses activités de manière efficace et effective. Les facilités juridiques peuvent prendre la forme de droits positifs (c'est-à-dire de faire une chose particulière), d'un accès à des processus réglementaires simplifiés et accélérés ou de dérogation aux lois ordinaires.

Législation, lois, instruments, etc. Le présent rapport examine le rôle du droit dans les urgences de santé publique. Il s'agit principalement de la **législation** et/ou des **instruments juridiques** (lois, ordonnances, statuts, règlements et arrêtés – souvent appelés droit contraignant) qui créent le cadre de la gestion des risques d'urgences de santé publique. Cependant, de nombreux cadres de gestion des risques de catastrophes (GRC) ou d'urgences de santé publique (USP) comprennent également des politiques, des plans et des orientations qui, bien que n'étant pas des lois à proprement parler, peuvent souvent jouer un rôle important et sont parfois dénommés **droit non contraignant**. Tous ces termes sont utilisés de manière interchangeable dans la recherche et la littérature.

Confinement désigne les diverses restrictions exceptionnelles et temporaires imposées au cours de la pandémie de COVID-19, interdisant ou limitant la liberté de circulation et de réunion des personnes, les mettant en quarantaine, les forçant à rester ou à s'abriter chez elles, ou instaurant des couvre-feux.

Catastrophe autre qu'une USP désigne tout type de catastrophe autre qu'une USP.

Une Seule Santé est une approche de conception et de mise en œuvre de programmes, de politiques, de lois et de recherches – elle consiste à communiquer et à travailler ensemble pour obtenir de meilleurs résultats en matière de santé publique. Les domaines d'activité où l'approche Une seule santé est particulièrement pertinente sont la sécurité alimentaire, le contrôle des zoonoses (maladies pouvant se propager entre les animaux et les humains, notamment la grippe, la rage et la fièvre de la vallée du Rift) et la lutte contre la résistance aux antibiotiques (lorsque les bactéries mutent après avoir été exposées aux antibiotiques et deviennent plus difficiles à traiter).⁹

Pandémie désigne « la propagation mondiale d'une nouvelle maladie »¹⁰ ou « l'apparition mondiale d'une maladie chez l'Homme en nombre nettement supérieur à la normale ».¹¹

USP primaire désigne une USP où le risque pour la santé est la cause directe ou unique de l'urgence.

Santé publique désigne la science de la protection et de l'amélioration de la santé des personnes et de leurs communautés. Elle englobe la promotion de modes de vie sains, la recherche sur la prévention des maladies et des blessures, ainsi que la détection, la prévention et la réponse aux maladies infectieuses. Globalement, la santé publique vise à protéger la santé de populations entières, même si leur taille peut être aussi réduite qu'un quartier ou aussi importante qu'un pays entier ou une région du monde.

Urgence de santé publique (USP) : l'un des points examinés dans le présent rapport est de savoir ce que l'on entend par « urgence de santé publique » et, surtout, comment ce concept est appliqué dans les lois nationales. Pour commencer, on a adopté la définition de l'OMS, à savoir : « Un événement ou une menace imminente de maladie ou état de santé, causé par le bioterrorisme, une maladie épidémique ou pandémique, [un] agent infectieux ou une toxine biologique nouveaux et hautement mortels, qui implique la forte probabilité d'un grand nombre de [décès], d'incidents humains ou de handicaps graves ou prolongés. »¹²

Urgence de santé publique de portée internationale est un concept introduit par le RSI. Il s'agit d'un événement extraordinaire dont il est déterminé, par le directeur général de l'OMS, (i) qu'il constitue un risque pour la santé publique dans d'autres États en raison du risque de propagation internationale de maladies et (ii) qu'il peut requérir une action internationale coordonnée.

Gestion des risques d'urgences de santé publique (gestion des risques d'USP) est une expression utilisée dans le présent rapport pour désigner spécifiquement la gestion des USP. Elle n'est pas d'usage courant, mais est utilisée pour distinguer la gestion spécifique des risques d'USP des autres risques de catastrophes. Dans ce contexte, elle est censée avoir la même signification que la GRC en ce qui concerne les catastrophes. La gestion des risques d'USP est donc une expression générique qui désigne toutes les phases de la gestion des USP, de la réduction des risques au relèvement en passant par la préparation et la réponse. Cependant, étant donné que le concept de gestion intégrée des risques n'est pas encore totalement établi en ce qui concerne les USP et que les cadres existants relatifs aux USP ont tendance à être principalement orientés vers la préparation ou la réponse, dans de nombreux cas, il serait plus exact de décrire les dispositions nationales comme de la gestion des USP. Néanmoins, la gestion des risques d'USP est utilisée dans le présent rapport par souci de cohérence avec la terminologie plus large de la FICR en matière de catastrophes. On estime également qu'elle correspond mieux à l'ambition des Principes de Bangkok d'intégrer la santé dans des lois et/ou des politiques plus larges de réduction et de gestion des risques de catastrophes.

Recensement des USP désigne la recherche documentaire au niveau national commanditée par l'IFRC Disaster Law entre août et novembre 2020 sur les cadres juridiques et institutionnels relatifs aux USP et le rôle du droit dans l'atténuation des impacts secondaires ainsi que des impacts sur les groupes vulnérables.

États-échantillons désigne les États ayant fait l'objet de recensements des décrets d'état d'urgence et de recensements des USP (même si les recensements des USP sont prédominants).

USP secondaire désigne une USP qui découle d'une catastrophe autre qu'une USP : par exemple, une épidémie de choléra suite à une inondation.

Catastrophe à évolution lente désigne une catastrophe qui apparaît progressivement dans le temps. Les catastrophes à évolution lente peuvent être associées, par exemple, à la sécheresse, à la désertification, à l'élévation du niveau de la mer ou aux maladies épidémiques.

États et **pays** sont utilisés de manière interchangeable. Il ne faut pas attacher d'importance à l'utilisation d'un terme plutôt qu'un autre. La distinction est claire lorsque le rapport traite des États dans un système fédéral.

États d'exception désigne collectivement les états d'urgence, les états de catastrophe et les états d'USP qui peuvent être déclarés ou déterminés en réponse à une USP.

Catastrophe soudaine désigne une catastrophe déclenchée par un événement dangereux qui survient rapidement ou de manière inattendue. Les catastrophes soudaines peuvent être associées, par exemple, à un tremblement de terre, une éruption volcanique, une crue soudaine, une explosion chimique, une défaillance d'une infrastructure essentielle, un accident de transport, mais aussi à des épidémies d'apparition soudaine.

Vulnérabilité désigne les conditions déterminées par des facteurs ou des processus physiques, sociaux, économiques et environnementaux qui augmentent la sensibilité d'un individu, d'une communauté, d'actifs ou de systèmes aux impacts des risques.¹³

Tadjikistan, 2021. Des bénévoles du Croissant-Rouge du Tadjikistan distribuent des produits alimentaires essentiels tels que de la farine de blé, de l'huile végétale, du sucre, du riz, du thé et du sel à des familles vulnérables touchées par la pandémie de COVID-19.

© Croissant-Rouge du Tadjikistan



RÉSUMÉ

PARTIE A : INTRODUCTION

1. Historique et contexte

Le présent rapport a été commandé par l'IFRC Disaster Law dans le cadre d'un projet sur le droit et les urgences de santé publique (le **projet**) visant à examiner le rôle du droit dans la préparation et la réponse aux urgences de santé publique (**USP**) et à fournir des conseils spécifiques concernant les lois et politiques nationales en matière d'USP. Il s'appuie sur une recherche documentaire au niveau national sur les points suivants : (a) les mesures d'urgence prises au début de la pandémie de COVID-19 dans 113 États (**recensements des décrets d'état d'urgence**) et (b) les cadres juridiques et institutionnels des USP et le rôle de la loi dans l'atténuation de leurs impacts (**recensements des USP**) dans 36 États ou juridictions infranationales au sein d'États fédéraux (collectivement appelés **États-échantillons**). Il s'inspire également du rapport de synthèse multipays de la FICR intitulé *Law and Disaster Preparedness and Response: Multi-Country Synthesis Report* (le Rapport sur la PRC). Des informations détaillées sur la méthodologie de la recherche qui sous-tend le présent rapport figurent à la section 1.2 du chapitre 1.

Le rapport analyse les lois et politiques nationales en vigueur dans les États étudiés et fournit des recommandations dans trois domaines principaux, à savoir : (1) les cadres juridiques et institutionnels nationaux généraux relatifs aux USP (c'est-à-dire l'architecture de la gestion des risques d'USP), (2) les mesures juridiques visant à atténuer les impacts secondaires des USP et les impacts sur les groupes vulnérables, et (3) les facilités juridiques à l'intention des acteurs humanitaires pendant les USP. Les recommandations du présent rapport ont été formulées sur la base des preuves et des bonnes pratiques indiquées dans les recensements des décrets d'état d'urgence et de la santé publique, la littérature, les études et enquêtes antérieures sur les USP, ainsi que de l'expérience et des connaissances du réseau de la FICR. Elles tentent d'identifier les questions juridiques clés que les décideurs doivent prendre en compte et à fournir des conseils généraux sur la façon dont les lois et politiques relatives aux USP peuvent – à l'instar des lois plus générales sur les catastrophes – soutenir les éléments clés d'une préparation et d'une réponse efficaces et équitables.

2. Urgences de santé publique

Bien qu'il existe différentes définitions de l'USP, le Projet adopte la définition de l'USP utilisée par l'Organisation mondiale de la Santé (**OMS**), à savoir : « Un événement ou une menace imminente de maladie ou état de santé, causé par le bioterrorisme, une maladie épidémique ou pandémique, [un] agent infectieux ou une toxine biologique nouveaux et hautement mortels, qui implique la forte probabilité d'un grand nombre de [décès], d'incidents humains ou de handicaps graves ou prolongés. »

Un autre terme clé, aux fins du présent rapport, est l'« urgence de santé publique de portée internationale » (**USPPI**), que le Règlement sanitaire international de 2005 (**RSI**) définit comme « un événement extraordinaire dont il est déterminé [par le directeur général de l'OMS] (i) qu'il constitue un risque pour la santé publique dans d'autres États en raison du risque de propagation internationale de maladies et (ii) qu'il peut requérir une action internationale coordonnée ». Les États sont tenus de notifier à l'OMS les USP qui constituent ou pourraient constituer des USPPI, et la déclaration d'une USPPI par l'OMS peut conduire à la formulation de recommandations temporaires à l'intention des États.

Les USP au niveau national peuvent être ou devenir des USPPI, mais beaucoup ne le sont pas, et même des épidémies relativement mineures peuvent avoir des conséquences sanitaires et économiques dévastatrices pour les personnes touchées. Ainsi, s'il est important que les États traitent des USPPI dans leur législation, les cadres nationaux de gestion des risques d'USP devraient prévoir tous les niveaux et types d'USP. En outre, si le nombre, la fréquence et la diversité croissants des épidémies de zoonoses constituent une menace majeure pour la santé publique, de nombreux autres risques devraient être pris en compte, notamment le bioterrorisme et les risques à évolution lente tels que la résistance antimicrobienne.

PARTIE B : CADRES JURIDIQUES ET INSTITUTIONNELS RELATIFS AUX URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE

3. Cadres juridiques et institutionnels mondiaux

Le contexte mondial

Si le présent rapport a pour objectif principal d'analyser les cadres juridiques et institutionnels nationaux relatifs aux USP, ces cadres sont établis et orientés par un certain nombre d'instruments internationaux, en particulier le RSI.

Outre le RSI, nombre d'instruments internationaux sont pertinents pour la gestion des risques d'USP. Même s'ils ne constituent pas l'objectif principal du Cadre de Sendai 2015-2030 pour la réduction des risques de catastrophes (**Cadre de Sendai**), les risques et les impacts sur la santé publique sont abordés dans de nombreux objectifs et priorités d'action mondiaux dudit cadre. Il est complété par les Principes de Bangkok sur la mise en œuvre des aspects sanitaires du Cadre de Sendai (**Principes de Bangkok**), qui encouragent la coopération, l'intégration et la cohérence systématiques entre la gestion des risques de catastrophe et de santé. Une meilleure gestion des risques sanitaires est essentielle pour atteindre l'objectif de développement durable n°3 (assurer une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) et fait partie intégrante du Programme mondial de sécurité sanitaire. La menace posée par les USP, ainsi que le rôle que les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge peuvent jouer dans la préparation et la réponse à ces urgences, ont également fait l'objet de résolutions de la Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, notamment la Résolution 3 de la 33e Conférence internationale.

Bien que le rôle des accords régionaux dans l'amélioration de la gestion des risques d'USP au niveau national soit reconnu par le RSI et le Groupe de haut niveau sur la réponse mondiale aux crises sanitaires, et que les accords régionaux de GRC générique soient bien développés, ceux relatifs à la gestion des risques d'USP sont actuellement relativement limités.

Le Règlement sanitaire international 2005

L'instrument international le plus important en matière de santé publique est le RSI, un traité international juridiquement contraignant pour ses 196 États membres. Le RSI fournit un cadre général qui définit les droits et les obligations des États dans la gestion des événements et des urgences de santé publique susceptibles de traverser les frontières. En ce qui concerne le présent rapport, le RSI impose aux États l'obligation de développer, de renforcer et de maintenir les principales capacités, notamment (1) la capacité de détecter, d'évaluer, de notifier et de signaler les événements de santé publique et (2) la capacité de répondre rapidement et efficacement aux risques pour la santé publique ainsi qu'aux USPPI. Le RSI exige également des États qu'ils (1) désignent ou mettent en place un point focal national RSI, (2) veillent à ce que des dispositions d'urgence efficaces visant à faire face à un événement de santé publique inattendu soient maintenues, et (3) s'assurent que les autorités compétentes communiquent avec le point focal national RSI sur les mesures de santé publique pertinentes prises.

L'impact du RSI sur les cadres nationaux relatifs aux USP

Malheureusement, une série d'examens entrepris dans le cadre du RSI ou à la demande de l'OMS entre 2011 et 2016 – ainsi que la littérature – soulignent une incapacité générale des États à mettre en œuvre les principales capacités requises par le RSI. En outre, en 2016, le Groupe de haut niveau sur la réponse mondiale aux crises sanitaires a constaté que le mécanisme de contrôle de la conformité aux exigences de principales capacités du RSI est faible et que l'absence d'évaluations indépendantes de la conformité nuit aux efforts internationaux visant à aider les pays les plus vulnérables à mettre en œuvre ces capacités.

Face à ces constats, l'OMS a lancé un certain nombre d'initiatives dans son cadre de surveillance et d'évaluation du RSI, notamment l'établissement de rapports annuels, l'évaluation externe conjointe (**EEC** ou **JEE** en anglais), les exercices de simulation et l'examen après action. L'EEC, en particulier, présente des avantages potentiels considérables. Les États ayant réalisé une EEC ont généralement pris des mesures positives pour remédier aux lacunes décelées dans la mise en œuvre de leur RSI, notamment en élaborant des plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire (**NAPHS**). Toutefois, les EEC sont volontaires, et les États ne sont pas tenus de mettre en œuvre leurs conclusions. En outre, la mesure dans laquelle les équipes d'EEC peuvent obtenir des contributions



République démocratique du Congo, 2018. L'épidémie d'Ebola de 2018 a été incroyablement complexe. Elle s'est déroulée dans une région touchée par un conflit qui dure depuis deux décennies, qui a fait d'innombrables victimes et privé des millions de personnes des besoins et des services les plus élémentaires. Plus de deux millions de personnes ont été dépistées dans divers sites de prévention et de contrôle des infections. Le port d'équipement de protection peut sembler intimidant pour les communautés. Les bénévoles écrivent leur nom pour permettre aux gens de s'identifier à quelqu'un derrière les couches et les masques.
© Corrie Butler / FICR

de l'ensemble des acteurs et parties prenantes concernés n'est pas claire. Par ailleurs, les EEC peuvent ne pas prendre en compte les dispositions plus larges des États en matière de gestion des risques de catastrophe (GRC) ou le niveau de coordination et d'intégration entre les cadres ainsi que les acteurs de la santé publique et de la gestion des risques de catastrophe. La mise en œuvre nationale du RSI pourrait potentiellement être renforcée en rendant les EEC (ou un autre processus d'évaluation externe) obligatoires, en s'assurant que l'ensemble des acteurs et parties prenantes concernés puissent contribuer à l'évaluation externe et en exigeant l'élaboration et la mise en œuvre de plans post-évaluation.

À l'échelon national, la mise en œuvre du RSI peut être renforcée par la création, par les États, d'un comité chargé de superviser sa mise en œuvre et son suivi, ainsi que par des dispositions expresses concernant la désignation et les fonctions du point focal national RSI dans la législation nationale. Un examen plus approfondi et une plus grande transparence de la mise en œuvre du RSI au niveau national seraient possibles si le RSI exigeait des États qu'ils déposent auprès de l'OMS des copies des lois et/ou des politiques de mise en œuvre du RSI et si, à son tour, l'OMS rendait ces instruments accessibles au public en ligne. Enfin, les aspects juridiques des principales capacités requises par les USP et le RSI pourraient être pris en compte plus régulièrement dans le travail de réseaux pertinents tels que la *Thematic Platform for Health EDM* (Plateforme thématique pour la gestion des risques de catastrophes et d'urgences sanitaires).

Le RSI, dans sa forme actuelle, ne concerne que la notification ou l'alerte rapide à l'OMS ou à d'autres États. Il ne prévoit pas la notification ou l'alerte rapide aux acteurs clés ou à la population générale de l'État touché. C'est peut-être en partie pour cette raison que la surveillance et l'alerte rapide des USP sont rarement évoquées expressément dans les lois nationales sur les USP. Il est donc possible d'améliorer la notification et l'alerte rapide par des modifications du RSI lui-même et du droit national.

4. Cadres juridiques et institutionnels nationaux relatifs aux USP

Un cadre efficace de gestion des risques en matière de santé publique – similaire aux cadres généraux de gestion des risques de catastrophes – devrait être exhaustif. Il devrait englober toutes les juridictions (nationales et infranationales), tous les types de risques pour la santé publique, toutes les fonctions (politiques, opérations, suivi et évaluation, etc.) et toutes les phases (réduction des risques, préparation, réponse et relèvement). En outre, il est essentiel que les rôles des différents acteurs soient clairement définis afin d'éviter toute confusion et tout retard inutile, en particulier lorsqu'une assistance immédiate est nécessaire pour sauver des vies. Conformément aux approches engageant l'ensemble de la société, du gouvernement et l'approche Une seule santé, les mécanismes de coordination devraient inclure l'ensemble des acteurs et parties prenantes concernés. En effet, le grand nombre d'acteurs et de parties prenantes susceptibles d'être touchés par une USP, de devoir la planifier et d'y répondre, rend essentielle la nécessité d'un cadre exhaustif et global.

Intégration

L'une des tâches du présent rapport consiste à examiner à quel point la gestion des risques d'USP est séparée ou intégrée dans les cadres de GRC plus larges. Il s'agit en partie de comprendre dans quelle mesure les recommandations des Principes de Bangkok – selon lesquelles les cadres de gestion des risques d'USP et les cadres de GRC devraient être mieux intégrés – sont actuellement mises en œuvre.

Les recensements des urgences de santé publique révèlent que le cadre, les fonctions et les pouvoirs en matière de gestion des risques pour la santé publique découlent de trois grandes catégories de lois et/ou de politiques : les lois et/ou politiques en matière de santé publique, les lois et/ou politiques en matière de gestion des risques de catastrophe et les lois qui permettent et régissent les états d'exception, principalement l'état d'urgence. Il existe trois grandes catégories de cadres pour la gestion des risques d'USP, à savoir :

1. les cadres fondés uniquement sur la législation relative aux USP ou à la santé publique ou uniquement sur cette législation, mais avec la possibilité de recourir à la législation en matière de GRC ou d'état d'urgence dans des circonstances extrêmes (« **cadres à dominante USP** ») ;
2. les cadres principalement fondés sur la législation relative aux USP, mais soutenue et complétée par des lois en matière de GRC ou d'état d'urgence dans une mesure plus ou moins importante (« **cadres hybrides ou combinés** ») ; et
3. les cadres fondés uniquement sur la législation en matière de GRC (« **cadres à dominante GRC** »).

Globalement, les recensements des USP indiquent que les cadres hybrides sont les plus courants. Dans la plupart des cas, la législation relative aux USP ou à la santé publique identifie l'autorité principale (généralement le ministre ou le ministère de la Santé) et prévoit les pouvoirs et les contrôles à utiliser dans le cadre d'une USP (notamment la capacité à créer ou à exercer des pouvoirs d'exception, à imposer des quarantaines, etc.). En revanche, c'est généralement la législation ou l'orientation en matière de GRC qui exige des acteurs qu'ils se préparent à une USP ou qui établit les dispositions de coordination. Il y a donc peu de preuves d'une intégration complète de la gestion des risques d'USP et des lois de GRC. Il existe, cependant, des preuves plus importantes d'une intégration au niveau des politiques et de la planification à travers l'adoption de politiques et de plans véritablement axés sur tous les risques, quoique cela ne soit pas universel.

S'il existe un besoin établi d'une meilleure intégration et cohésion entre la gestion des risques d'USP et la GRC – ce que le présent rapport conforte – il n'existe pas encore d'approche commune définie quant à la manière exacte d'y parvenir. Cela peut, bien sûr, se faire par le biais d'un seul texte de loi sur la GRC régissant tous les risques et tous les types de catastrophes, y compris les USP. Cependant, les Principes de Bangkok n'exigent pas cette approche, et rien ne permet (du moins à l'heure actuelle) de penser que ce type de cadre est *nécessairement* plus efficace que les autres. En l'absence de ces preuves, ce que l'on peut dire, c'est que, quel que soit le type de cadre adopté, l'intégration exige l'absence de lacunes, de conflits, d'incohérences ou de duplications inutiles entre les pouvoirs, les rôles, les responsabilités et autres dispositions créées par les instruments d'USP et de GRC. Le fait que les cadres hybrides semblent être le type de dispositif le plus courant souligne l'importance de mener des examens pour déterminer si de tels problèmes existent et, si c'est le cas, comment ils peuvent être résolus afin de parvenir à une meilleure intégration.

Mandats pour la gestion des USP dans le droit interne

Bien que nombre d'États-échantillons aient adopté ces dernières années une législation reconnaissant le type de risques modernes pour la santé publique susceptibles de survenir – couvrant, par exemple, le bioterrorisme et la RAM – et appliquant les concepts modernes de GRC, beaucoup ne l'ont pas fait. Le recours à une législation relativement ancienne reste répandu. Cela peut avoir deux conséquences : (1) la législation peut ne pas suivre une approche englobant tous les risques pour la santé publique, et les pouvoirs de réponse à une USP peuvent être trop limités, ne s'appliquant qu'à une liste prescrite de maladies (dont certaines peuvent ne plus être prévalentes), et (2) la législation peut ne pas prévoir le continuum complet de la gestion des risques ; en particulier, les phases de réduction des risques et de relèvement peuvent être absentes. De nombreux États devraient donc revoir et mettre à jour leur législation pour s'assurer qu'elle est adaptée aux besoins actuels.

En général, les recensements des USP fournissent des preuves limitées que les cadres de gestion des risques d'USP des États prévoient toutes les phases d'une USP (c'est-à-dire la réduction des risques, la réponse, la préparation et le relèvement). Il est prévu que les USP deviennent plus fréquentes. Il convient donc de reconnaître davantage l'importance de la réduction des risques dans les cadres de gestion des risques d'USP en tenant compte de développements tels que l'approche Une seule santé.

Coordination et direction

Le Rapport sur la PRC indique que la mauvaise coordination constitue un sérieux problème dans les opérations internationales et nationales de réponse aux catastrophes et, à l'échelon national, il souligne : (1) des lacunes dans la coordination entre les différentes agences sectorielles et/ou les différents niveaux de gouvernement, ainsi que (2) des lacunes dans la coordination entre les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, y compris les acteurs internationaux. Malheureusement, les recensements des USP semblent indiquer une situation similaire en ce qui concerne la coordination des USP.

Si les recensements des USP identifient un large éventail de mécanismes de coordination des USP, la plupart des États-échantillons s'appuient sur l'utilisation de mécanismes permanents de coordination de la GRC pour la préparation et la réponse aux USP. Ces mécanismes ne sont pas toujours conçus pour répondre aux besoins particuliers de coordination des USP, y compris l'implication d'un large éventail d'acteurs et de parties prenantes qui devraient être associés. Cependant, l'utilisation des mécanismes de GRC existants permet d'éviter les doublons et peut favoriser une meilleure intégration et compréhension. Globalement, quel que soit le type de mécanismes de coordination mis en place, l'essentiel est qu'ils soient clairement définis dans la loi et/ou la politique, qu'ils incluent tous les acteurs clés et qu'ils soient bien compris par ces derniers.

Les recensements des USP identifient diverses dispositions pour la direction d'une réponse aux USP. Cette direction peut revêtir plusieurs aspects : par exemple, une direction juridique, une direction opérationnelle et une direction politique. La direction peut également être conjointe ou collégiale. Dans la plupart des États-échantillons, la direction juridique de la réponse à une USP relève de la responsabilité du ministre ou du ministère de la Santé. Cependant, une incertitude peut naître lorsque, par exemple, des pouvoirs parallèles sont dévolus dans le cadre de l'état d'urgence ou lorsque la direction politique chevauche et/ou entre en conflit avec les pouvoirs légaux. C'est pourquoi il est essentiel que les dispositions en matière de direction (y compris les fonctions dont les acteurs ont la responsabilité principale et les points où ces responsabilités apparaissent) soient clairement indiquées dans les lois et/ou les politiques.

Participation et représentation

Le Cadre d'action de Sendai encourage une approche de la GRC engageant l'ensemble de l'État et de la société et qui favorise la participation de l'ensemble des parties prenantes. La pandémie de COVID-19 a révélé qu'une USP à grande échelle peut avoir un impact ou exiger une action de la part de la quasi-totalité des niveaux de gouvernement, des secteurs, des régions, des communautés et des individus. Une approche engageant l'ensemble du gouvernement et de la société est donc sans doute encore plus essentielle pour les USP que pour d'autres types de catastrophes.

Malheureusement, les recensements des USP indiquent que l'approche de la gestion des risques d'USP engageant l'ensemble de l'État et de la société n'est pas encore une réalité. La plupart des États disposent de lois et de politiques qui permettent la participation d'éléments au sein du gouvernement et des pouvoirs publics.

Cependant, l'accent est mis sur les départements et les organes susceptibles d'avoir un rôle dans la préparation et la réponse à une catastrophe autre qu'une USP. Comme l'a démontré la pandémie de COVID-19, le fait de supposer que seuls ces départements et organes seront impliqués dans une USP peut entraîner l'omission d'acteurs clés.

Plus inquiétants encore, les cadres de gestion des risques d'USP évoqués dans les recensements des USP fournissent peu d'éléments indiquant que les parties prenantes extérieures au gouvernement sont en mesure de participer à la préparation et à la réponse aux USP. Comme pour d'autres catastrophes, la participation de la communauté est importante et, en particulier, peut améliorer la surveillance (c'est-à-dire l'identification précoce des épidémies) et la communication des informations de santé publique. Les groupes, secteurs et intérêts suivants devraient également être associés à la gestion des risques d'USP : les acteurs Une seule santé, les acteurs de la coopération au développement, les prestataires de soins de santé et de services sociaux (en particulier ceux qui ne font pas partie du secteur public), les Sociétés nationales de la CRCR et les autres organisations humanitaires, les écoles et les autorités scolaires, le secteur financier, ainsi que les fabricants et fournisseurs de biens et d'équipements essentiels.

Préparation aux USP : planification d'urgence

Les recensements des USP indiquent que les lois et/ou les politiques prévoient généralement la préparation aux USP, mais qu'elle s'inscrit généralement dans des cadres plus larges de GRC plutôt que dans des instruments spécifiques à l'USP ou à la santé publique. Néanmoins, de nombreux États pourraient améliorer leurs dispositifs de préparation en définissant des exigences plus claires et plus détaillées pour la planification d'urgence en matière de santé publique.

Faire mieux comprendre, tirer des enseignements

Une exigence clé de tout cadre de gestion des risques d'USP est que ses utilisateurs comprennent ce qu'il dit, la manière dont il fonctionne, ainsi que les rôles, responsabilités et attentes de chaque acteur et participant. Certains recensements des USP semblent indiquer que, là où des exercices avaient été menés, les États étaient mieux préparés à la pandémie de COVID-19. En effet, les communautés devraient être conscientes des risques d'USP afin de les reconnaître, de mieux s'y préparer et d'y répondre en cas d'USP. La formation et les exercices de simulation peuvent également les aider à se préparer au type de restrictions susceptibles d'être nécessaires.

Il est également important de tirer des enseignements pendant et après les USP et de procéder à des révisions régulières pour s'assurer que le cadre de gestion des risques d'USP répond aux menaces nouvelles ou émergentes pour la santé publique. Cependant, sur la base des recensements des USP, il n'est pas évident qu'une révision régulière à la lumière des risques nouveaux ou émergents soit généralement prescrite. Les États devraient donc envisager d'introduire une forme de processus continu d'« apprentissage par les enseignements » et de révision régulière. Tirer les enseignements juridiques des USP antérieures est tout aussi important que les enseignements opérationnels. Vu le grand nombre d'avocats et de conseillers législatifs ayant acquis de l'expérience dans la rédaction de lois d'urgence pendant la COVID-19, il est possible de développer des réseaux nationaux d'avocats pour approfondir les connaissances et l'expertise juridiques en matière d'USP.

5. États d'exception et pouvoirs d'exception en cas d'USP

Source et nature des états d'exception et des pouvoirs d'exception

La déclaration de l'état d'urgence ou de l'état de catastrophe est un mécanisme courant pour lancer une riposte aux catastrophes. L'état d'urgence vise généralement des situations extrêmes et imprévisibles qui remettent fondamentalement en cause l'ordre juridique en vigueur, notamment une guerre civile ou des troubles civils généralisés, bien qu'il puisse être formulé de manière suffisamment large pour s'appliquer à tout type de catastrophe, y compris les USP. La déclaration de l'état d'urgence a généralement pour effet de centraliser la prise de décision et de permettre l'exercice de pouvoirs extraordinaires, potentiellement extra-réglementaires, par le gouvernement ou les pouvoirs publics. En revanche, l'état de catastrophe est généralement prévu dans la législation sur la GRC, et la responsabilité de le déclarer peut être confiée à des fonctionnaires à des niveaux inférieurs du gouvernement. La déclaration de l'état de catastrophe a généralement pour effet d'activer les plans de gestion des catastrophes et de déclencher des dispositions spéciales de gouvernance ainsi que des pouvoirs gouvernementaux qui, autrement, n'existent pas, notamment les pouvoirs d'évacuation des personnes.

Les recensements des USP indiquent la possibilité de recourir à l'état d'urgence et à l'état de catastrophe pour les USP. En outre, dans la plupart des États-échantillons, les gouvernements peuvent également déclarer ou déterminer l'état d'USP, déclenchant ainsi des pouvoirs visant spécifiquement à y faire face. Lorsque l'état d'USP est prévu dans la législation nationale, il a tendance à être similaire à l'état de catastrophe en termes de nature et d'effet. Le pouvoir de déclaration de l'état d'USP ou le déclenchement de pouvoirs d'exception liés aux USP est généralement prévu dans la législation sur la santé publique. Dans le présent rapport, l'état d'urgence, l'état de catastrophe et l'état d'USP sont collectivement appelés **états d'exception**.

Les risques d'un recours excessif à l'état d'urgence – par opposition à l'état de catastrophe ou l'état d'USP plus limité ou prescrit – peuvent être d'ordre juridique et pratique. Les risques juridiques sont évidents : le déclenchement de pouvoirs d'exception inutiles, illimités ou disproportionnés, qui peuvent être exercés sans examen (ou avec un examen limité) et conduire à la violation de droits. Le recours à l'état d'urgence peut également avoir un impact négatif sur l'efficacité opérationnelle s'il instaure des dispositions exceptionnelles impliquant de nouveaux acteurs ou des acteurs aux rôles peu familiers. C'est pourquoi le recours à l'état de catastrophe ou à l'état d'USP devrait être préféré, même si l'état d'urgence et les pouvoirs et mesures plus exceptionnels qu'il déclenche peuvent parfois être nécessaires.

Responsabilité de la déclaration d'un état d'exception

Les recensements des USP indiquent que, lorsque la déclaration de l'état d'USP ou le déclenchement de pouvoirs d'exception y afférents sont prévus dans la législation sur la santé publique, la responsabilité est normalement expressément définie et est généralement confiée à des acteurs du secteur de la santé. Dans la plupart des cas, une personne identifiée – généralement le ministre de la Santé ou un haut fonctionnaire du ministère de la Santé – se voit confier la responsabilité de déclarer ou de déterminer l'existence de l'état d'USP. Il existe également un niveau similaire de certitude quant à la personne chargée de déclarer l'état d'urgence. Lors d'une USP, cependant, le fonctionnaire responsable du déclenchement de l'état d'exception peut lui-même être touché par la menace sanitaire en question. Il est donc important de s'assurer qu'il existe une hiérarchie de fonctionnaires autorisés à déclarer ou déterminer l'état d'exception, au cas où le fonctionnaire désigné ne serait plus disponible.

Dans un certain nombre d'États-échantillons, l'état d'exception ne peut être déclaré qu'après consultation ou accord avec des acteurs gouvernementaux spécifiques tels que des ministres, des agences sectorielles ou des gouvernements infranationaux. Ce type de condition constitue une bonne pratique car il peut : (1) empêcher la concentration du pouvoir entre les mains d'une seule personne ou entité, (2) préserver l'autonomie des juridictions infranationales et (3) donner un poids approprié à l'expertise des agences sectorielles compétentes.

Déclenchement et moment de déclenchement de l'état d'exception et des pouvoirs d'exception

Comme le reconnaît le Rapport sur la PRC, il est essentiel que la loi définisse clairement les éléments déclencheurs de la déclaration ou de la détermination de l'état d'exception ainsi que des pouvoirs d'exception. La question du moment du déclenchement est très importante. Les recensements des USP indiquent que la législation de nombreux États prévoit désormais que le déclenchement est préventif : c'est-à-dire que l'état d'exception peut être déclaré ou déterminé lorsqu'il existe une menace imminente. D'autres États, cependant, s'appuient encore sur des déclencheurs réactifs, exigeant qu'un risque pour la santé publique se soit déjà matérialisé dans une certaine mesure avant tout déploiement de pouvoirs d'exception. Il peut être difficile de choisir le bon moment pour le déclenchement. Si les déclencheurs sont réactifs, au moment où une déclaration est faite, la fenêtre peut se fermer à certaines actions préventives ou préparatoires, tandis que si les déclencheurs sont préventifs, les pouvoirs d'exception peuvent être utilisés trop tôt ou inutilement. Néanmoins, la rapidité de la propagation de la COVID-19, tant au niveau international qu'au niveau national, conforte l'idée que la loi devrait contenir des déclencheurs préventifs afin de donner une longueur d'avance à une réponse de santé publique. Avec des contrôles appropriés en place, la capacité de déclarer et de déterminer l'état d'exception de manière préventive devrait faire partie de l'arsenal d'un État contre les menaces graves pour la santé publique.

Nature des pouvoirs et mesures d'urgence

Les pouvoirs d'exception susceptibles d'être déployés pour répondre à une USP se répartissent en deux grandes catégories, à savoir : (1) les pouvoirs législatifs d'urgence – qui donnent généralement à l'exécutif la capacité de légiférer (notamment des décrets, des ordonnances ou des règlements) et/ou (2) les pouvoirs exécutifs d'urgence – qui permettent aux autorités de prendre des mesures qui, autrement, ne seraient pas légales (par

exemple, l'ordre d'évacuation, la saisie de biens, la restriction de la circulation). Des pouvoirs d'exception d'un type ou d'un autre ont été déployés par chaque État-échantillon pour répondre à la pandémie de COVID-19. Dans certains cas, les pouvoirs législatifs d'urgence ont été utilisés pour créer de nouveaux pouvoirs d'exception. Dans la plupart des cas, cependant, les pouvoirs d'exception utilisés étaient déjà prescrits dans une plus ou moins grande mesure dans la législation existante. En général, s'il est approprié que des pouvoirs plus larges soient disponibles en cas d'USP graves, il est préférable que la loi établisse clairement une liste prédéterminée, précise et exhaustive des pouvoirs d'exception disponibles en cas d'USP.

Impact des états d'exception et des pouvoirs d'exception sur les droits de l'Homme

La pandémie de COVID-19 a révélé que les réponses nationales à une USP peuvent impliquer l'instauration de mesures ayant un impact sur les droits de l'Homme, notamment des restrictions de déplacement et de rassemblement, des couvre-feux, la fermeture obligatoire des entreprises et des écoles, la quarantaine obligatoire et la protection ou l'auto-isollement obligatoire des personnes les plus vulnérables. En principe, la plupart des instruments relatifs aux droits de l'Homme permettent aux États de limiter certains droits afin de faire face à des menaces graves pour la santé de la population ou de certains de ses membres. Cela ne donne toutefois pas aux États la possibilité d'invoquer des raisons de santé et, par conséquent, de faire ce qu'ils veulent. Les limitations des droits de l'Homme devraient être nécessaires, proportionnées et prévues par la loi.

Garanties et contrôle pendant l'état d'exception

Il devrait être incontestable que la déclaration ou la détermination de l'état d'exception et le recours aux pouvoirs d'exception soient soumis à des garanties, notamment sous la forme d'un contrôle législatif et/ou judiciaire. En ce qui concerne le contrôle législatif, il est raisonnable de penser que lors d'une USP à évolution rapide, l'approbation ultérieure (plutôt que préalable) de l'action gouvernementale est mieux indiquée. Les recensements des USP suggèrent que cette approche, impliquant la ratification ultérieure de l'action gouvernementale par le corps législatif, est déjà l'approche la plus courante dans les États-échantillons. Les recensements des USP ne formulent pas d'observations spécifiques sur le contrôle judiciaire, bien qu'à une exception près, elles n'indiquent pas qu'il a été exclu. En plus du contrôle législatif et judiciaire, l'examen de l'action gouvernementale au cours d'une USP peut être encouragé par des mesures de transparence, telles que l'obligation de notifier l'état d'exception et les mesures d'urgence au maximum possible de personnes, et pas seulement de les consigner dans un registre public de textes législatifs.

Ville de Langfang, Chine, 2020. L'équipe de bénévoles du service de sauvetage d'urgence de la Croix-Rouge participe à l'œuvre de prévention et d'élimination des épidémies. © Société de la Croix-Rouge de Chine



PARTIE C : LE RÔLE DU DROIT DANS L'ATTÉNUATION DES IMPACTS SECONDAIRES DES URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE ET DES IMPACTS SUR LES GROUPES VULNÉRABLES

6. Impact des USP sur la mobilité humaine et la migration

La mobilité humaine en règle générale

Toutes les catastrophes peuvent avoir un impact sur la mobilité humaine, entraînant souvent un déplacement forcé et, dans certains cas, une relocalisation planifiée. À l'instar d'autres types de catastrophes, une USP peut inciter à la fuite physique. La peur de la contagion ou le désir d'éviter les restrictions de confinement peuvent entraîner des déplacements internes et internationaux. Les USP peuvent toutefois influencer sur la mobilité de manière très différente des autres types de catastrophes. En particulier, comme l'a montré la pandémie de COVID-19, les restrictions visant à empêcher la propagation de la maladie peuvent créer le contraire du déplacement forcé : l'immobilité forcée.

Fermeture des frontières

L'immobilité forcée a été une conséquence majeure des fermetures de frontières et des restrictions de voyage adoptées par la quasi-totalité des États-échantillons. Ces mesures ont été appliquées en réponse à la pandémie de COVID-19 malgré les recommandations temporaires du RSI de l'OMS qui les déconseillaient. Elles violaient potentiellement les obligations internationales au sens plus large. Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, en particulier, prévoit que toute personne est libre de quitter tout pays, y compris le sien, et ne peut être arbitrairement privée du droit de revenir dans son pays. Si les fermetures de frontières et les restrictions de voyage peuvent constituer un moyen raisonnable de prévenir la propagation d'une maladie, surtout dans les premiers stades d'une épidémie, elles devraient être : (1) nécessaires et proportionnées à la lutte contre la menace pour la santé publique, (2) limitées dans le temps, (3) prescrites par la loi et (4) conformes aux obligations juridiques internationales.

Les fermetures de frontières et les restrictions de voyage instaurées pendant la COVID-19 ont eu un impact négatif sur de nombreux migrants et travailleurs expatriés souhaitant rentrer chez eux. Les recensements des USP indiquent que, dans la plupart des cas, les citoyens ou les résidents permanents ont été exemptés des restrictions frontalières à l'entrée et ont été autorisés à entrer, mais dans certains cas, les restrictions sur les voyages à la sortie et les obstacles pratiques (par exemple, le manque de vols commerciaux) ont compliqué les choses. Un autre groupe gravement touché est celui des quelque 200 000 marins qui continuent d'être piégés à bord des navires par les restrictions frontalières. Les recensements des USP révèlent qu'un certain nombre d'États ont toutefois fourni une assistance positive aux personnes souhaitant être rapatriées. Étant donné que de tels problèmes sont susceptibles de se poser lors de futures épidémies de maladies, ils devraient être pris en compte dans les lois, politiques et plans d'USP.

Réfugiés et demandeurs d'asile

Les recensements des USP font spécifiquement état des problèmes auxquels sont confrontés les réfugiés et les demandeurs d'asile pendant la pandémie de COVID-19. Dès lors, deux questions principales se posent, à savoir : (1) si les fermetures de frontières et les restrictions de voyage ont interdit l'entrée et/ou forcé le retour des réfugiés et des demandeurs d'asile, et (2) si le traitement des demandes d'asile s'est poursuivi. En ce qui concerne la première question, au début de la pandémie de COVID-19, le HCR a estimé que, sur les 123 États ayant fermé totalement ou partiellement leurs frontières, trente n'ont fait aucune exception pour les demandeurs d'asile. Les recensements des USP révèlent qu'un certain nombre des États-échantillons ont consenti des exceptions pour « raisons humanitaires » qui, bien que non spécifiques aux demandeurs d'asile et aux réfugiés, sont sans doute applicables. S'agissant de la seconde question, dans la plupart des États-échantillons, il est signalé que les lois régissant les réfugiés et les demandeurs d'asile restent en vigueur et sont appliquées, bien que certains retards dans le traitement des demandes d'asile aient été signalés.

7. Abri et logement

Par rapport à d'autres types de catastrophes, les USP soulèvent des questions très différentes en matière de logement et d'abri, principalement parce qu'elles sont moins destructrices physiquement. Comme l'a démontré

la pandémie de COVID-19, lors des USP, les principales préoccupations sont de deux ordres. Premièrement, les sans-abri peuvent être particulièrement exposés, par exemple parce qu'ils n'ont pas accès à des installations d'hygiène, à des traitements ou à de l'assistance. Deuxièmement, les impacts secondaires d'une USP sur l'activité économique et les moyens de subsistance peuvent augmenter le nombre de personnes risquant de perdre leur logement.

Le sans-abrisme et les sans-abri

Au cours de la pandémie de COVID-19, la plupart des États-échantillons ont instauré des mesures visant à fournir un logement aux sans-abri et/ou à améliorer l'assainissement. Pour ce faire, ils ont soit lancé de nouvelles initiatives ou de nouveaux programmes, soit se sont appuyés sur ceux qui existaient déjà, mais les textes législatifs étaient rares. Un avantage positif est que certains États ont allié la nécessité de trouver un logement – en vue d'un auto-isollement ou d'une distanciation sociale efficace – à des plans à plus long terme visant à réduire le sans-abrisme. Le plus souvent, l'aide fournie prend la forme de conseils ciblés et d'un accès à des mesures sanitaires. Cependant, la plupart des mesures prises étaient réactives, même si elles s'appuyaient sur des initiatives préexistantes. L'impact potentiel d'une USP sur les sans-abri étant désormais connu, il devrait être pris en compte dans les lois, politiques et plans relatifs aux USP afin que les États soient prêts à prendre les mesures nécessaires pour protéger et soutenir ce groupe.

Perte de logement

La plupart des États-échantillons ont reconnu très tôt que l'impact économique de la pandémie de COVID-19 pourrait faire perdre aux gens leur logement. Nombre d'entre eux ont adopté des mesures visant à résoudre les problèmes liés au logement, principalement : (1) l'incapacité des locataires et des propriétaires à payer leur loyer ou à effectuer des versements hypothécaires, et (2) la nécessité de protéger les ménages contre l'expulsion ou la saisie lorsque, pour des raisons liées à la COVID-19, ils ne pouvaient pas payer leur loyer ou leur hypothèque. Un certain nombre d'États-échantillons ont légiféré pour interdire ou différer les expulsions. L'octroi d'une aide financière aux locataires et aux propriétaires est plus courant, bien que loin d'être universel. Là encore, la plupart des lois semblent être réactives, avec peu ou pas de lois permanentes permettant aux gouvernements d'agir. Étant donné qu'un soutien similaire pourrait être nécessaire dans le cadre de futures USP, il serait judicieux pour les États d'obtenir des pouvoirs permanents pour prendre de telles mesures et de s'assurer que le type de dispositions requis est intégré dans les lois, les politiques et les plans relatifs aux USP.

Bangladesh, 2021. Un énorme incendie s'est déclaré dans les camps de Cox's Bazar le 22 mars 2021. La FICR a décaissé des fonds d'urgence pour les interventions en cas de catastrophe afin de soutenir les secours immédiats. Des équipes de bénévoles aident les gens à accéder à des services vitaux, comme les soins médicaux. © Société du Croissant-Rouge du Bangladesh



8. La protection des groupes vulnérables

Vulnérabilité lors des situations d'USP

À l'instar des lois plus larges sur la GRC, de nombreuses lois sur les USP se concentrent sur les rôles et les responsabilités des institutions et des acteurs et font peu référence aux populations touchées. Pourtant, la protection des personnes potentiellement touchées par un événement de santé publique, et en particulier les plus vulnérables, devrait être le principal objectif des cadres de gestion des risques pour la santé publique et des lois qui les sous-tendent.

Le Rapport sur la PRC identifie huit catégories de personnes qui peuvent, selon les circonstances, être particulièrement vulnérables aux impacts des catastrophes : les femmes et les filles ; les enfants, en particulier les enfants non accompagnés et séparés ; les personnes âgées ; les personnes handicapées ; les migrants ; les groupes autochtones ; les minorités raciales et ethniques ; et les minorités sexuelles et de genre. Il souligne également que d'autres groupes (tels que les minorités religieuses et politiques ainsi que les classes ou castes marginalisées) peuvent également être touchés de manière disproportionnée par les catastrophes en fonction du contexte local.

Les USP créent d'autres catégories de vulnérabilité. De toute évidence, les personnes susceptibles de contracter la maladie ou l'infection à l'origine d'une USP sont parmi les plus vulnérables. La nature des USP expose également les prestataires de soins de santé à un risque beaucoup plus élevé. Il existe également des impacts secondaires sur la santé, notamment l'effet sur la santé mentale des personnes soumises au confinement et la perturbation des autres services de soins de santé. Les personnes touchées par une maladie peuvent être stigmatisées. Les USP peuvent également entraîner une marginalisation sociale et économique nouvelle ou supplémentaire.

Personnes exposées à la maladie

Les personnes les plus immédiatement vulnérables à une USP sont celles qui sont sensibles à la maladie (ou autre risque sanitaire) en question. Bien que les personnes âgées et celles souffrant de problèmes de santé sous-jacents aient été particulièrement sensibles à la COVID-19, différentes maladies peuvent – et vont – infecter ou affecter différents groupes, et l'expérience de la maladie peut avoir des résultats très différents pour différents groupes. Par exemple, les jeunes adultes étaient particulièrement exposés lors de la pandémie de grippe de 1918, tandis que les femmes enceintes et leurs enfants à naître étaient particulièrement exposés lors des épidémies de virus Zika. Il est donc important que les lois, politiques et plans relatifs aux USP ne partent pas du principe qu'un ou plusieurs groupes particuliers seront nécessairement vulnérables aux futurs risques pour la santé publique, mais prévoient au contraire diverses éventualités.

En réponse à la COVID-19, la plupart des États-échantillons ont reconnu la nécessité de fournir une protection particulière aux personnes les plus exposées à l'infection ou à la maladie. De nombreuses approches ont été adoptées, notamment la protection (volontaire ou obligatoire) et diverses mesures visant à améliorer l'accès aux services et aux fournitures (par exemple, les soins de santé, les tests COVID-19, les médicaments et les fournitures sanitaires). Les mesures adoptées pour protéger les personnes les plus vulnérables – notamment l'obligation de s'abriter chez soi ou de suivre un traitement obligatoire – devraient trouver un juste équilibre entre (1) la garantie que ces groupes sont protégés autant que possible et (2) la non-atteinte à leurs droits fondamentaux. Un équilibre peut être trouvé en n'imposant que des mesures proportionnées à la menace sanitaire, limitées dans le temps, prescrites par la loi et soumises à un examen approprié.

Personnes âgées et personnes handicapées ou malades

Les personnes âgées et les personnes handicapées ou malades peuvent être particulièrement vulnérables en cas de catastrophe. Dans le cas d'une USP causée par une infection ou une maladie, ces groupes peuvent être encore plus vulnérables car leur âge, leur handicap ou leur maladie peuvent les rendre plus sensibles à la maladie elle-même. Les recensements des USP indiquent que, pendant la pandémie de COVID-19, les gouvernements ont mis en place différents types et niveaux de programmes de soutien ou d'assistance pour ce groupe. Certains recensements des USP expriment toutefois des inquiétudes quant aux lacunes dans la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, notamment en ce qui concerne l'accès à leurs services de santé ou sociaux habituels. Des obstacles à l'accès à l'information et au dépistage sont également signalés.

Cela souligne la nécessité pour les lois, les politiques et les plans de gestion des risques d'USP de prendre en compte les besoins spécifiques des personnes âgées et des personnes handicapées ou malades pendant les USP.

Préservation d'un accès plus large aux soins de santé

La COVID-19 a montré que la capacité de la population en général à accéder aux soins de santé pour des raisons sans rapport avec l'infection ou la maladie au centre d'une USP peut être considérablement compromise pendant une USP. Les difficultés d'accès aux soins de santé ont été largement signalées, l'un des exemples étant le blocage des programmes de lutte contre le paludisme. À la lumière de ces difficultés, il est important que les lois, les politiques et les plans relatifs aux USP traitent de la continuité des services de soins de santé généraux pendant une USP afin de garantir que la population puisse recevoir un traitement pour des pathologies ou des maladies sans rapport avec l'USP elle-même.

Personnes en situation de risque économique et financier

Une marginalisation économique préexistante peut accroître la vulnérabilité aux catastrophes : des logements et des moyens de subsistance précaires peuvent exposer les populations à des impacts plus graves (par exemple, la mortalité, la morbidité, les pertes financières). Dans une situation d'USP, il existe d'autres facteurs : par exemple, la transmission peut être plus élevée chez les personnes ayant un statut socio-économique faible ; la pauvreté peut être un obstacle à l'accès aux soins de santé (en particulier dans les États dont les systèmes de soins de santé sont principalement gérés par des prestataires privés), ou les mesures prises pour faire face aux USP peuvent avoir un impact disproportionné sur les personnes aux revenus faibles ou nuls.

L'une des caractéristiques les plus importantes de la pandémie de COVID-19 a été les conséquences financières des mesures prises pour atténuer son impact direct, notamment les fermetures d'entreprises et les restrictions de voyage. Pratiquement tous les États-échantillons ont réagi à la pandémie de COVID-19 en instaurant divers programmes d'aide financière aux entreprises et aux particuliers. La forme d'aide la plus fréquemment rapportée a été fournie aux entreprises pour les aider à survivre à tout ralentissement dû à la pandémie de COVID-19 et éviter d'avoir à licencier des employés. Cependant, le type de soutien varie considérablement et il existe des distinctions importantes entre les États ayant la capacité de fournir une aide financière et ceux qui n'en ont pas la capacité.

Dans la plupart des cas, des mesures de soutien financier ont dû être mises en place rapidement en réponse à la COVID-19. Cela souligne la nécessité : (1) d'impliquer dans les dispositifs de préparation aux USP les agences ou les organisations qui fournissent un soutien économique ou financier et (2) de mettre en place des lois et/ou des politiques permanentes susceptibles d'être déclenchées en cas d'USP, plutôt que d'avoir à en créer en cas d'apparition d'une USP.

Protection des personnes exposées à la violence

Les incidents de violence domestique (y compris la violence entre partenaires intimes et la violence faite aux enfants) ont augmenté pendant la pandémie de COVID-19. Certaines des personnes à risque n'ont pas pu échapper à la violence ou aux abus ou chercher protection en raison des restrictions de déplacement. En outre, la fermeture physique des écoles a privé les enfants de l'un de leurs principaux moyens de protection contre la maltraitance : un si grand nombre d'enfants étant instruits à la maison, les enseignants ne pouvaient assurer leur bien-être dans la même mesure (voire pas du tout). Un certain nombre d'États-échantillons ont pris des mesures législatives spécifiques pour résoudre ces problèmes, en particulier en demandant aux organismes de protection de maintenir leur soutien et/ou de fournir des ressources complémentaires. Une autre mesure adoptée par certains États-échantillons a consisté à prévoir des dérogations aux règles de confinement afin de permettre aux personnes subissant ou risquant de subir des violences domestiques de quitter leur domicile ou leur lieu de résidence habituel et/ou d'y rester.

Écoliers

Sans exception, les écoles étaient physiquement fermées dans les États-échantillons au début de la pandémie de COVID-19. Elle n'a d'ailleurs pas été la seule à provoquer des fermetures d'écoles : l'épidémie d'Ebola a eu un impact significatif sur l'éducation au Liberia et en Sierra Leone. La scolarité peut être perturbée pendant la plupart des types de catastrophes, mais la principale différence avec les USP est que la perturbation peut être beaucoup plus étendue et de plus longue durée. Si les enfants ne sont pas scolarisés pendant de longues

périodes, cela peut avoir un effet négatif important sur leur éducation, leur épanouissement social et leur santé physique et mentale.

La conséquence la plus évidente de la fermeture physique des écoles, le manque d'enseignement, a été traitée dans la plupart des États-échantillons par l'enseignement ou l'apprentissage en ligne et/ou l'enseignement à domicile. Dans certains États-échantillons, cela a été facilité par la législation, tandis que dans d'autres, la législation n'a pas semblé nécessaire. Le passage à l'enseignement en ligne n'était cependant pas universel et reposait sur les hypothèses suivantes : (i) la capacité de fournir un apprentissage à distance – un défi pour les systèmes éducatifs qui luttent déjà pour assurer un enseignement universel ; (ii) les États et les familles disposant de l'infrastructure informatique nécessaire ; (iii) les enfants ayant la capacité et la maturité nécessaires pour suivre l'apprentissage en ligne – un défi pour les très jeunes enfants, et (iv) les familles ayant la capacité et la disponibilité nécessaires pour soutenir leurs enfants.

Dans l'ensemble, l'expérience de la pandémie de COVID-19 et des précédentes USP souligne l'importance de la participation, de la représentation des écoles ainsi que des autorités scolaires dans toutes les phases de la gestion des risques d'USP et la nécessité d'une planification d'urgence pour la poursuite de l'éducation pendant les USP.

Migrants et groupes raciaux et ethniques marginalisés

Les migrants et les groupes raciaux et ethniques marginalisés risquent d'être touchés de manière disproportionnée par toute catastrophe (y compris les USP) en raison de la discrimination et de la marginalisation économique. La discrimination dans la préparation et la réponse aux catastrophes peut non seulement être directe, mais aussi indirecte lorsque les programmes et les mesures ne sont pas adaptés aux besoins spécifiques de ces groupes – par exemple, l'absence d'informations sur les risques et les avertissements dans diverses langues. Les migrants en situation irrégulière peuvent courir un risque particulièrement élevé du fait de leur inéligibilité aux programmes gouvernementaux et/ou de leur réticence à se rapprocher des services officiels par crainte de mesures coercitives.

Les recensements des USP révèlent que les problèmes particuliers qui touchent les migrants au cours d'une USP peuvent être notamment : (1) l'accès aux soins de santé, (2) l'accès au soutien financier et (3) l'impact conséquent des restrictions de voyage sur le statut d'immigration des migrants. En ce qui concerne l'accès aux soins de santé, les recensements des USP indiquent que les États-échantillons ont adopté une série d'approches allant de l'accès total aux soins de santé à l'exclusion des migrants ou à un accès partiel ou conditionnel. À quelques exceptions près, les prestations financières ou sociales fournies pendant la pandémie de COVID-19 n'étaient accessibles qu'aux citoyens ou aux résidents permanents.

L'accès aux soins ou aux prestations de santé peut également, dans certains systèmes d'immigration, avoir un impact négatif sur le statut d'immigration et/ou compromettre les demandes de résidence permanente. Un certain nombre d'États-échantillons ont pris des mesures spécifiques pour s'assurer que les migrants qui ont eu accès à l'assistance en matière de COVID-19 ne subissent pas de préjudice en conséquence. Une autre mesure positive adoptée par certains États-échantillons a été de prolonger ou de renouveler automatiquement les visas des migrants dont le visa avait expiré, mais qui ne pouvaient pas rentrer chez eux en raison de la fermeture des frontières et des restrictions de voyage.

Les recensements des USP ont tendance à ne pas fournir d'informations spécifiques sur les groupes raciaux et ethniques marginalisés. Le principal impact signalé est que ces groupes peuvent rencontrer des obstacles linguistiques et culturels pour accéder à l'information, aux soins de santé et à d'autres formes d'assistance pendant une USP. Certains États-échantillons ont pris des mesures pour faire face aux obstacles linguistiques et culturels, par exemple en diffusant des informations sanitaires dans plusieurs langues. Les recensements des USP contiennent également des exemples limités de nouvelles lois ou politiques spécifiques adoptées pour faire face à l'impact potentiel de la COVID-19 sur les groupes autochtones.

Les constatations ci-dessus montrent la nécessité – évoquée tout au long du rapport – d'améliorer la participation et la représentation de ces groupes dans la gestion des risques d'USP. En outre, elles soulignent la nécessité de veiller à ce que les migrants aient pleinement accès aux soins de santé lors d'une USP, quel que soit leur statut d'immigration, et de mettre en œuvre des mesures visant à éliminer les obstacles linguistiques et culturels à l'accès à l'information, aux soins de santé et à d'autres formes d'assistance.

PARTIE D : FACILITÉS JURIDIQUES À L'INTENTION DES ACTEURS HUMANITAIRES

9. Facilités juridiques à l'intention des acteurs humanitaires

Facilités juridiques

Le terme « facilités juridiques » désigne les droits juridiques spéciaux accordés à une organisation spécifique (ou à une catégorie d'organisations) pour lui permettre de mener ses activités de manière efficace et effective. Les facilités juridiques peuvent prendre la forme de droits positifs (c'est-à-dire de faire une chose particulière), d'un accès à des processus réglementaires simplifiés et accélérés ou de dérogations spéciales à une loi ou à une exigence légale.

Depuis sa création en 2001, l'IFRC Disaster Law s'est attachée à garantir que des facilités juridiques soient accordées à certains intervenants en cas de catastrophe afin d'assurer une réponse efficace aux catastrophes. La Liste de vérification PRC, approuvée par les États parties aux Conventions de Genève et les composantes du Mouvement CRCR en 2019 lors de la 33e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, identifie les facilités juridiques dont ont besoin les organisations humanitaires nationales pour la préparation et la réponse aux catastrophes. Les Lignes directrices IDRL, adoptées à l'unanimité par les États parties aux Conventions de Genève et les composantes du Mouvement CRCR en 2007 lors de la 30e Conférence internationale, comprennent des recommandations sur les facilités juridiques minimales qui devraient être accordées aux États et aux organisations humanitaires éligibles à l'assistance pour les interventions internationales en cas de catastrophe.

Bien que toutes les facilités juridiques figurant dans la Liste de vérification PRC et les Lignes directrices IDRL ne soient pas nécessairement applicables à une USP – et ne soient donc pas toutes abordées dans le présent rapport – il est généralement conseillé aux États d'élaborer des lois et des politiques permanentes prévoyant les facilités juridiques identifiées dans la Liste de vérification PRC et les Lignes directrices IDRL.

Impact des restrictions liées à la COVID-19

Dans de nombreux cas, les restrictions instaurées en réponse à la pandémie de COVID-19 ont eu un impact significatif sur les activités du réseau de la FICR et des autres organisations humanitaires. Dans certains États, il y avait une incertitude quant à savoir si les Sociétés nationales CRCR étaient exemptées des restrictions liées à la COVID-19 sur la liberté de circulation et étaient, par conséquent, autorisées à circuler librement dans le pays et à accéder aux communautés. Les restrictions liées à la COVID-19 ont également eu pour conséquence le nonaccès du réseau de la FICR à ses entrepôts et à son stock prépositionné dans certains cas. En outre, sur les cent (100) « déploiements » du réseau de la FICR liés à la pandémie jusqu'à la fin septembre 2020, 86 ont dû être effectués à distance.

Les restrictions ayant un impact particulier sur l'aide humanitaire (tant internationale que nationale) se répartissent en quatre grandes catégories : (1) les restrictions à la circulation interne, notamment les ordres de mise à l'abri sur place et de confinement ; (2) les exigences de fermeture obligatoire des entreprises ou les restrictions au commerce ; (3) les restrictions ayant pour effet d'empêcher ou d'inhiber la circulation transfrontalière des personnes, notamment la fermeture des frontières, la suspension des visas et la mise en quarantaine, et (4) l'imposition de restrictions à l'importation ou à l'exportation de biens, notamment les EPI et les fournitures médicales. En outre, certains problèmes ont été causés non pas par l'instauration de nouvelles restrictions, mais par la nécessité – et parfois l'incapacité – pour les gouvernements de lever ou de renoncer aux exigences existantes en vue de la réalisation des opérations.

Restrictions à la circulation interne et aux affaires

De nombreux États ont mis en place des restrictions de déplacement (par exemple, des confinements, des couvre-feux, des ordres de mise à l'abri sur place) et des heures d'ouverture des entreprises afin d'enrayer la propagation de la COVID-19. Les recensements des décrets d'état d'urgence révèlent que ces restrictions ont couramment fait l'objet de dérogations pour les travailleurs ou les services « essentiels » ou « de santé » (ou similaires). Cependant, les Sociétés nationales CRCR et les autres organisations humanitaires ont été rarement expressément incluses dans ces catégories. Elles y ont souvent été incluses de manière tacite ou discutable, ce qui n'était pas idéal en raison de l'incertitude quant à savoir si elles (et leurs personnel et bénévoles) sont exemptées. Il est préférable

que les Sociétés nationales CRCR et les autres organisations humanitaires bénéficient de dérogations expresses aux restrictions sur les déplacements internes et les heures d'ouverture des entreprises pendant une USP, afin qu'elles aient la certitude de pouvoir poursuivre leur travail important.

Fermeture des frontières et/ou restrictions d'entrée

Bien que l'OMS ait initialement déconseillé la fermeture des frontières, dès que la menace d'une transmission mondiale de la COVID-19 est devenue évidente, de nombreux États ont fermé leurs frontières pour tenter de gérer les risques de contamination transfrontalière. Un certain nombre d'États-échantillons ont prévu des dérogations expresses pour les organisations ou opérations humanitaires. D'autres ont accordé à un fonctionnaire désigné le pouvoir discrétionnaire de consentir des dérogations, permettant ainsi au personnel humanitaire d'en demander et d'en obtenir. Dans certains États-échantillons, il a toutefois été signalé qu'aucune dérogation n'était disponible pour le personnel humanitaire. Ces deux dernières approches sont en contradiction avec les Lignes directrices IDRL, qui soutiennent le principe selon lequel les États devraient faciliter l'entrée du personnel des acteurs humanitaires éligibles.

Même lorsque les frontières sont restées ouvertes, un certain nombre d'États ont instauré des exigences de quarantaine ou d'auto-isolément. Dans certains cas, ces exigences étaient très strictes, obligeant les personnes à se rendre dans des logements de quarantaine prévus par le gouvernement pendant un certain temps. Le risque est que, même si l'entrée lui est autorisée, le personnel humanitaire soit empêché de remplir immédiatement les fonctions pour lesquelles il est entré dans le pays. Cela peut, par exemple, contrarier et compromettre la réponse à une autre catastrophe survenant au même moment que l'USP. S'il est vrai que certains États ont prévu des dérogations pour le personnel humanitaire, ils étaient minoritaires.

Qualifications professionnelles

L'un des obstacles à la fourniture d'une assistance en cas de catastrophe, identifié dans les Lignes directrices IDRL et la Liste de vérification PRC, est la reconnaissance (ou la non-reconnaissance) des qualifications professionnelles étrangères, ou interétatiques dans le cas des États fédéraux. Bien que la question de la reconnaissance des qualifications professionnelles ne soit pas commentée dans les recensements des décrets d'état d'urgence, l'expérience de la pandémie de COVID-19 montre qu'elle est très pertinente pour les USP. Par exemple, aux États-Unis, un grand nombre de dispositions de « réciprocité en matière de permis d'exercice » ont été rapidement adoptées pendant la pandémie de COVID-19 afin de permettre la reconnaissance temporaire des permis d'exercice médicaux hors d'un État. Conformément aux Lignes directrices IDRL et à la Liste de vérification PRC, les lois et/ou les politiques en vigueur devraient prévoir la reconnaissance automatique ou accélérée des qualifications et des permis d'exercice étrangers et/ou interétatiques en cas d'USP.

Restrictions à l'importation ou à l'exportation de biens et d'équipements

En général, l'importation et l'exportation de biens ont été moins restreintes pendant la pandémie de COVID-19 que la circulation des personnes. Un domaine où des difficultés sont apparues est celui des biens et équipements utilisés pour traiter la COVID-19 et s'en protéger. À la fin du mois de juillet 2020, par exemple, près de 90 États avaient établi des restrictions à l'exportation à la suite de la pandémie de COVID-19. Si les États peuvent souhaiter contrôler l'exportation de certaines fournitures pendant une USP pour répondre aux besoins de leurs propres populations, ils devraient exempter les organisations humanitaires de toute restriction susceptible d'entraver leur capacité à importer ou exporter des biens et équipements de secours.

Taxes et tarifs

Les Lignes directrices IDRL et la Liste de vérification PRC recommandent que les organisations humanitaires éligibles soient exonérées de la TVA et des autres taxes ou droits directement liés à la fourniture de l'aide en cas de catastrophe. Dans le contexte de la COVID-19, cette recommandation semble avoir été suivie dans un certain nombre d'États pris en compte par les recensements des décrets d'état d'urgence, notamment en ce qui concerne l'importation d'EPI et de produits pharmaceutiques.

Liban, Beyrouth, 2020. La Croix-Rouge libanaise a répondu aux besoins des personnes touchées par l'explosion dévastatrice du 4 août. Des milliers de personnes ont été transportées à l'hôpital avec l'aide des bénévoles et des ambulances de la Croix-Rouge libanaise.

© Croix-Rouge libanaise



RECOMMANDATIONS

LE RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

Révision future du RSI

1. Toute révision future du RSI devrait examiner si les États devraient être tenus de :
 - a. créer un comité spécifiquement chargé de superviser la mise en œuvre de leurs obligations en matière de RSI et de contrôler le fonctionnement et le respect de celles-ci (**comité de suivi du RSI**) ;
 - b. participer à des évaluations externes périodiques de la mise en œuvre de leur RSI, préparer et mettre en œuvre des plans d'action post-évaluation ;
 - c. notifier ou avertir les principaux acteurs nationaux et la population en général de l'apparition ou du risque imminent d'une USPPI et/ou
 - d. notifier à l'OMS les instruments nationaux permettant de mettre en œuvre le RSI et d'en déposer des copies auprès d'elle.
2. Toute révision future du RSI devrait également examiner s'il est nécessaire, ou s'il serait bénéfique, d'inclure des dispositions complémentaires clarifiant le processus et la responsabilité de la notification par les États des menaces émergentes pour la santé publique à l'OMS et aux autres États.
3. Les questions visées aux points (1) et (2) ci-dessus devraient également être prises en considération lors de l'élaboration de tout nouveau traité international concernant les USP.

Mise en œuvre du RSI au niveau national

1. Les États devraient continuer à prendre des mesures pour s'assurer que leur législation nationale permet de mettre en œuvre, de faciliter la présence des principales capacités requises par le RSI et respecte les obligations qui leur incombent en vertu du RSI.
2. Qu'elles soient exigées par le RSI ou par son cadre de suivi et d'évaluation, les lois et/ou politiques nationales devraient :
 - a. prévoir la création d'un comité de suivi du RSI spécifiquement chargé de superviser la mise en œuvre de leurs obligations au titre du RSI et de contrôler leur fonctionnement et leur respect ;
 - b. exiger l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action post-évaluation suite à l'évaluation de la mise en œuvre du RSI ;
 - c. identifier le ou les acteurs nationaux appropriés chargés de produire un plan post-évaluation et/ou de contribuer à de tels plans ;
 - d. exiger du comité de suivi du RSI qu'il suive et/ou supervise l'élaboration du plan d'action post-évaluation et sa mise en œuvre.
3. Les États devraient :
 - a. revoir la désignation du point focal national RSI et ses fonctions ;
 - b. examiner si la mise en œuvre du RSI pourrait être améliorée en prévoyant expressément cette désignation et les fonctions du point focal national dans les lois et/ou politiques nationales ;
 - c. examiner s'il existe des obstacles juridiques empêchant le point focal national RSI de partager des informations avec l'OMS et d'autres États et, le cas échéant, mettre en œuvre des réformes juridiques pour lever lesdits obstacles.

Améliorer les connaissances sur les aspects juridiques de la mise en œuvre du RSI

1. Les aspects juridiques des USP et la mise en œuvre des principales capacités requises par le RSI devraient être inclus dans les travaux de réseaux et forums pertinents tels que la Plateforme thématique pour la gestion des risques de catastrophes et d'urgences sanitaires et son Réseau de recherche associé.
2. Les organisations qui s'intéressent aux USP et à la mise en œuvre des principales capacités requises par le RSI devraient envisager de créer un réseau de praticiens du droit et d'universitaires ayant pour mission de promouvoir l'élaboration de lois nationales améliorées en matière d'USP, y compris celles permettant de mettre en œuvre les principales capacités requises par le RSI.

CADRES JURIDIQUES ET INSTITUTIONNELS NATIONAUX

Mandats pour la gestion des risques d'USP

1. Les lois, politiques et plans nationaux devraient établir des cadres de gestion des risques d'USP qui :
 - a. adoptent une approche englobant tous les risques pour la santé publique ;
 - b. incluent des dispositions concernant les USP primaires et secondaires et
 - c. abordent la réduction des risques, la préparation, la réponse et le relèvement.
2. Les lois, les politiques et les plans de gestion des risques d'USP devraient trouver un équilibre entre la certitude quant aux types de risques et d'événements de santé publique couverts et le maintien de la flexibilité nécessaire pour faire face aux risques pour la santé publique nouveaux et émergents.

Intégration aux cadres de GRC

Conformément aux Principes de Bangkok, les lois, politiques et plans de gestion des risques d'USP devraient être intégrés aux cadres généraux de la GRC (y compris les stratégies nationales et locales de réduction des risques de catastrophes). Il ne devrait pas y avoir de lacunes, de conflits, d'incohérences ou de duplications inutiles entre les pouvoirs, les rôles, les responsabilités et les autres dispositions créées par les instruments d'USP et de GRC.

Direction

Les lois, politiques et plans relatifs à la gestion des risques d'USP devraient garantir que :

1. la (les) personne(s) ou agence(s) ayant la responsabilité principale des actions avant, pendant et après une USP sont clairement identifiées (y compris le commandement et le contrôle d'un centre d'opérations d'urgence s'il en existe un) ;
2. la nature de la fonction de dirigeant ainsi que les fonctions et pouvoirs du dirigeant sont clairs et certains ; et
3. tout conflit potentiel entre des personnes ou des organismes exerçant des fonctions de direction est éliminé ou réduit autant que possible.

Coordination

1. Les lois, politiques et plans nationaux de gestion des risques d'USP devraient donc faciliter la coordination de manière :
 - a. horizontale entre les différentes agences sectorielles, ainsi qu'au sein de celles-ci (notamment avec le comité de suivi du RSI) ;
 - b. verticale entre les différents niveaux de gouvernement ;
 - c. entre les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, y compris les acteurs internationaux (le cas échéant).

2. Les lois, politiques et plans nationaux de gestion des risques d'USP devraient donc :
 - a. établir des mécanismes de coordination incluant des représentants de :
 - i. toutes les agences sectorielles concernées ;
 - ii. tous les départements concernés des agences sectorielles ;
 - iii. tous les niveaux de gouvernement ;
 - iv. tous les acteurs non gouvernementaux concernés ;
 - b. attribuer à tous les acteurs des rôles et des responsabilités clairs ;
 - c. imposer aux acteurs l'obligation de se réunir régulièrement et de partager des informations, afin de garantir l'efficacité des mécanismes de coordination.

Participation et représentation

1. Les lois, politiques et plans relatifs à la gestion des risques d'USP devraient adopter :
 - a. une approche engageant l'ensemble du gouvernement et de la société, qui permette à l'ensemble des acteurs et parties prenantes de participer et d'être représentés ;
 - b. une approche Une seule santé qui facilite la coordination des mesures et des activités entre les secteurs de la santé animale, de la santé végétale et de l'environnement (et d'autres acteurs Une seule santé).
2. Compte tenu de leur rôle auxiliaire unique et de leur portée au niveau communautaire, les lois, politiques et plans relatifs à la gestion des risques d'USP devraient se rapporter au rôle et aux responsabilités des Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.
3. Il convient en outre de s'assurer de la participation des acteurs suivants (sans ordre particulier) :
 - a. les représentants de la communauté,
 - b. les acteurs de la santé unique,
 - c. les acteurs de la coopération au développement,
 - d. les prestataires de soins de santé et de services sociaux,
 - e. les groupes susceptibles d'être particulièrement vulnérables aux impacts des USP,
 - f. les ONG humanitaires,
 - g. les écoles et les autorités scolaires,
 - h. le secteur financier,
 - i. les fabricants et les fournisseurs de biens et d'équipements essentiels.
4. En cas de présence permanente et de besoin de soutien de la part des institutions internationales, il convient d'envisager d'associer les agences des Nations unies et les organisations non gouvernementales internationales.
5. Les lois et/ou les politiques devraient garantir, dans la mesure du possible, que l'ensemble des acteurs et des parties prenantes sont en mesure d'être effectivement représentés et peuvent apporter une contribution efficace à la gestion des risques d'USP.

Planification d'urgence, formation et exercices

Les lois et politiques nationales relatives aux USP devraient :

1. attribuer des rôles, des responsabilités et, le cas échéant, des obligations exécutoires pour la planification d'urgence, l'éducation et les exercices en matière de santé publique ;
2. exiger une planification d'urgence pour assurer la continuité de l'action législative, des soins de santé généraux, de la scolarisation et des services de lutte contre la violence domestique pendant une USP ;
3. exiger que l'ensemble des acteurs et parties prenantes potentiels d'une USP (y compris les communautés et les acteurs généraux de la GRC) effectuent ou participent à des exercices réguliers de formation et de simulation en matière d'USP ;
4. reconnaître l'importance de la sensibilisation du public au risque des USP et à leurs conséquences potentielles ;
5. veiller à ce que les communautés reçoivent les informations nécessaires pour leur permettre de se préparer et de répondre aux USP.

Examens et mises à jour réguliers

1. Les États qui ne l'ont pas fait récemment devraient procéder à un examen de leurs lois, politiques et plans en matière de gestion des risques d'USP afin de s'assurer qu'ils sont adaptés à l'objectif moderne et, le cas échéant, proposer de nouvelles lois ou des lois modificatives de toute urgence. Les lois et/ou politiques devraient garantir que :
 - a. les cadres de gestion des risques d'USP sont revus périodiquement et après la survenue d'une USP ;
 - b. les examens déterminent si le cadre de gestion des risques d'USP :
 - i. prend en compte tous les risques actuels et émergents liés à la santé publique ;
 - ii. est intégré aux cadres généraux de GRC ;
 - iii. favorise la participation et la représentation de l'ensemble des acteurs et parties prenantes concernés ;
 - iv. s'est révélé adéquat lors d'une USP récente ;
 - c. les enseignements ainsi que les recommandations des examens et des exercices de formation et de simulation sont effectivement mis en œuvre.

ÉTAT D'EXCEPTION

États d'exception concernant les USP

1. Les lois devraient établir des états d'exception pour les USP, qui soient proportionnés et adaptés aux différents types ainsi qu'à l'ampleur des USP susceptibles de survenir. Un tel système devrait fonctionner initialement au niveau le plus bas, en remontant vers des niveaux plus élevés, caractérisés par des mesures et des pouvoirs plus étendus, déclenchés uniquement en cas de stricte nécessité.
2. Lorsqu'il existe des mécanismes distincts pour déclarer ou déterminer l'état d'exception par rapport à une USP, ces mécanismes devraient être compatibles entre eux, et leur utilisation devrait être coordonnée.
3. Quel que soit l'état d'exception utilisé pour les USP, dans la mesure du possible (en tenant compte de l'imprévisibilité des risques sanitaires émergents), la source de l'état d'exception, sa nature et les pouvoirs qu'il déclenche devraient être clairement définis par la loi.

Responsabilité de la déclaration ou de la détermination de l'état d'exception

Les lois autorisant la déclaration de l'état d'exception ou permettant à un décideur de déterminer l'existence de l'état d'exception concernant une USP, devraient :

1. identifier clairement la personne détenant le pouvoir d'effectuer cette déclaration ou cette détermination ;

2. garantir, lorsque différentes personnes peuvent détenir ce pouvoir, soit en vertu d'une législation différente, soit dans des circonstances différentes, que les circonstances dans lesquelles chacune peut agir sont claires et qu'en cas de conflit, il existe un moyen d'identifier la personne habilitée ;
3. établir une hiérarchie de fonctionnaires autorisés à effectuer la déclaration ou la détermination si le fonctionnaire désigné n'est pas en mesure d'agir pendant une USP.

Consultation

Les lois et/ou les politiques devraient inclure une exigence selon laquelle, avant toute déclaration ou détermination de l'état d'exception par rapport à une USP :

1. si la déclaration ou la détermination est effectuée par une personne autre que le ministre de la Santé ou un fonctionnaire du ministère de la Santé, le ministère de la Santé devrait (i) au minimum être consulté, mais (ii) idéalement accepter ou approuver la déclaration ou la détermination ;
2. si la déclaration ou la détermination et tout pouvoir d'urgence proposé peuvent affecter les fonctions d'un gouvernement infranational ou d'une administration infranationale, le gouvernement infranational ou l'administration infranationale devrait, au minimum, être consulté(e) avant la déclaration ou la détermination ;
3. la personne qui procède à la déclaration ou à la détermination devrait consulter, dans la mesure où cela est possible dans les circonstances, les principaux acteurs et parties prenantes susceptibles de participer à la réponse à une USP.

Déclenchement et moment

1. Les lois devraient trouver un équilibre entre la garantie que les éléments déclencheurs de l'état d'exception ou l'utilisation des pouvoirs d'exception applicables à une USP sont : (a) clairs et certains et (b) suffisamment souples pour s'appliquer à des risques sanitaires nouveaux ou émergents.
2. Les lois devraient permettre de déclarer ou de déterminer l'état d'exception d'une USP de manière préventive.
3. Pour minimiser le risque d'une utilisation inappropriée des pouvoirs de prévention, les lois devraient clairement prescrire les circonstances dans lesquelles des déclarations et des déterminations préventives peuvent être effectuées, par exemple en exigeant que l'USP soit imminente, proche (à la fois temporellement et géographiquement) et/ou qu'elle ait un impact potentiellement grave.

Pouvoirs et mesures d'urgence

1. Les lois devraient clairement spécifier les pouvoirs gouvernementaux qui s'appliquent une fois que l'état d'exception est déclaré ou déterminé en ce qui concerne une USP.
2. Il est généralement préférable que les lois comprennent une liste prédéterminée, précise et exhaustive de ces pouvoirs gouvernementaux, bien qu'il puisse être approprié que des pouvoirs plus larges soient disponibles en cas d'USP graves.

Garanties et droits de l'Homme

1. Les lois devraient faire en sorte que, pendant l'état d'exception lié à une USP, des garanties soient en place pour promouvoir la transparence et la responsabilité gouvernementales, maintenir l'état de droit, préserver les institutions démocratiques et protéger les droits de l'Homme.
2. Les pouvoirs et mesures d'urgence devraient être conformes au droit international, en particulier au droit international des droits de l'Homme.
3. Les droits de l'Homme devraient continuer à être respectés pendant une USP, et les États ne devraient donc déployer des pouvoirs et des mesures d'urgence qui limitent les droits de l'Homme que dans la mesure où ils sont nécessaires, proportionnés et prescrits par la loi.

Soudan du Sud, 2013. Des nourrissons sont vaccinés contre la polio lors d'un programme de santé gouvernemental, soutenu par la Croix-Rouge.

© Juozas Cernius / FICR



Limites temporelles

Les lois permettant la déclaration ou la détermination de l'état d'exception en ce qui concerne une USP devraient :

1. inclure une limite temporelle afin que l'état d'exception prenne fin automatiquement à l'expiration d'une période déterminée, à moins qu'il ne soit prolongé ;
2. indiquer clairement :
 - a. les circonstances dans lesquelles l'état d'exception peut être prolongé ;
 - b. la période maximale pour laquelle l'état d'exception peut être prolongé ; et
 - c. soit le nombre maximum de fois où l'état d'exception peut être prolongé, soit la durée maximale de l'état d'exception.

Contrôle législatif

Les lois permettant la déclaration ou la détermination de l'état d'exception concernant une USP devraient prévoir que le législateur :

1. doit (dans la mesure du possible) approuver la déclaration ou la détermination dans un délai prescrit ;
2. doit (dans la mesure du possible) approuver la prolongation d'un état d'exception, soit avant la prolongation, soit dans un délai prescrit ;
3. a le pouvoir de modifier ou de mettre fin à un état d'exception, y compris le pouvoir de modifier des détails tels que la portée géographique, la période de temps et les pouvoirs d'exception.

Contrôle judiciaire

Les lois prévoyant la déclaration ou la détermination de l'état d'exception concernant une USP devraient garantir que :

1. la déclaration ou la détermination, sa prorogation ultérieure et tout pouvoir ou mesure d'urgence connexe peuvent faire l'objet de poursuites judiciaires de la part des personnes concernées ;
2. le pouvoir judiciaire a la compétence et le pouvoir de :
 - a. déclarer illégale la déclaration ou la détermination de l'état d'exception, sa prorogation ultérieure et tout pouvoir ou mesure d'urgence connexe ;
 - b. prendre les mesures idoines pour remédier à cette illégalité (par exemple, par une déclaration de nullité, des sanctions ou une indemnisation).

Transparence

1. La loi devrait exiger que la déclaration ou la détermination de l'état d'exception en réponse à une USP (y compris le détail des pouvoirs ou mesures d'urgence s'appliquant dans ce cadre) soit publiée et rendue accessible au public le plus large possible.
2. La bonne pratique de publication des textes législatifs au cours de la COVID-19, constatée dans le monde entier, devrait se poursuivre, et tous les États devraient chercher à publier en ligne, dans la mesure du possible, les lois, politiques et plans en matière d'état d'exception et d'USP.

LE RÔLE DU DROIT DANS L'ATTÉNUATION DES IMPACTS SECONDAIRES DES URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE ET DES IMPACTS SUR LES GROUPES VULNÉRABLES

Mobilité humaine et migration

1. Les lois, politiques et plans nationaux de gestion des risques d'USP devraient tenir compte de la nécessité éventuelle pour un État de fermer ses frontières ou d'imposer des restrictions aux voyages en réponse à la propagation internationale d'une maladie.

2. Les lois, politiques et plans de gestion des risques d'USP devraient porter sur les points suivants :
 - a. l'impact potentiel d'une USP sur la mobilité humaine et les besoins des personnes qui pourraient souhaiter ou devoir se déplacer (à l'échelle internationale ou interne) en conséquence (directe ou indirecte)
 - b. le besoin potentiel de rapatriement des migrants à la suite d'une USP et le processus de facilitation du rapatriement.
3. Les lois devraient clairement définir les critères de fermeture et/ou de restriction aux frontières et la manière dont ces fermetures ou restrictions seront mises en œuvre dans la pratique. Ces critères devraient être conformes aux obligations internationales des États en vertu du RSI et du PIDCP, notamment le droit de toute personne de quitter tout pays (y compris le sien) et de ne pas se voir arbitrairement privée du droit de revenir dans son pays.
4. Les lois qui réglementent la fermeture des frontières ou les restrictions de voyage en réponse à la propagation internationale d'une maladie (ou d'un autre risque pour la santé publique) devraient :
 - a. être conformes aux obligations juridiques internationales des États à l'égard des réfugiés et des demandeurs d'asile, notamment l'obligation de non-refoulement ;
 - b. prévoir des dérogations (sous réserve de garanties sanitaires appropriées) pour des raisons humanitaires au profit des réfugiés, des demandeurs d'asile et d'autres personnes fuyant un préjudice irréparable ;
 - c. prévoir des dérogations (sous réserve de garanties sanitaires appropriées) pour les migrants désireux d'être rapatriés.
5. Les lois et/ou les politiques devraient établir des dispositions d'urgence pour garantir que l'accueil des demandeurs d'asile et le traitement des demandes d'asile se poursuivent, en donnant la priorité aux plus vulnérables.

Abri et logement

1. Les lois, politiques et plans relatifs à la gestion des risques d'USP devraient reconnaître et prendre en compte les besoins des personnes sans abri.
2. En particulier, les plans d'urgence relatifs aux USP devraient identifier les mesures clés à prendre pour protéger les personnes sans abri en cas d'USP, notamment la fourniture d'un hébergement, de soins de santé, d'installations sanitaires et d'informations.
3. Les États devraient envisager d'instaurer ou de modifier des lois, politiques et plans permanents afin de déterminer le soutien financier et autre à fournir aux personnes risquant de perdre leur logement au cours d'une USP.
4. Les lois, politiques et/ou plans devraient garantir que le logement et l'aide au logement pendant une USP sont fournis en fonction des besoins plutôt que du statut d'occupation.

La protection des groupes vulnérables

Protection générale

1. Les lois, politiques et plans nationaux de gestion des risques d'USP devraient :
 - a. être suffisamment exhaustifs et souples pour :
 - i. protéger et répondre aux besoins de toutes les personnes négativement touchées par une USP, et
 - ii. tenir compte du fait que différents groupes peuvent être particulièrement sensibles au risque pour la santé publique concerné, d'une USP à l'autre ;
 - b. prévoir la participation et la représentation à toutes les phases de la gestion des risques d'USP, des personnes suivantes :
 - i. les groupes susceptibles d'être particulièrement vulnérables aux impacts des USP, et

- ii. les agences ou organisations (telles que les agences d'assistance sociale et les Sociétés nationales CRCR) dont le rôle inclut la prise en charge ou la protection de ces groupes ;
 - c. interdire la discrimination (directe et indirecte) en ce qui concerne tous les éléments de la gestion des risques d'USP ;
 - d. prendre en compte et, le cas échéant, intégrer les principes, directives, normes et outils existants élaborés par la communauté humanitaire internationale pour la protection et la prise en compte des groupes vulnérables.
2. Les plans d'urgence en matière d'USP devraient prendre en compte les besoins spécifiques et autres des groupes vulnérables pendant les USP.
 3. Les lois, politiques et mesures pratiques visant à protéger les personnes les plus exposées aux impacts directs d'une USP devraient :
 - a. prendre en compte et être conformes aux droits des personnes concernées ;
 - b. refléter la situation des groupes spécifiques à protéger ;
 - c. dans la mesure où elles empiètent sur les droits fondamentaux, être limitées dans le temps et proportionnées à la menace pour la santé publique.
 4. Les activités de préparation et de réponse aux USP devraient être également accessibles aux groupes vulnérables et, si nécessaire, adaptées pour répondre à leurs besoins spécifiques et autres.

Personnes âgées et personnes handicapées ou malades

Les lois, politiques et plans nationaux de gestion des risques d'USP devraient :

1. inclure des dispositions pour les besoins spécifiques des personnes âgées et des personnes handicapées ou malades en cas d'USP, que ces personnes soient ou non :
 - a. directement exposées à l'infection ou à la maladie en question elle-même, ou
 - b. indirectement exposées aux impacts secondaires d'une USP ;
2. assurer la participation et la représentation des personnes âgées et des personnes handicapées ou malades dans toutes les phases de la gestion des risques d'USP ;
3. garantir que les informations et le soutien fournis en réponse à une USP soient accessibles aux personnes âgées et aux personnes handicapées ;
4. inclure des dispositions pour assurer la continuité des soins de santé et des services sociaux au profit des personnes âgées et des personnes handicapées ou malades pendant les USP ;
5. tenir compte des normes et directives internationales pertinentes existantes, notamment les normes d'inclusion humanitaire pour les personnes âgées et les personnes handicapées ainsi que la Charte pour la prise en compte des personnes handicapées dans l'action humanitaire.

Personnes en situation de risque économique et financier

Les lois, politiques et plans nationaux de gestion des risques d'USP devraient :

1. prévoir l'octroi d'un soutien financier aux entreprises et aux ménages (y compris les ménages migrants) dans le cas où une USP aurait des répercussions économiques importantes, en accordant la priorité aux plus vulnérables et aux personnes économiquement marginalisées ;
2. assurer la participation et/ou la représentation, à toutes les phases de la gestion des risques d'USP, des agences et des organisations qui peuvent être amenées à fournir un soutien économique et financier pendant une USP.

Personnes exposées à la violence

1. Les lois et/ou politiques devraient exiger des agences responsables des services de prévention et de protection contre la violence domestique ou familiale qu'elles élaborent des plans d'urgence visant à assurer la continuité des services pendant les USP.
2. Les cadres de gestion des risques d'USP (notamment les lois, les politiques et les plans d'urgence) devraient prévoir des dispositions pour permettre aux personnes exposées à la violence domestique d'accéder à un refuge ou à un hébergement temporaire et à d'autres services de protection pendant une USP.
3. Les lois imposant des restrictions de confinement pendant une USP devraient expressément permettre aux personnes subissant ou risquant de subir des violences domestiques :
 - a. de quitter et/ou rester loin de leur domicile ou de leur lieu de résidence, et
 - b. d'accéder aux services de protection, de santé mentale et de soutien psychosocial.

Écoliers

1. Les lois, politiques et plans de gestion des risques d'USP devraient :
 - a. établir et concorder avec le principe selon lequel la fermeture des écoles devrait être un dernier recours pendant les USP.
 - b. permettre la participation et la représentation des écoles et des autorités scolaires dans toutes les phases de la gestion des risques d'USP.
2. Les lois et/ou les politiques devraient exiger des autorités scolaires et, le cas échéant, des écoles prises individuellement, qu'elles maintiennent des plans d'urgence pour faire face aux problèmes susceptibles de survenir au cours d'une USP, notamment :
 - a. identifier des moyens alternatifs d'assurer l'enseignement si les écoles doivent physiquement fermer ;
 - b. répondre aux besoins des enfants susceptibles d'avoir des difficultés à accéder à un apprentissage alternatif ;
 - c. identifier des mesures pratiques (par exemple, des protocoles de biosécurité) pour permettre aux écoles de rester ouvertes (ou de rouvrir) pendant une USP.

Migrants et groupes raciaux et ethniques marginalisés

Les lois, politiques et plans nationaux de gestion des risques d'USP devraient :

1. assurer la participation ainsi que la représentation des migrants et des groupes raciaux et ethniques marginalisés dans toutes les phases de la gestion des risques d'USP ;
2. mettre en place des mesures pour éliminer les obstacles linguistiques et culturels à l'accès aux soins de santé, à l'information et à d'autres formes de soutien pendant une USP ;
3. garantir que les migrants aient pleinement accès aux soins de santé et aux autres services essentiels pendant une USP, quel que soit leur statut d'immigration.

FACILITÉS JURIDIQUES À L'INTENTION DES ACTEURS HUMANITAIRES

Les facilités juridiques en règle générale

Conformément à la Liste de vérification PRC et aux Lignes directrices IDRL, les États devraient élaborer des lois et des politiques permanentes qui prévoient des facilités juridiques (a) aux organisations humanitaires nationales pour la réponse aux catastrophes nationales (y compris pour les USP) et (b) aux États ainsi qu'aux organisations humanitaires éligibles pour la réponse aux catastrophes internationales (y compris pour les USP).

Restrictions à la circulation et aux activités commerciales

1. Les lois qui introduisent des restrictions sur les déplacements internes ou les activités commerciales pendant une USP devraient expressément exempter les Sociétés nationales CRCR et les autres organisations humanitaires concernées (sous réserve de garanties sanitaires appropriées).
2. Si des dérogations sont prévues pour les « travailleurs essentiels » ou les « services essentiels », la définition de ce terme devrait être claire et inclure le personnel ainsi que les bénévoles des Sociétés nationales CRCR et des autres organisations humanitaires concernées.

Fermeture des frontières et/ou restrictions d'entrée

1. Les lois établissant des fermetures ou des restrictions aux frontières pendant une USP devraient expressément exempter le personnel des organisations humanitaires éligibles (sous réserve de garanties sanitaires appropriées).
2. Les États qui envisagent d'instaurer des exigences de quarantaine ou d'auto-isollement pour les voyageurs entrant sur leur territoire pendant une USP devraient, dans la mesure du possible, en exempter le personnel humanitaire.
3. Si les dérogations automatiques pour le personnel humanitaire ne sont pas appropriées, les lois et/ou les politiques devraient établir des critères clairs et objectifs pour l'octroi de dérogations.
4. Conformément aux Lignes directrices IDRL, les lois et/ou les politiques devraient, dans la mesure du possible, supprimer les exigences relatives aux visas et aux permis de travail pour le personnel humanitaire, ou accélérer considérablement leur délivrance.

Qualifications professionnelles

Conformément aux Lignes directrices IDRL et à la Liste de vérification PRC, les lois et/ou les politiques devraient prévoir la reconnaissance automatique ou accélérée des qualifications et des permis d'exercice étrangers et/ou interétatiques en cas d'USP ou d'autres catastrophes.

Circulation transfrontalière des biens et des équipements

1. Les États devraient continuer à veiller à ce que les lois et/ou les politiques imposant des fermetures ou des restrictions aux frontières en réponse à une USP ne restreignent pas la circulation transfrontalière des biens et des équipements de secours (sous réserve des garanties sanitaires appropriées).
2. Tout en reconnaissant que les États peuvent souhaiter contrôler l'exportation de certaines fournitures au cours d'une USP pour répondre aux besoins de leurs propres populations, les États devraient exempter les organisations humanitaires de toute restriction qui entraverait leur capacité à importer ou exporter des biens et équipements de secours.
3. Lors des futures USP, des dispositions devraient être prises – en s'inspirant de l'exemple de la base de données de l'Organisation mondiale des douanes pendant la pandémie de COVID-19 – pour fournir des informations actualisées sur les contrôles applicables aux importations et aux exportations dans le monde entier.

Taxes et tarifs

Conformément aux Lignes directrices IDRL et à la Liste de vérification PRC, les États devraient exonérer les organisations humanitaires d'assistance éligibles (tant nationales qu'internationales) des taxes et droits directement associés à leurs activités de gestion des risques d'USP.

PARTIE A

INTRODUCTION



© Croix-Rouge philippine

1 / HISTORIQUE ET CONTEXTE

1.1 / LE DROIT ET LES URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE

À la fin du mois de mars 2021, la pandémie de COVID-19 a été responsable de plus de 135 millions d'infections dans le monde et, malheureusement, de plus de 2,9 millions de décès signalés.¹⁴ Son impact a été ressenti dans pratiquement tous les pays et dans tous les secteurs de la société, dans une mesure sans précédent depuis la dernière urgence de santé publique mondiale, la pandémie de grippe de 1918. En termes économiques, le Fonds monétaire international a estimé que le coût mondial de la pandémie de COVID-19 s'élèvera à 28 000 milliards de dollars de perte de production, les gouvernements et les banques centrales devant prendre des mesures fiscales de l'ordre de 19 000 milliards de dollars. En réponse à la pandémie de COVID-19, les gouvernements ont été contraints d'introduire des mesures juridiques, en s'appuyant souvent sur des pouvoirs d'exception, pour restreindre les déplacements et empêcher l'activité normale des personnes et des entreprises. Jamais auparavant, autant de lois n'avaient été adoptées dans autant de pays pour un même événement et dans un laps de temps aussi court.

La pandémie mondiale de COVID-19 attirant l'attention sur les urgences de santé publique (**USP**), l'IFRC Disaster Law a décidé de se lancer dans un nouveau projet de recherche pour examiner le rôle du droit dans la préparation et la réponse à de telles urgences. Ce projet, dénommé Projet de recherche sur le droit et les urgences de santé publique (le **Projet**), a pour but d'améliorer la compréhension des lois relatives aux USP et leur relation avec les lois relatives à la gestion des risques de catastrophes et, à partir de là, d'élaborer des orientations concernant les meilleures pratiques en matière de loi et de politique sur les USP.

L'IFRC Disaster Law est un leader dans l'élaboration et la diffusion d'orientations sur les meilleures pratiques en matière de législation et de politique nationales relatives aux catastrophes. Elle aide les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge à soutenir leurs autorités dans l'élaboration et l'application de lois, de politiques et de procédures de pointe en matière de catastrophes. À ce jour, l'IFRC Disaster Law a élaboré des orientations sur les meilleures pratiques en ce qui concerne : (1) la facilitation et réglementation des secours internationaux et de l'assistance au relèvement initial en cas de catastrophes;¹⁵ (2) la réduction des risques de catastrophe;¹⁶ et (3) la préparation et la réponse aux catastrophes.¹⁷

Le projet s'appuie sur ces travaux et a, en outre, lancé un certain nombre de nouveaux axes de recherche. Au début de la pandémie de COVID-19, l'IFRC Disaster Law a commandé des recensements des mesures d'urgence prises en réponse à la pandémie dans 113 États (**Recensements des décrets d'urgence**). Cette recherche s'est principalement concentrée sur l'impact potentiel de ces mesures sur les opérations du réseau de la FICR à travers le monde. L'IFRC Disaster Law a ensuite commandé une seconde phase de recherches documentaires au niveau des pays, en se concentrant sur les cadres juridiques et institutionnels des USP et sur le rôle du droit dans l'atténuation de leurs impacts, notamment sur les groupes vulnérables (**Recensements des USP**).

L'objectif du présent rapport est de synthétiser les informations obtenues à partir de cette recherche afin de fournir (1) une analyse de la législation actuelle et d'autres instruments régissant les USP et (2) formuler des recommandations sur le rôle du droit dans la préparation et la réponse à ces types de catastrophes.

Le présent rapport a été commandé au plus fort de la pandémie de COVID-19, une USP unique en plusieurs générations. L'accent de la recherche est donc naturellement mis sur les lois ayant permis aux États de répondre à cette pandémie. Cependant, la COVID-19 n'a pas été la seule maladie à être devenue une catastrophe : les USP sont survenues tout au long de l'histoire, de la peste de Justinien à la pandémie de grippe de 1918, en passant par la peste noire, jusqu'à, plus récemment, le SRAS et Ebola. La FICR a donc voulu que le projet aille au-delà des efforts immédiats de gestion de la pandémie de COVID-19 pour examiner comment le droit a été utilisé dans le cadre des précédentes USP. Cependant, alors que le présent rapport tente d'explorer au-delà de la pandémie de COVID-19, les recensements ne sont en mesure de fournir qu'une quantité limitée d'informations concernant les mesures juridiques prises pour des USP autres que la pandémie de COVID-19.

Les recensements et le présent rapport s'intéressent principalement à la législation nationale en matière d'USP. Cependant, aucune analyse des lois sur les USP ne peut être entreprise sans une compréhension du cadre juridique mondial relatif aux USP, dont l'essentiel a été adopté dans le but d'améliorer les capacités nationales. Le rapport examine donc également la mesure dans laquelle les instruments internationaux dirigent ou influencent les cadres juridiques nationaux relatifs aux USP. Le plus important d'entre eux est le Règlement sanitaire international (**RSI**), un instrument juridiquement contraignant conçu pour « prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux ».¹⁸ Les risques et les impacts sur la santé publique sont évoqués dans les principes directeurs et les priorités du Cadre de Sendai 2015-2030 pour la réduction des risques de catastrophe (**Cadre de Sendai**)¹⁹, qui ont été complétés par les Principes de Bangkok pour la mise en œuvre des aspects sanitaires du Cadre de Sendai 2015-2030 (**Principes de Bangkok**).²⁰ Ces Principes placent le renforcement de la coordination au cœur des efforts de réduction des risques biologiques et de ceux liés à la santé publique, encourageant une coopération, une intégration et une cohérence systématiques entre la gestion des risques de catastrophes et la gestion des risques sanitaires. Néanmoins, comme nous le verrons, l'inquiétude persiste quant au fait que la mise en œuvre par les États de leurs obligations internationales est variable ou ne bénéficie pas d'une priorité suffisante.

À la suite de la pandémie de COVID-19, pratiquement tous les gouvernements du monde ont été contraints d'appliquer la législation en matière de santé publique - qui peut souvent être relativement ancienne - et la plupart d'entre eux ont dû élaborer de nouvelles lois pour favoriser ou soutenir leur réponse. Outre les recensements, plus de 1000 textes législatifs ont été pris en compte dans le cadre de l'élaboration du présent rapport, ce qui ne représente qu'une fraction des lois sur la santé publique promulguées dans le monde. La pandémie de COVID-19 constitue donc une raison et une occasion de faire le point sur l'état actuel des lois relatives aux USP à l'échelle internationale et nationale et d'envisager les améliorations à apporter aux lois ainsi qu'aux pratiques afin de mieux se préparer à la prochaine USP.

Malheureusement, la menace des USP est de plus en plus forte. Comme l'ont indiqué la Banque mondiale et le Conseil mondial de suivi de la préparation (**GPMB**) de l'OMS, les développements et les innovations du siècle dernier ont :

« créé une vulnérabilité sans précédent face à des flambées de maladies infectieuses fulgurantes en favorisant la croissance démographique et la mobilité, en perturbant le climat, en décuplant l'interdépendance, et en générant des inégalités. La destruction des forêts tropicales a augmenté les possibilités de transmission des virus des animaux sauvages aux humains. Nous avons créé un monde où un choc survenant n'importe où peut se transformer en catastrophe partout... Les maladies infectieuses se nourrissent de la discorde ; les divisions de nos sociétés peuvent être mortelles. »²¹

L'avertissement du GPMB devrait être pris au sérieux. Dans son rapport annuel 2019, il a indiqué que :

« Si la maladie a toujours fait partie de l'expérience humaine, une combinaison de tendances mondiales, notamment l'insécurité et les conditions météorologiques extrêmes, en a accru le risque. La maladie prospère dans le désordre et en a profité - les épidémies sont en augmentation depuis plusieurs décennies, et le spectre d'une urgence sanitaire mondiale plane. S'il est vrai de dire que « le passé est le prologue », alors il existe une menace très réelle d'une pandémie très meurtrière et rapide d'un agent pathogène respiratoire qui tuerait 50 à 80 millions de personnes et anéantirait près de 5 % de l'économie mondiale. Une pandémie mondiale de cette ampleur serait catastrophique, créant des ravages, une instabilité et une insécurité généralisés. Le monde n'est pas préparé. »²²

Comme nous l'avons vu en 2020, le monde n'était, en effet, pas préparé.

1.2 / MÉTHODOLOGIE

Le présent rapport repose sur des recherches documentaires à l'échelle des pays (« **recensements** ») entreprises en deux phases.

La première phase, le recensement des décrets d'état d'urgence sur la COVID-19 dans 113 pays, a été effectuée au cours des étapes initiales de la réponse à la pandémie de COVID-19 entre mars et mai 2020. Ces recensements ont été réalisés à l'initiative des composantes du réseau de la FICR, qui ont été confrontées à des difficultés opérationnelles en raison des restrictions imposées par la COVID-19. En conséquence, elles se sont principalement concentrées sur : les décrets d'état d'urgence et les mesures d'urgence adoptés pour traiter spécifiquement la COVID-19, la coordination entre les différents acteurs, les types de restrictions instaurées pour freiner la propagation de la COVID-19 et les facilités juridiques à l'intention des acteurs humanitaires, y compris les composantes du réseau de la FICR. Les examens eux-mêmes peuvent être consultés sur [le site Internet de l'IFRC Disaster Law](#).

La seconde phase de la recherche documentaire au niveau des pays (les **recensements des USP**) comprenait une évaluation plus détaillée (a) des cadres juridiques et institutionnels relatifs aux USP et (b) du rôle du droit dans l'atténuation des impacts secondaires ainsi que des impacts sur les groupes vulnérables dans les pays énumérés ci-dessous. Les États cartographiés ont été sélectionnés pour refléter une large couverture géographique et différentes expériences dans la gestion de la COVID-19. Pour cet exercice, l'IFRC Disaster Law a pris en compte plusieurs pays ayant connu une USP importante autre que la COVID-19 (par exemple, Zika, Ebola, SRAS). Les questions du recensement ont été formulées de manière à solliciter des informations sur ces autres USP, en plus de la pandémie de COVID-19. La plupart des réponses aux questions du recensement ont toutefois porté sur les mesures immédiates prises pour gérer la COVID-19.

Les recensements des USP ont pris en compte les États suivants :

- **Région Afrique** : Afrique du Sud, République démocratique du Congo, Liberia, Nigeria, Sierra Leone.
- **Région des Amériques** : Brésil, Colombie, Honduras, Jamaïque et États-Unis d'Amérique (y compris des recensements séparés de la Floride et de New York).
- **Région Asie-Pacifique** : Australie (y compris des recensements séparés de la Nouvelle-Galles du Sud et de Victoria), Chine, Fidji, Inde, République de Corée, Îles Marshall, Mongolie, Nouvelle-Zélande, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Samoa, Singapour, Îles Salomon, Sri Lanka, Tadjikistan, Tuvalu, Vanuatu et Viet Nam.
- **Région Europe** : Bulgarie, Espagne et Royaume-Uni.
- **Région Moyen-Orient et Afrique du Nord** : Iran et Émirats arabes unis

Ces recensements peuvent également être consultés sur [le site Internet de l'IFRC Disaster Law](#).

Au cours du développement de la pandémie de COVID-19 et de la réponse mondiale, des recherches ont été entreprises, et des analyses et observations ont été publiées à grande échelle. La plupart d'entre elles portent sur les enjeux scientifiques et médicaux de la pandémie ou sur la réponse politique ou opérationnelle, mais certaines concernent les aspects juridiques et organisationnels de la réponse. Dans la mesure du possible, le présent rapport s'appuie sur ces recherches complémentaires. Cependant, en raison de la grande quantité de documents qui apparaît progressivement, le présent rapport ne peut prétendre en offrir une analyse exhaustive. Il convient d'ajouter une note de prudence concernant les recensements. Ceux des décrets d'état d'urgence ont été réalisés au début de la pandémie de COVID-19, lorsque les États mettaient en place des mesures d'urgence pour empêcher la propagation de la maladie. Depuis lors, de nombreux États ont modifié, remplacé ou assoupli ces mesures. Les mesures rapportées dans les recensements peuvent donc ne plus s'appliquer ou s'appliquer de la même manière. Il se peut que les liens vers les lois fournis dans les recensements ne fonctionnent plus ou soient obsolètes. De même, bien que les recensements des USP aient été réalisés plus tard dans la pandémie, ils peuvent également avoir été dépassés par les événements ultérieurs. Par conséquent, les mesures indiquées dans les recensements des USP – et donc dans le présent rapport – peuvent également avoir été modifiées ou remplacées.

Un certain nombre de recensements ont été élaborés par des bénévoles travaillant ou étudiant dans l'État sur lequel ils portaient, mais d'autres ont été produits par des bénévoles qui n'étaient pas présents dans l'État. On s'est donc appuyé sur des documents accessibles en ligne ou sur des articles de presse. Si la pandémie de COVID-19 a été la première catastrophe au cours de laquelle les États ont utilisé des ressources en ligne pour communiquer des informations d'une manière aussi répandue, il faut néanmoins garder à l'esprit le fait que l'accès aux documents a pu être limité dans certains États, en témoignent les recensements et les conclusions qui en découlent.

Ces réserves sont également pertinentes pour les références dans le présent rapport à des éléments spécifiques de la législation ou des politiques. Un des objectifs du projet est d'identifier les bonnes pratiques en identifiant la législation qui semble constituer un modèle ou un précédent. Cependant, il arrive que des lacunes ou des conflits potentiels soient également décelés, et qu'un texte de loi spécifique soit cité à titre d'illustration. Il convient de noter que, ce faisant, le rapport n'a pas vocation à adresser des critiques à des États particuliers. Cela serait injuste étant donné les réserves évoquées ci-dessus concernant les informations contenues dans les recensements. Ce serait également déraisonnable car les États concernés n'auront pas eu l'occasion d'expliquer la législation ou la politique. Si, par conséquent, une loi, une politique ou une orientation particulière est perçue comme étant critiquée dans le présent rapport, il n'en est rien : l'idée est que cette mesure est utilisée pour illustrer la façon dont les lacunes, les conflits, etc. peuvent survenir, mais aucunement pour causer des problèmes ou des inconvenances.

Le présent rapport est également soumis à une réserve plus générale. Il a été rédigé fin 2020 et début 2021, alors que la pandémie est loin d'être terminée. Lorsque la pandémie prendra fin, il y aura sans aucun doute de nombreux débats et analyses sur les lois et mesures qui ont contribué à réduire l'infection, sur celles qui ont favorisé sa propagation, ainsi que celles qui ont eu des impacts inacceptables ou des conséquences involontaires. Bien qu'il soit souhaitable de proposer une analyse des lois et mesures qui ont pu avoir un effet bénéfique, le présent rapport ne peut le faire car il est trop tôt pour se prononcer. En outre, il serait inapproprié de tirer de telles conclusions sur la seule base des informations disponibles dans les recensements car les lois ne fonctionnent pas dans le vide. L'efficacité de la législation dépend tout autant de son mode de mise en œuvre que de son contenu.

Certains États semblent avoir réussi à contenir le virus ou à l'éradiquer efficacement. Les textes législatifs utilisés par ces États dans leur riposte à la COVID-19 peuvent avoir contribué à ces résultats, mais à ce stade, on ne saurait l'affirmer avec certitude. D'autres États ont été perçus comme disposant de cadres exhaustifs pour les préparer à une USP. Pourtant, sur la base de statistiques pures (c'est-à-dire le nombre de cas et de décès), certains de ces États semblent avoir obtenu les pires résultats. La nature du virus, les circonstances locales particulières, la sensibilité de certains groupes, les retards opérationnels, l'inefficacité de la mise en œuvre et l'impact d'autres urgences ou catastrophes survenant simultanément peuvent tous être des facteurs de réussite ou d'échec des mesures prises.

Par conséquent, le rapport ne peut que tenter de s'appuyer sur les informations fournies dans les recensements pour formuler un certain nombre d'observations, de suggestions et de recommandations. Comme il reste encore beaucoup à apprendre de la pandémie de COVID-19, beaucoup d'entre elles ne peuvent être que préliminaires.

En outre, un certain nombre de questions ayant une dimension juridique sortent du cadre du présent rapport, notamment certaines questions qui ne pourront être analysées correctement qu'à un stade ultérieur de la pandémie. Celles qui sortent du cadre du présent rapport sont : (1) les questions juridiques « infodémiques » – notamment les moyens par lesquels les informations sont fournies pendant les USP et la manière dont elles sont présentées, en particulier les préoccupations relatives à la publication de fausses informations ; (2) les questions liées aux sanctions pour violation des règles de confinement et autres mesures d'urgence ; (3) les mandats gouvernementaux sur les organismes médicaux et pharmaceutiques du secteur privé ; (4) les exigences de traçabilité et les questions de confidentialité (y compris autour des applications et, en particulier, l'utilisation et l'accès obligatoires aux données) ; (5) l'assurance et l'accès aux soins par les intervenants (y compris les bénévoles) et (6) la hiérarchisation des vaccins, les vaccins obligatoires et les passeports vaccinaux. Toutes ces questions feront sans aucun doute l'objet de recherches futures.



Pays-Bas, 2021. La Croix-Rouge néerlandaise soutient les services de santé régionaux néerlandais dans l'exécution de leur programme de vaccination contre la COVID-19.

© Arie Kievit / Croix-Rouge néerlandaise

1.3 / STRUCTURE DU RAPPORT

Le rapport est divisé en quatre parties principales. La présente partie A comprend deux chapitres. Le chapitre 1 vise à expliquer l'historique et le contexte du projet, tandis que le chapitre 2 examine la nature des USP et fournit des exemples d'USP précédentes.

La partie B examine les cadres juridiques et institutionnels existants en matière d'USP : l'architecture globale des systèmes de gestion des risques d'USP. Elle examine d'abord les cadres mondiaux selon lesquels les systèmes nationaux de gestion des risques d'USP devraient fonctionner (Chapitre 3), en particulier le Règlement sanitaire international multilatéral. Le chapitre 4 traite en détail des cadres juridiques et institutionnels nationaux de gestion de la préparation et de la réponse aux USP. Une attention particulière est prêtée aux types d'acteurs impliqués dans la préparation et la réponse à une USP, ainsi qu'à la manière dont la coordination et la collaboration s'opèrent. Le chapitre examine également de manière brève comment favoriser la compréhension des lois et politiques en vigueur par les acteurs clés et le grand public, et comment s'assurer de tirer des enseignements des USP. Les pouvoirs d'exception et les déclencheurs de leur utilisation sont examinés au chapitre 5, ainsi que les questions soulevées par le recours aux déclarations (ou l'équivalent) d'USP, de l'état de catastrophe ou de l'état d'urgence.

La partie C examine le rôle du droit dans l'atténuation des impacts des USP sur les groupes vulnérables et dans l'atténuation des impacts secondaires (sur, par exemple, la mobilité humaine, le logement, les moyens de subsistance et l'éducation). Le [rapport](#) de la FICR sur le droit, la préparation et la réponse aux catastrophes (**Rapport sur la PRC**)²³ considère qu'un certain nombre de groupes vulnérables peuvent être particulièrement exposés aux catastrophes. Il s'agit notamment des femmes et des filles (qui peuvent être victimes de discrimination et/ou de violence sexuelle et sexiste), des enfants, des personnes âgées, des personnes handicapées, des migrants (y compris les demandeurs d'asile et les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays), des groupes raciaux et ethniques marginalisés et des communautés autochtones. Les USP peuvent également exposer la vulnérabilité d'autres groupes qui ne sont généralement pas considérés comme particulièrement sensibles aux impacts des catastrophes. À partir des informations fournies dans les recensements, la partie C explore donc :

- l'impact des USP sur la mobilité humaine, y compris l'effet des fermetures de frontières et des restrictions de voyage liées aux USP ;
- les initiatives prises pour relever les défis des USP pour les personnes sans abri ainsi que les mesures instaurées pour prévenir la perte de logement (suite aux impacts économiques d'une USP) ;
- l'impact des USP sur les groupes présentant une vulnérabilité ou une susceptibilité à la maladie en question ;
- l'impact sociétal plus large d'une USP, notamment :
 - la perte des moyens de subsistance et le manque d'accès aux produits de première nécessité, y compris aux services de santé réguliers ;
 - la perte éducative consécutive aux fermetures d'écoles et l'équité des mesures palliatives en ligne ;
 - la recrudescence des problèmes de violence domestique et de protection de l'enfance, en partie due aux ordres de confinement ou de mise à l'abri sur place ;
 - l'éventualité (et l'ampleur) d'une discrimination à l'encontre de groupes minoritaires ou marginalisés (tels que les migrants, les communautés autochtones) en ce qui concerne l'accès aux soins de santé et aux programmes d'aide publique.

La partie D est axée sur les facilités juridiques à l'intention des acteurs humanitaires et autres premiers intervenants (nationaux et internationaux). L'analyse s'appuie principalement sur les recensements des décrets d'état d'urgence relatifs à la COVID-19 et leur examen de l'impact des restrictions imposées sur le franchissement des frontières, les déplacements internes, l'activité commerciale ainsi que l'importation et l'exportation de fournitures essentielles telles que les EPI.

1.4 / RECOMMANDATIONS ET AUTRES ORIENTATIONS

Tout au long du rapport, un certain nombre de recommandations sont formulées. Elles l'ont été sur la base des preuves et des bonnes pratiques indiquées dans les Recensements des décrets d'état d'urgence et de la santé publique, la littérature, les examens et enquêtes antérieurs sur les USP, ainsi que de l'expérience et des connaissances du réseau de la FICR.

Comme indiqué dans les sections précédentes, les enseignements à tirer de la pandémie de COVID-19 n'en sont qu'à leurs débuts, et une série d'enquêtes se penchera inévitablement sur la manière dont la gestion nationale des risques d'USP peut être améliorée. Les recommandations du présent rapport sont donc préliminaires et de nature générale. Elles ne sont pas hautement prescriptives et ne cherchent pas à dire aux États exactement le type de cadre de gestion des risques d'USP qu'il leur faut adopter. Elles visent plutôt à identifier les questions juridiques clés que les décideurs devraient prendre en compte et à fournir des conseils généraux sur la manière dont les lois en matière de santé publique et d'environnement peuvent – à l'instar des lois plus larges sur les catastrophes – soutenir les éléments clés d'une préparation et d'une réponse efficaces et équitables.

Nombre d'États ont déjà adopté un certain nombre d'observations et de suggestions contenues dans le rapport. En effet, la plupart des recommandations sont fondées sur des lois et des bonnes pratiques déjà appliquées. Il se peut que dans d'autres États, les recommandations soient inapplicables ou aient déjà été examinées et que des approches alternatives aient été choisies.

Les recommandations n'ont pas été classées par ordre de priorité quoique l'importance de certaines par rapport à d'autres puisse être manifeste dans certains cas. Si celles qui se réfèrent aux obligations juridiques internationales existantes des États sont clairement d'une importance fondamentale, l'ordre de priorité de toutes les recommandations dépend des circonstances dans chaque État, notamment le système juridique de chaque État, ses structures administratives et de gouvernance, ses dispositions de financement et ses capacités. Sur la base du présent rapport, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge publiera un document d'orientation concis pour aider les gouvernements, les Sociétés nationales et les autres parties prenantes à renforcer les lois relatives à la préparation et à la réponse aux catastrophes naturelles. Ce document d'orientation complètera et fera partie de l'ensemble plus large d'orientations publiées par l'IFRC Disaster Law, notamment la Liste de contrôle IDRL, La liste de vérification sur la législation et la réduction des risques de catastrophe (Liste de vérification RRD) et La liste de vérification sur la législation relative à la préparation aux catastrophes et à l'intervention (Liste de vérification PRC).

Ouganda, 2017. La Croix-Rouge ougandaise a mis en place un puissant système de volontariat en coordination avec le ministère de la Santé. Ce système permet d'enrayer la propagation d'Ebola en détectant rapidement les épidémies. © Corrie Butler / FICR



Libéria, 2014. Un membre de l'équipe de gestion de cadavres de la Croix-Rouge se prépare à désinfecter la maison d'une personne soupçonnée d'être décédée d'Ebola dans le quartier de West Point à Monrovia, au Liberia.

© Victor Lacken / FICR



2 / LES URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE

2.1 / DÉFINITIONS DU TERME URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE

Le présent rapport se concentre sur les lois relatives à un type particulier de catastrophe : les urgences de santé publique (**USP**). L'utilisation et la compréhension de la terminologie sont fondamentales. Elles peuvent avoir une incidence sur des actions clés telles que le déclenchement d'états d'exception, l'attribution des responsabilités et, en ce qui concerne spécifiquement les USP, le moment où les événements sanitaires devraient être notifiés à l'Organisation mondiale de la Santé (**OMS**) ou à d'autres États. Le concept de « santé publique » lui-même n'est cependant pas toujours clair, et différents États et acteurs utilisent diverses définitions du terme « urgence de santé publique ». Bien que la reconnaissance des maladies transmissibles et des infections en tant que risques pour la santé publique et causes d'USP soit universelle, d'autres risques pour la santé publique, généralement à évolution lente, suscitent davantage de doutes. La résistance aux antimicrobiens (**RAM**) en est un exemple. Elle a été identifiée comme un risque pour la santé publique potentiellement important à long terme, mais n'est prise en compte dans les plans d'USP que d'un petit nombre d'États-échantillons.²⁴ Certaines définitions du terme USP ne permettent pas de savoir clairement si la résistance aux antimicrobiens est classée comme une USP.

S'il est vrai qu'un travail important s'est fait au niveau international sur l'établissement d'une terminologie générique des catastrophes, les USP n'y ont pas figuré en bonne place. Le rapport du groupe de travail intergouvernemental d'experts à composition non limitée sur les indicateurs et la terminologie en matière de réduction des risques de catastrophes (**OEIWG**),²⁵ par exemple, inclut les urgences sanitaires dans son observation sur la définition de « catastrophe », mais n'indique pas la nature exacte d'une urgence sanitaire. De même, bien que la proposition de définition du terme catastrophe adoptée par la Commission du droit international soit suffisamment large pour englober les USP,²⁶ elle se concentre davantage sur les autres catastrophes. Cela n'est peut-être pas surprenant. Si le Cadre de Sendai a catalysé une amélioration significative de la GRC générique et des lois sur la GRC au niveau national, il semble y avoir eu moins d'élan et de concentration sur la gestion des risques d'USP, et ce, malgré l'importance des maladies (et autres risques pour la santé publique) en tant que risque direct de catastrophe (**USP primaires**) et risque consécutif à d'autres catastrophes (**USP secondaires**).

Il existe cependant une définition de l'USP qui commence à être plus largement acceptée. Il n'est peut-être pas surprenant qu'il s'agisse de la définition adoptée par l'OMS, selon laquelle une USP est :

« Un événement ou une menace imminente de maladie ou état de santé, causé par le bioterrorisme, une maladie épidémique ou pandémique, [un] agent infectieux ou une toxine biologique nouveaux et hautement mortels, qui implique la forte probabilité d'un grand nombre de [décès], d'incidents humains ou de handicaps graves ou prolongés. »²⁷

Bien qu'il existe d'autres définitions, y compris au sein de l'OMS elle-même,²⁸ c'est celle-ci qui est adoptée aux fins du présent rapport. Elle est vaste, couvre une maladie pandémique et les « urgences de santé publique de portée internationale », terme utilisé dans le Règlement sanitaire international (voir section 3.3). Elle couvre également les épidémies de maladies de nature plus localisée (par exemple, les flambées, les épidémies) et les libérations d'agents ou de toxines.

2.2 / FOYERS, ÉPIDÉMIES ET PANDÉMIES

Le présent rapport se concentre principalement sur les types d'USP les plus courants : les flambées d'infections et de maladies, les épidémies et les pandémies, lorsque l'épidémie a une portée internationale. L'OMS définit une épidémie comme suit :

« L'apparition dans une collectivité ou une région de cas d'une maladie, d'un comportement particulier affectant la santé, ou d'autres phénomènes d'altération de la santé qui dépassent manifestement ce qu'on peut normalement attendre. La collectivité ou la région et la période pendant laquelle les cas se produisent sont spécifiées avec précision. Le nombre de cas indiquant la présence d'une épidémie varie selon l'agent, l'effectif et la nature de la population exposée, l'exposition antérieure ou l'absence d'exposition à la maladie, ainsi que le lieu et le moment de l'épisode. »²⁹

Une pandémie est « la propagation mondiale d'une nouvelle maladie »³⁰ ou « l'apparition mondiale d'une maladie chez l'Homme en nombre nettement supérieur à la normale ».³¹

Contrairement au bioterrorisme et à la RAM, ces événements ne sont évidemment pas nouveaux. Au cours des siècles, la peste a été la maladie la plus fréquente et la plus mortelle : on peut citer la peste de Justinien, entre 540 et 590 après J.-C., et la « peste noire » du 14^e siècle. Depuis la peste noire, la peste bubonique s'est répétée à plusieurs reprises (y compris la grande peste du 17^e siècle) jusqu'à nos jours.³² Au XIX^e siècle, le choléra et la typhoïde étaient très répandus. Les épidémies ont conduit à la première approche concertée et généralisée du recours à la législation pour traiter les maladies transmissibles. Par exemple, la loi indienne de 1897 sur les maladies épidémiques, utilisée en réponse à la pandémie de COVID-19, a été promulguée à la suite d'épidémies de peste bubonique à Mumbai à la fin du XIX^e siècle.

La période à partir de 1918 a été décrite comme le « siècle de la pandémie ».³³ Ce n'est pas une coïncidence si cette période est également marquée par l'ère des voyages internationaux et de la mondialisation. La succession d'importantes USP qui se sont produites n'est plus que trop familière. On estime que la pandémie de grippe de 1918 a tué au moins quarante (40) millions de personnes dans le monde et infecté un tiers de la population mondiale. D'autres pandémies de grippe ont suivi à intervalles réguliers : les pandémies de 1957 et 1968 ont provoqué des maladies importantes – essentiellement chez les jeunes et les personnes âgées – et un nombre de décès estimé entre 1 et 4 millions dans le monde. La pandémie H1N1 de 2009 a été moins grave, mais a été la première maladie à être déclarée par l'OMS comme une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI).

Au cours des 35 dernières années, de nombreuses maladies infectieuses nouvellement reconnues ont été recensées, dont la plupart sont des zoonoses, c'est-à-dire qu'elles sont naturellement transmissibles, directement ou indirectement, entre les animaux vertébrés et l'Homme. Le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), une maladie respiratoire virale causée par un coronavirus, en est un exemple. Une épidémie de SRAS apparue en Asie en novembre 2002 a fini par se propager à près de deux douzaines de pays en Asie, en Amérique du Nord, en Amérique du Sud et en Europe. Lorsqu'elle a été maîtrisée en juillet 2003, plus de 8 000 personnes avaient été touchées dans le monde, dont plus de 750 sont décédées.

Une autre maladie relativement nouvelle est la maladie à virus Ebola (MVE).³⁴ C'est une maladie aiguë et grave, dont le taux de mortalité moyen est d'environ 50 %. On pense qu'elle a été introduite dans la population humaine par un contact étroit avec le sang ou d'autres fluides corporels d'animaux infectés. La transmission interhumaine de la MVE se fait par contact direct avec le sang ou les fluides corporels de personnes infectées. L'épidémie d'Ebola de 2013-2016 aurait débuté en Guinée en décembre 2013 et aurait franchi les frontières de la Sierra Leone et du Liberia fin mars/début avril 2014. Le 8 août 2014, l'OMS l'a déclarée USPPI. Suite à cette déclaration, des ressources supplémentaires ont été envoyées aux pays touchés par la communauté internationale avec la Mission d'intervention d'urgence contre Ebola mise en place par l'ONU. L'OMS a déclaré la fin de l'USPPI en mai 2015, date à laquelle il y avait eu environ 29 000 infections et 11 300 décès. Ebola demeure une grave menace. Une épidémie de MVE a été déclarée au Nord-Kivu, en RDC, le 1^{er} août 2018. L'OMS a déclaré l'épidémie comme USPPI le 17 juillet 2019.³⁵ Au moment où l'USPPI a été déclarée terminée le 25 juin 2020³⁶, il y avait eu 3 470 cas et 2 287 décès. Plus récemment encore, les ministères de la Santé de la RDC et de la Guinée ont annoncé de nouvelles flambées de MVE, respectivement les 7 et 14 février 2021.



Brésil, 2016. Des membres de la Croix-Rouge brésilienne dans l'État du Rio Grande do Norte s'informent sur le virus Zika. © IFRC / Miguel Domingo García

Une autre épidémie notable a été l'apparition du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (**MERS**), qui a été identifié pour la première fois en Arabie saoudite en 2012. Causé par le coronavirus MERS (MERS-CoV), il proviendrait des chauves-souris et serait transmis par les chameaux. Environ 35 % des personnes diagnostiquées en meurent, mais le virus ne se transmet pas facilement d'une personne à l'autre, sauf en cas de contact étroit. Environ 2 500 cas avaient été signalés en janvier 2020, des épidémies plus importantes ayant eu lieu en République de Corée en 2015 et en Arabie saoudite en 2018.³⁷

L'épidémie de virus Zika est survenue en 2015. Originaire du Brésil, le virus a été transporté par les moustiques à travers l'Amérique du Sud, l'Amérique centrale et les Caraïbes. Lorsqu'il est transmis d'une femme enceinte infectée à son fœtus, la maladie peut provoquer une microcéphalie et d'autres anomalies cérébrales graves chez le nourrisson et entraîner le syndrome de Guillain-Barré chez l'adulte. L'épidémie a été déclarée USPPI par l'OMS en février 2016.

Enfin, il y a la pandémie de COVID-19. La COVID-19 est causée par un nouveau coronavirus appelé SRAS-CoV-2 qui serait venu de Wuhan, en République populaire de Chine, en décembre 2019. L'OMS a été informée de la présence du virus le 31 décembre 2019. Comme pour de nombreuses autres épidémies décrites ci-dessus, on pense qu'il provient des chauves-souris et qu'il a potentiellement été transmis à l'Homme par des mammifères intermédiaires. Comme nous l'avons déjà indiqué, à ce jour, il y a eu plus de 99 millions de cas confirmés de COVID-19, avec plus de 2 millions de décès.

Ces USP bien connues ne sont toutefois qu'un petit échantillon des événements de santé publique qui peuvent avoir un impact significatif sur la santé et l'économie de certains pays ou régions. Une épidémie de peste à Surat, en Inde, en 1994, a causé la perte de 260 millions de dollars de commerce, 420 millions de dollars d'exportations, et des dommages globaux à l'économie, y compris les pertes touristiques, de plus de 2 milliards de dollars.³⁸ De telles USP sont beaucoup plus courantes que le grand public ne le pense. Une indication du nombre d'USP qui surviennent est fournie par les nouvelles d'épidémies de maladies publiées par l'OMS. En 2018, 91 alertes d'épidémies ont été publiées³⁹ contre 119 en 2019.⁴⁰ Jusqu'à la fin du mois d'octobre 2020, l'OMS avait publié 64 alertes de flambées de maladies, dont 58 concernaient des maladies autres que la COVID-19 : 29 d'entre elles concernaient Ebola en RDC, 7 concernaient le MERS, et le reste portait sur des informations faisant état de cas, par exemple, de fièvre jaune (en Guyane française, au Gabon, au Togo, en Éthiopie, au Chili et en Ouganda), de fièvre de Lassa (au Nigéria), de fièvre de dengue et de virus Maya et Oropouche (en Guyane française).⁴¹

2.3 / BIOTERRORISME

Un autre type d'USP inclus dans la définition de l'OMS est le bioterrorisme. Il se définit comme la dissémination intentionnelle de virus, de bactéries ou d'autres germes susceptibles de rendre malades ou de tuer des personnes, du bétail ou des cultures.⁴² Heureusement, les incidents impliquant la dissémination délibérée d'agents et de toxines sont rares. Il ne s'agit pas uniquement d'un phénomène nouveau : l'utilisation aveugle de produits chimiques, en particulier de gaz, par les États dans le cadre de la guerre est bien documentée.⁴³ Plus récemment, des attaques malveillantes ont été perpétrées par des individus ou des groupes : par exemple, les attaques au gaz neurotoxique perpétrées par la secte Aum Shinrikyo au Japon en 1994 et 1995, et l'envoi de lettres chargées d'anthrax à des organes de presse aux États-Unis en 2001, qui ont fait respectivement 19 et 5 morts. Comme aucun des recensements des USP ne commente spécifiquement le bioterrorisme, il n'est pas examiné en détail dans le présent rapport.

2.4 / « RISQUES » DE SANTÉ PUBLIQUE À ÉVOLUTION LENTE ET AUTRES

La définition de l'OMS d'une USP ne couvre pas – ou du moins ne couvre pas explicitement – les problèmes de santé (1) constants et continuellement présents ou (2) à évolution lente par nature. On pourrait dire que ces problèmes sont à la gestion des risques d'USP ce que le changement climatique est à la GRC en général : ils sont potentiellement tout aussi dommageables, mais contrairement aux catastrophes imminentes ou soudaines, ils n'ont peut-être pas reçu à ce jour la reconnaissance ou l'importance qu'ils méritent dans les lois et les cadres relatifs à la gestion des risques d'USP et de catastrophes.

La première catégorie comprend des maladies comme le paludisme ou le VIH/sida qui sont endémiques (c'est-à-dire constamment et généralement présentes).⁴⁴ En 2019, on estime à 229 millions le nombre de cas de paludisme dans le monde, causant 409 000 décès.⁴⁵ On estime à 38 millions le nombre de personnes qui continuent de vivre avec le VIH/sida.⁴⁶ Cependant, comme nous le verrons dans le prochain chapitre, ces types de maladies ne sont pas des événements « extraordinaires » et ne sont donc pas classés comme des USPPI. Les informations contenues dans les recensements des USP semblent indiquer qu'elles ne sont pas non plus considérées comme des USP dans la législation nationale.

La seconde catégorie concerne des problèmes de santé publique plus larges qui émergent lentement et posent des risques à plus long terme. Le risque le plus important de cette catégorie est sans doute la résistance aux antimicrobiens (**RAM**), c'est-à-dire l'inefficacité des médicaments dans le traitement des infections causées par des micro-organismes tels que les bactéries, les virus ou les parasites. En cas d'inefficacité des antibiotiques, une intervention chirurgicale mineure peut devenir une procédure à haut risque, avec un risque d'infection grave, voire de décès. La nécessité de s'attaquer à la RAM a été reconnue par le plan d'action mondial de l'OMS sur la résistance aux antimicrobiens⁴⁷, qui a été approuvé par l'Assemblée générale des Nations unies dans une déclaration politique en 2016.⁴⁸ À une exception près,⁴⁹ aucun des recensements des USP ne mentionne la RAM ou d'autres risques pour la santé publique à évolution lente, d'où leur non-examen en détail dans le présent rapport. Néanmoins, on peut dire que tout cadre de gestion des risques d'USP à long terme, tous risques confondus, devrait prendre en compte ces risques.



Îles Salomon, 2009. Des moustiquaires sont livrées en prévision de la saison du paludisme, qui s'étend de décembre à juin et touche particulièrement les enfants. Le personnel de la Croix-Rouge attribue l'apparition du paludisme dans les îles Salomon au réchauffement climatique

© IFRC / Rob Few

PARTIE B

CADRES JURIDIQUES ET INSTITUTIONNELS RELATIFS AUX URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE



© Croix-Rouge néerlandaise

3 / CADRES JURIDIQUES ET INSTITUTIONNELS MONDIAUX

3.1 / INTRODUCTION

Le présent rapport a pour principal objectif d'analyser les cadres juridiques et institutionnels *nationaux* relatifs aux USP. Cependant, bien que l'architecture des USP soit généralement façonnée au niveau national, les initiatives et les instruments mondiaux ont une influence importante. Ce chapitre examine donc le contexte mondial de l'élaboration des lois nationales et l'impact qu'il peut avoir sur le renforcement des capacités nationales de lutte contre les USP.

Au moment où le présent rapport était en cours de finalisation, un certain nombre de dirigeants mondiaux ont appelé à la conclusion d'un nouveau traité mondial sur les pandémies, qui permettrait d'établir de meilleurs systèmes d'alerte sur d'éventuelles pandémies et d'améliorer le partage des données ainsi que la distribution des vaccins et des équipements de protection individuelle.⁵⁰ Si les dispositions d'un nouveau traité restent à déterminer, l'analyse et les recommandations figurant dans ce chapitre et ailleurs dans le rapport sont susceptibles d'être très pertinentes pour un tel traité. En particulier, la section 3.4 de ce chapitre formule un certain nombre de recommandations sur les questions qui devraient être prises en considération dans tout examen futur du RSI. Nombre de ces questions devraient également être prises en compte lors de l'élaboration du tout nouveau traité international concernant les USP.

3.2 / LE CONTEXTE MONDIAL

Bien avant l'apparition de la COVID-19, la communauté mondiale s'est penchée sur la nécessité d'améliorer les cadres en matière de santé publique. Au cœur de cette activité se trouvent les réglementations sanitaires et de santé qui traitent des infections transfrontalières. Elles ont abouti au Règlement sanitaire international de 2005 (**RSI**). Les exigences du RSI et leur impact sur la gestion nationale des risques d'USP seront examinés en détail plus loin dans ce chapitre (section 3.3). Avant cela, nous examinerons un certain nombre d'instruments et d'initiatives internationaux qui illustrent l'effort mondial visant à renforcer les lois et les politiques nationales en matière d'USP et à replacer le RSI dans son contexte.

3.2.1 / Les Objectifs de développement durable;

L'une des principales composantes du cadre mondial général est l'Agenda 2030 des Nations Unies pour le développement durable et les Objectifs de développement durable (**ODD**).⁵¹ L'amélioration des soins de santé et la réduction des risques et des effets des USP sont des actions qui appuient la réalisation de nombreux ODD, notamment l'ODD 3 (assurer une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) et l'ODD 11 (rendre les villes et les établissements humains inclusifs, plus sûrs, résilients et durables). La cible 3.d, fixée dans le cadre de l'ODD 3, qui consiste à « renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux », présente un intérêt particulier pour le présent rapport.⁵² L'inclusion de cette cible dans l'ODD 3 souligne que le renforcement de la gestion des risques d'USP est un aspect du développement durable qui nécessite le soutien et l'implication des acteurs de la coopération au développement. Les autres cibles de l'ODD 3 pertinentes pour le présent rapport sont les suivantes :

- mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles ;⁵³
- assurer une couverture santé universelle et l'accès à des services de santé essentiels de qualité ainsi qu'à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable ;⁵⁴ et
- appuyer la recherche et la mise au point de vaccins et de médicaments contre les maladies, transmissibles ou non, qui touchent principalement les pays en développement.⁵⁵



Bangladesh, Cox's Bazar, 2021. Masuda Pervin, une infirmière, se prépare à administrer un vaccin contre la COVID-19. À Cox's Bazar, le Croissant-Rouge du Bangladesh, avec le soutien des partenaires du Mouvement, travaille en étroite collaboration avec les autorités gouvernementales et d'autres organismes pour soutenir les mesures de prévention et de précaution contre la COVID-19. © Ibrahim Mollik / FICR

3.2.2 / Programme de sécurité sanitaire mondiale

Le programme de sécurité sanitaire mondiale (GHSA), lancé en 2014, prévoit un partenariat entre les États, les organisations internationales, les ONG et le secteur privé pour « concrétiser la vision d'un monde sûr et sécurisé contre les menaces sanitaires mondiales posées par les maladies infectieuses ».⁵⁶ Le cadre 2024 du GHSA « vise à encourager une approche multisectorielle, à soutenir le respect des normes internationales de santé humaine et animale, à identifier et à traiter de manière collaborative les lacunes ainsi que les priorités en matière de sécurité sanitaire mondiale et à promouvoir le financement durable des efforts de sécurité sanitaire mondiale pour tous les secteurs concernés. »⁵⁷ Le GHSA a pour objectif clé de « collaborer avec les partenaires concernés [afin de] contribuer activement aux efforts nationaux, régionaux et mondiaux visant à aider les États à évaluer, planifier, mobiliser des ressources et mettre en œuvre des activités de renforcement des capacités en matière de sécurité sanitaire ».⁵⁸ Le Cadre reconnaît la nécessité d'une interface avec d'autres processus mondiaux et acteurs de la sécurité sanitaire mondiale, notamment l'OMS, l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture, l'Organisation mondiale de la santé animale, le Groupe de la Banque mondiale et l'Alliance d'EEC (une alliance multipartite constituée pour soutenir les processus d'évaluation des pays et l'œuvre de renforcement des capacités nationales qui en découle).⁵⁹ L'objectif du GHSA pour 2024, qui est inextricablement lié à la mise en œuvre des principales capacités requises par le RSI, est que plus de 100 pays aient réalisé une évaluation des capacités en matière de sécurité sanitaire et aient entrepris une planification et une mobilisation des ressources pour combler les lacunes.⁶⁰ Les États devraient être en mesure de montrer des améliorations dans au moins cinq domaines techniques, mesurées par des évaluations pertinentes de la sécurité sanitaire telles que celles du Cadre de suivi et d'évaluation du RSI de l'OMS (voir 3.3 ci-dessous).⁶¹

3.2.3 / Le Cadre de Sendai et les Principes de Bangkok

Le Cadre de Sendai 2015-2030 pour la réduction des risques de catastrophe (**Cadre de Sendai**)⁶² est au cœur des efforts internationaux visant à renforcer la RRC et la GRC au niveau national. Il a pour objectif de prévenir les nouveaux risques de catastrophe et de réduire les risques existants par la mise en œuvre de mesures intégrées et inclusives qui préviennent et réduisent l'exposition aux dangers et la vulnérabilité aux catastrophes. Pour ce faire, il adopte une approche de la réduction des risques de catastrophe centrée sur les personnes, tous risques confondus et multisectorielle, dans le but d'obtenir l'engagement de l'ensemble de la société.

Bien qu'ils ne soient pas l'objet spécifique des principes plus larges de la RRC adoptés par le Cadre de Sendai,⁶³ les risques et les impacts sur la santé publique sont néanmoins mentionnés dans les objectifs globaux et les quatre priorités d'action du Cadre de Sendai. Quatre des objectifs globaux⁶⁴ ont des liens directs avec la santé, portant sur la réduction de la mortalité, le bien-être de la population, l'alerte rapide et la promotion de la sécurité des installations sanitaires et des hôpitaux. L'accent est mis sur la résilience des systèmes de santé par l'intégration de la GRC dans la prestation des soins de santé à tous les niveaux. Le Cadre de Sendai fait également explicitement référence au RSI, en appelant à une coopération accrue entre les autorités sanitaires et les autres parties prenantes afin de renforcer la capacité des pays à gérer les risques de catastrophe pour la santé et à mettre en œuvre le RSI.

L'importance de la santé comme dimension essentielle de la RRC est encore soulignée par les **Principes de Bangkok**, adoptés lors de la Conférence internationale sur la mise en œuvre des aspects sanitaires du Cadre de Sendai 2015-2030 pour la réduction des risques de catastrophe, qui s'est tenue en 2016 à Bangkok.⁶⁵ Les Principes de Bangkok placent le renforcement de la coordination au cœur des efforts de réduction des risques biologiques de même que ceux liés à la santé publique et encouragent la coopération, l'intégration et la cohérence systématiques entre la gestion des risques de catastrophe et la gestion des risques sanitaires. Pour y parvenir, les Principes de Bangkok développent l'interprétation des dispositions relatives à la santé dans le Cadre de Sendai en recommandant sept mesures visant à intégrer systématiquement la santé dans les politiques et plans nationaux et infranationaux de RRC. Les mesures les plus pertinentes pour le présent rapport sont les suivantes :

1. « [la promotion de] l'intégration systématique de la santé dans les politiques et plans nationaux et infranationaux de réduction des risques de catastrophe ainsi que l'inclusion de programmes de gestion des urgences et des risques de catastrophe dans les stratégies de santé nationales et infranationales » ;⁶⁶
2. l'amélioration de « la coopération entre les autorités sanitaires et les autres parties prenantes concernées afin de renforcer la capacité des pays à gérer les risques de catastrophe pour la santé, à mettre en œuvre le Règlement sanitaire international (2005) et à mettre en place des systèmes de santé résilients » ;⁶⁷ et
3. la promotion de « la cohérence et la poursuite de l'élaboration de politiques et stratégies, de cadres juridiques, de réglementations et de dispositions institutionnelles locaux et nationaux ».⁶⁸

Les mesures clés à prendre par les États dans le cadre des Principes de Bangkok sont :

1. la promotion d'une approche engageant l'ensemble du gouvernement et de la société, en plaçant les populations à risque et les communautés au centre des mesures de gestion des risques d'urgences et de catastrophes ;
2. l'élaboration ou la révision de politiques multisectorielles, de plans et programmes intégrés de réduction des risques d'urgences et de catastrophes afin d'y inclure le volet secteur de la santé ; ainsi que la gestion des risques sanitaires des urgences et des catastrophes avec des niveaux de ressources appropriés pour soutenir la mise en œuvre ;
3. l'accroissement de la participation des représentants du secteur de la santé aux comités et plateformes multisectoriels de gestion des risques d'urgences et de catastrophes à tous les niveaux.

Les Principes de Bangkok s'appuient sur le Cadre de Sendai et, par conséquent, tendent à refléter la terminologie et l'approche de la RRC et de la GRC de ce Cadre. Le résultat est que les Principes de Bangkok pourraient potentiellement être interprétés comme promouvant non seulement l'intégration, mais pratiquement la fusion des cadres de gestion des risques d'USP avec le régime plus large de la GRC. Mais, cela pourrait aller trop loin. L'interprétation adoptée dans le présent rapport est la suivante : si les Principes de Bangkok recherchent la

coordination, l'intégration et la cohérence entre les cadres de gestion des risques d'USP et les cadres généraux de GRC, cela n'exige pas un cadre juridique et institutionnel avec *un* ensemble de lois et de politiques. Bien sûr, les États peuvent choisir d'adopter cette approche et, comme nous le verrons plus loin dans le présent rapport, quelques-uns l'ont fait. Cependant, les Principes de Bangkok sont plus permissifs, reconnaissant implicitement que les États peuvent continuer à maintenir des lois et/ou des politiques distinctes en matière d'USP. Le message clé des Principes de Bangkok est que, quelle que soit la manière dont les États souhaitent organiser leurs lois et/ou politiques relatives aux USP et à la GRC, ces lois et politiques devraient être coordonnées, intégrées et cohérentes.

3.2.4 / 33e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge

L'importance de renforcer les mesures visant à faire face aux USP a également constitué un élément clé des travaux récents du Mouvement CRCR, parallèlement à ses efforts d'amélioration des lois et politiques relatives aux catastrophes de manière plus générale. Une résolution clé sur la lutte contre les épidémies et les pandémies a été adoptée lors de la 33e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge en 2019. En vertu de la résolution 3, les États parties aux Conventions de Genève, le CICR, la FICR et les Sociétés nationales CRCR :

1. [ont invité] les États à permettre aux composantes du Mouvement, conformément à leurs mandats et capacités et au droit international, de contribuer à une approche prévisible et coordonnée des épidémies et des pandémies, y compris une coopération et une coordination internationales efficaces, ainsi qu'un engagement et un soutien envers les communautés touchées ;
2. [ont encouragé] les États à inclure les Sociétés nationales, en fonction de leur mandat, de leurs capacités et en tant qu'auxiliaires humanitaires de leurs pouvoirs publics, dans les cadres nationaux de prévention, de contrôle des maladies, de préparation et de réponse multisectorielles et, si possible, à fournir un financement pour soutenir leur rôle à cet égard ;
3. [ont davantage encouragé] les Sociétés nationales à fournir un soutien à leurs pouvoirs publics, le cas échéant, dans leurs efforts visant à renforcer les principales capacités dans le cadre de l'obligation de respect du RSI, en veillant à ce que des dispositions spéciales soient effectivement mises en place pour apporter une réponse efficace et rapide en matière de santé publique aux populations touchées dans les situations de crise, en coordonnant leur action avec celle d'autres organisations locales et internationales et en s'attachant, en particulier, à renforcer les capacités d'alerte rapide et de réponse rapide dans les communautés difficiles à atteindre, vulnérables, mal desservies et à haut risque, en tenant dûment compte des besoins variés des filles, des garçons, des hommes et des femmes ;
4. [ont souligné] la nécessité de promouvoir la participation active des communautés dans la prévention, la préparation et la réponse aux épidémies, sur la base d'une approche multisectorielle, multirisque, engageant l'ensemble de la société et [ont encouragé] les États ainsi que les Sociétés nationales à s'appuyer sur des approches factuelles de la prévention, de la détection et de la réponse aux épidémies centrées sur la communauté ;
5. [ont encouragé] également les États et les Sociétés nationales à poursuivre l'élaboration d'outils, d'orientations et de stratégies innovants afin de soutenir la mise en œuvre des mesures susvisées, de renforcer leurs capacités à réagir et à exploiter les données ainsi que la technologie pour améliorer la qualité de la réponse aux épidémies et aux pandémies ;
6. [ont réaffirmé] l'importance de privilégier et d'investir dans la prévention et la préparation, ainsi que de fournir un financement catalytique pour soutenir l'action rapide, y compris de la part des Sociétés nationales ;
7. [ont réitéré] également l'importance de mobiliser des ressources et de renforcer les capacités pour permettre aux pays en développement ainsi qu'à leurs Sociétés nationales de répondre aux menaces d'épidémie et de pandémie ;
8. [ont appelé] les composantes du Mouvement, les pouvoirs publics et tous les autres acteurs à prendre les mesures appropriées, en fonction de leur contexte national et régional, pour veiller, dans la mesure du possible, à ce que la santé et la sécurité de leurs bénévoles ainsi que de leur personnel intervenant dans les épidémies/pandémies, notamment la santé mentale et le bien-être psychosocial, soient préservées de manière adéquate.⁶⁹

Bon nombre des thèmes de cette résolution reflètent les mesures mondiales susvisées et sont pertinents pour l'analyse des cadres nationaux relatifs aux USP examinés dans le présent rapport. Leur importance a été renforcée par la pandémie de COVID-19 qui, comme nous le verrons, a mis en lumière le rôle des Sociétés nationales CRCR dans la réponse à une USP, mais aussi l'impact potentiel d'une USP sur la capacité des Sociétés nationales CRCR à fonctionner efficacement.

3.2.5 / Dispositions spécifiques à la COVID-19

En ce qui concerne spécifiquement la COVID-19, la communauté mondiale a adopté un certain nombre de résolutions en réponse à la pandémie, dont les plus remarquables sont la résolution omnibus de l'Assemblée générale des Nations unies intitulée « Action globale et coordonnée face à la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) »⁷⁰ et la résolution de l'Assemblée mondiale de la santé sur la riposte à la COVID-19 (**Résolution COVID-19 de l'AMS**).⁷¹ La résolution de l'Assemblée générale des Nations unies a été suivie d'une résolution du Conseil de sécurité des Nations unies visant à obtenir une cessation générale et globale des hostilités et des conflits armés dans le cadre de la réponse des Nations unies à la pandémie de COVID-19.⁷² La résolution de l'Assemblée mondiale de la santé sur la pandémie de COVID-19 a souligné la nécessité pour les États de « mettre en place une riposte engageant l'ensemble du gouvernement et de la société, y compris par l'application d'un plan d'action national intersectoriel sur la COVID-19... [et] en garantissant la participation des communautés et la collaboration des parties prenantes concernées ».⁷³ Elle appelle également les États à mettre en place « des mesures contre la COVID-19 qui soient globales, proportionnées et assorties de délais, et tiennent compte de l'âge, du handicap et des questions de genre, à l'échelle de l'ensemble des pouvoirs publics, en veillant au respect des droits humains et des libertés fondamentales et en prêtant une attention particulière aux besoins des personnes vulnérables, en encourageant la cohésion sociale, en prenant les mesures nécessaires pour assurer la protection sociale et la protection contre les difficultés financières et en s'attachant à prévenir l'insécurité, la violence, la discrimination, la stigmatisation et la marginalisation ».⁷⁴ Ceci est pertinent pour l'examen des groupes vulnérables dans la partie C du présent rapport. La résolution COVID-19 de l'Assemblée mondiale de la santé appelle également les États à « veiller à ce que les restrictions de mouvements de personnes, de matériel médical et de médicaments, dans le contexte de la pandémie de COVID-19, soient temporaires et spécifiques et à aménager des exceptions pour les mouvements de personnel humanitaire et d'agents de santé, y compris d'agents de santé communautaires, leur permettant de s'acquitter de leurs fonctions, de même que pour le transfert du matériel et des médicaments nécessaires aux activités des organisations humanitaires ».⁷⁵ La mesure dans laquelle les réponses des États à la COVID-19 ont eu un impact sur cette circulation peut s'observer dans les recensements des décrets d'état d'urgence et est examinée au chapitre 10.

Italie, 2020. Préparation des bénévoles de la Croix-Rouge italienne avant un service d'ambulance à Florence. © Michele Squillantini



3.2.6 / Dispositions régionales

Dans un certain nombre de mesures évoquées ci-dessus, il est fait référence à la contribution des dispositifs régionaux à l'amélioration de la gestion nationale des risques d'USP. Le RSI prévoit aussi expressément une collaboration « par de multiples voies, notamment bilatérales, à travers les réseaux régionaux et les bureaux régionaux de l'OMS ».⁷⁶ La nécessité d'améliorer les dispositions régionales en matière de santé publique a été soulignée dans le rapport du Groupe de haut niveau sur la réponse mondiale aux crises sanitaires (le **Groupe de haut niveau**).⁷⁷ Ledit groupe a constaté que les organisations régionales et sous-régionales « ont soutenu la réponse à la crise Ebola avec des capacités innovantes et expérimentées ». Il a recommandé que « les organisations régionales développent ou renforcent leurs capacités permanentes afin de contribuer à la prévention et à la réponse aux crises sanitaires, en mettant l'accent sur les domaines où elles peuvent apporter une valeur ajoutée significative aux réponses nationales ».

Si les dispositions régionales en matière de GRC générique sont bien développées, celles relatives aux USP sont, de manière surprenante, plus difficiles à trouver. Un exemple d'exception spécifique aux USP est la Décision de l'Union européenne (**EU**) n° 1082/2013 portant sur les menaces sanitaires graves ayant des implications transfrontalières et sur la mise en œuvre du RSI au sein de l'UE. Cette décision établit officiellement le Comité de sécurité sanitaire de l'UE et reconnaît le rôle du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies dans la surveillance épidémiologique et l'alerte rapide.⁷⁸ Il existe un certain nombre d'autres dispositions régionales qui peuvent s'appliquer aux USP et principalement fondées sur des groupes économiques ou des dispositions générales de GRC préexistants : par exemple, l'Accord de l'ASEAN sur la gestion des risques de catastrophes et les interventions d'urgence⁷⁹, le Mécanisme de protection civile de l'Union européenne⁸⁰ ou l'Accord sur les interventions d'urgence en cas de catastrophe dans les Caraïbes.⁸¹ Les recensements des USP d'un certain nombre d'États insulaires du Pacifique font référence à la contribution des initiatives régionales, notamment La Stratégie des Nations Unies pour le Pacifique⁸² et le Plan de réponse à la COVID-19 de l'Équipe humanitaire du Pacifique⁸³. En général, il n'a pas été largement fait état de dispositions institutionnelles régionales formelles spécifiques aux USP ou à la santé publique. L'Agence de santé publique des Caraïbes (**CARPHA**) constitue une exception.⁸⁴ La CARPHA est une agence régionale de santé publique pour les Caraïbes, créée par un accord intergouvernemental en 2011.⁸⁵ Elle a pour mandat (a) la mise en œuvre de réponses efficaces aux crises de santé publique dans les Caraïbes et (b) le renforcement des capacités régionales et des différents États membres en matière de préparation, de surveillance des menaces potentielles et de réponse à toute urgence ou catastrophe grâce à une collaboration avec CDEMA, l'Organisation panaméricaine de la santé et l'OMS. La CARPHA semble avoir joué un rôle important dans la riposte à la COVID-19 dans les Caraïbes et peut donc constituer un précédent pour l'élaboration d'autres dispositifs régionaux en matière d'USP.

3.3 / LE RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL 2005

3.3.1 / Élaboration du Règlement sanitaire international (RSI)

Le RSI 2005 est le dernier d'une série d'instruments qui ont abordé le problème des infections transfrontalières. Il a été adopté en 1951⁸⁶ à la suite de la création de l'OMS en 1946 et contenait des mesures préventives contre trois maladies spécifiques : le choléra, la peste et la fièvre jaune. Le Règlement de 1951 est devenu le Règlement sanitaire international de 1969.⁸⁷ En 1995, la 48e Assemblée mondiale de la santé a demandé une révision du Règlement en réponse à la croissance des voyages et des échanges internationaux et à l'émergence de nouvelles menaces de maladies internationales. Après l'épidémie de SRAS en 2003, le RSI actuel a été adopté en 2005 et est entré en vigueur en juin 2007.⁸⁸

L'objet et la portée du RSI consistent à « prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux ». ⁸⁹ Le RSI 2005 marque un changement d'approche significatif par rapport aux règlements précédents en ne se limitant plus à des maladies spécifiques. Le RSI 2005 s'applique à « une pathologie humaine ou une affection, quelle qu'en soit l'origine ou la source, ayant ou susceptible d'avoir des effets nocifs importants pour l'être humain ». On peut donc dire que le RSI 2005 adopte une approche axée sur tous les dangers pour la santé publique.

3.3.2 / Responsabilités de l'OMS en vertu du RSI

La majorité des fonctions conférées à l'OMS sortent du cadre du présent rapport et concernent, par exemple, l'établissement d'une liste d'experts du RSI,⁹⁰ la mise en place et le rôle d'un comité d'urgence⁹¹ et de comités d'examen,⁹² ainsi que la participation d'autres agences internationales, intergouvernementales et spécialisées.⁹³ Deux fonctions sont cependant pertinentes : (a) le pouvoir de déclarer des urgences de santé publique de portée internationale (**USPPI**) ⁹⁴ et (b) une fois l'USPPI déclarée, l'obligation d'émettre des recommandations temporaires.⁹⁵

Suisse, 2020. Le Directeur général de l'OMS, le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, et le Secrétaire général de la FICR, M. Jagan Chapagain, signent un protocole d'accord pour coopérer à la mise en œuvre de l'initiative relative aux équipes médicales d'urgence (EMT). © OMS / Chris Black



Une USPPI est « un événement extraordinaire dont il est déterminé [par le directeur général de l'OMS] : (i) qu'il constitue un risque pour la santé publique dans d'autres États en raison du risque de propagation internationale de maladies et (ii) qu'il peut requérir une action internationale coordonnée ». ⁹⁶ Le processus de détermination d'une USPPI est détaillé dans le RSI. ⁹⁷ Il devrait suivre la notification par un ou plusieurs États d'événements de santé publique inattendus ou inhabituels sur le territoire d'un État. ⁹⁸ Cependant, l'une des innovations du RSI de 2005 est la possibilité pour l'OMS d'obtenir d'autres sources des informations qu'elle pourra utiliser pour déterminer l'existence d'un événement. ⁹⁹ Le RSI prévoit que l'OMS puisse partager des informations avec d'autres organisations et, si l'ampleur du risque pour la santé publique le justifie, avec d'autres États. ¹⁰⁰ À ce jour, des déclarations d'USPPI ont été faites concernant la grippe porcine ou grippe H1N1 en 2009, la polio et le virus Ebola en 2013, le virus Zika en 2016, le virus Ebola à nouveau en 2018, et la COVID-19 en 2020 (voir section 2.2).

Les conséquences de la déclaration d'une USPPI sont les suivantes : (1) l'OMS peut fournir une assistance complémentaire à l'État touché et aux autres États touchés ou menacés par l'USPPI, ¹⁰¹ et (2) le Directeur général a l'obligation, après avoir recueilli l'avis du Comité d'urgence, de formuler des recommandations temporaires à l'intention des États, ¹⁰² lesquelles « peuvent concerner les mesures sanitaires à mettre en œuvre par l'État Partie où survient l'urgence de santé publique de portée internationale, ou par d'autres États Parties, en ce qui concerne les personnes, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et/ou colis postaux pour prévenir ou réduire la propagation internationale de maladies et éviter toute entrave inutile au trafic international. » ¹⁰³ L'article 18 du RSI définit le type d'avis susceptible d'être inclus dans une recommandation temporaire. Ce type d'avis comprend l'exigence d'un examen médical, d'une vaccination ou d'une autre prophylaxie, le placement des personnes suspectes en observation de santé publique et la mise en œuvre d'une quarantaine ou d'autres mesures sanitaires, d'une recherche des contacts, le refus d'entrée des personnes suspectes, affectées ou non affectées provenant des zones touchées, et la mise en œuvre d'un contrôle de sortie et/ou de restrictions pour les personnes provenant des zones touchées. ¹⁰⁴ Les recommandations temporaires ne sont toutefois pas contraignantes pour les États.

Kenya, 2019. Les membres de la communauté dessinent une carte de leur village local avec les principales caractéristiques géographiques, notamment l'emplacement des sources d'eau, des établissements de santé, des marchés et des voies de migration des animaux, les pratiques d'abattage et d'enterrement des animaux, les tendances saisonnières des maladies et d'autres risques. Tous ces éléments sont nécessaires pour pouvoir prendre des mesures efficaces afin d'identifier les sources des épidémies et d'en contenir la propagation. © Corrie Butl / FICR



3.3.3 / Responsabilités des États en vertu du RSI

Les obligations conférées aux États en vertu du RSI se répartissent en deux grandes catégories. La première catégorie reflète les instruments qui ont précédé le RSI de 2005 et comprend des mesures visant à lutter contre la propagation des maladies par les voyages et le commerce internationaux.¹⁰⁵ Si l'action des États doit éviter toute entrave inutile au trafic et au commerce internationaux, le RSI leur permet d'adopter des mesures qui : (1) peuvent être prises aux points d'entrée pour exiger des voyageurs qu'ils fournissent des informations ou subissent un examen médical,¹⁰⁶ (2) empêchent les navires et les avions de faire escale aux points d'entrée¹⁰⁷ et (3) traitent les voyageurs suspects, notamment en les plaçant en observation de santé publique ou en exigeant des examens médicaux invasifs et la vaccination.¹⁰⁸

La deuxième catégorie d'obligations est la plus pertinente pour le présent rapport. Elles visent à accroître la capacité des États à gérer les risques pour la santé publique et les USP et sont dénommées « principales capacités ».¹⁰⁹ Les obligations générales consistent à :

- **développer, renforcer et maintenir** la capacité à détecter, évaluer, notifier et signaler les événements de santé publique ;¹¹⁰
- **développer, renforcer et maintenir** la capacité à répondre rapidement et efficacement aux risques pour la santé publique et aux USPPI.¹¹¹

Les principales capacités devaient être mises en place dans les cinq ans suivant l'entrée en vigueur du RSI (c'est-à-dire en 2012), bien que les États aient pu demander une prolongation de deux ans et, dans des circonstances exceptionnelles, une nouvelle prolongation de deux ans.¹¹² Cependant, la possibilité de demander des prolongations a maintenant expiré, et la mise en œuvre des principales capacités n'aurait donc pas dû être retardée au-delà de 2016.¹¹³

Pour améliorer leurs capacités, les États sont également tenus :

- **de désigner ou de mettre en place** un point focal national RSI et les autorités chargées de la mise en œuvre des mesures sanitaires prévues par le RSI ;¹¹⁴
- **de veiller à ce que les autorités compétentes de l'État** maintiennent des dispositifs d'urgence efficaces pour faire face à un événement de santé publique inattendu;¹¹⁵
- **d'exiger des autorités compétentes** qu'elles communiquent avec le point focal national RSI sur les mesures de santé publique pertinentes prises ;¹¹⁶ et
- **de notifier à l'OMS** tous les événements susceptibles de constituer une USPPI.¹¹⁷

Les États sont également tenus, à la demande de l'OMS, d'appuyer les activités de réponse coordonnées par l'OMS dans la mesure du possible.¹¹⁸ Ils devraient en outre collaborer entre eux, dans la mesure du possible, pour : (1) détecter et évaluer les événements de santé publique et la réponse à ceux-ci ; (2) assurer ou faciliter la coopération technique et l'appui logistique, notamment pour le développement, le renforcement et le maintien des capacités de santé publique requises au titre du RSI, et (3) mobiliser des ressources financières afin de faciliter la mise en œuvre de leurs obligations au titre du RSI. La collaboration peut être mise en œuvre par de multiples canaux, notamment de manière bilatérale, par le biais des réseaux régionaux et des bureaux régionaux de l'OMS.¹¹⁹

Toutes les fonctions de l'État au titre du RSI devraient être exercées de manière transparente et non discriminatoire, dans le plein respect de la dignité, des droits humains et des libertés fondamentales des personnes.¹²⁰ Les États devraient également rendre compte à l'Assemblée mondiale de la santé sur l'application du RSI.¹²¹

3.3.4 / Examens du RSI

À ce jour, des examens ont été entrepris par des comités d'examen dans le cadre du RSI : (1) sur le fonctionnement du RSI et sur la pandémie (H1N1) 2009 (**l'examen H1N1**),¹²² (2) sur les deuxièmes prolongations pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et la mise en œuvre du RSI,¹²³ et (3) sur le rôle du RSI dans l'épidémie d'Ebola et la riposte (**examen Ebola**).¹²⁴ En outre, en réponse à la flambée d'Ebola de 2013 à 2016, l'OMS a demandé une évaluation intermédiaire à un groupe d'experts indépendants externes (**Groupe d'évaluation intermédiaire d'Ebola**).¹²⁵ Au moment de la rédaction du rapport, le Comité d'examen a été

chargé d'entreprendre un quatrième examen axé sur le fonctionnement du RSI pendant la riposte à la COVID-19.¹²⁶ Toujours en réponse à la pandémie de COVID-19, l'OMS a mis en place un groupe international pour la préparation et la réponse aux pandémies et met actuellement au point un « examen universel de la santé et de la préparation » qui fonctionnerait comme un processus régulier et transparent d'examen par les pairs, similaire à l'examen périodique universel effectué par le Conseil des droits de l'Homme.¹²⁷

Les trois examens réalisés à ce jour diffèrent dans leur évaluation de l'efficacité du RSI. Le groupe d'évaluation intermédiaire d'Ebola a constaté des faiblesses dans le RSI : « la crise d'Ebola a non seulement mis en lumière des défaillances organisationnelles dans le fonctionnement de l'OMS, mais elle a également révélé des lacunes dans le [RSI]. Si le monde veut réussir à gérer les menaces sanitaires, en particulier les maladies infectieuses qui peuvent nous toucher tous, le RSI devrait être renforcé. »¹²⁸ Le Comité d'examen de la grippe H1N1 a vu moins de raisons de critiquer le RSI, estimant que celui-ci a contribué à « mieux préparer le monde à faire face aux urgences de santé publique ».¹²⁹ Le Comité d'examen du virus Ebola a estimé que « les échecs de la riposte au virus Ebola ne résultent pas de défaillances du RSI lui-même ».¹³⁰

Tous les examens ont toutefois souligné que l'un des principaux problèmes est l'incapacité des États à mettre en œuvre les principales capacités requises par le RSI.¹³¹ L'examen de la grippe H1N1 a révélé que « le monde [était] mal préparé à répondre à une grave pandémie de grippe ou à toute autre urgence de santé publique mondiale, durable et menaçante ».¹³² Le groupe d'évaluation intermédiaire d'Ebola a jugé intenable cette situation « où la communauté mondiale ne prend pas au sérieux ses obligations au titre du [RSI], un document juridiquement contraignant ». Le Comité d'examen du virus Ebola a convenu que « la mise en œuvre complète du RSI doit être l'objectif urgent de tous les États, car c'est le moyen collectif d'améliorer la préparation mondiale en matière de santé publique et d'améliorer la sécurité de la population mondiale... ».¹³³

En 2015, le Secrétaire général des Nations unies a nommé le Groupe de haut niveau sur la réponse mondiale aux crises sanitaires, qui a publié son rapport final en janvier 2016.¹³⁴ Le Groupe de haut niveau a formulé 27 recommandations d'action aux niveaux national, régional et international, y compris des mesures qui transcendent les niveaux de gouvernance et nécessitent une collaboration avec tous les secteurs de la société. Le Groupe de haut niveau a constaté que « le mécanisme de contrôle du respect des exigences en matière de principales capacités requises par le RSI est faible. L'absence d'évaluations indépendantes nuit aux efforts internationaux visant à aider les pays les plus vulnérables à mettre en place des capacités de préparation, de surveillance, de détection et de réponse. » Il a conclu à l'urgence de mettre en place un « examen périodique plus rigoureux du respect des principales capacités requises par le RSI. »

Le Groupe de haut niveau s'est montré particulièrement critique du fait que « plus de trois ans après la date limite initiale de mise en conformité avec les exigences de principales capacités du RSI (et l'octroi de deux prolongations), seul un tiers des États parties au RSI ont déclaré avoir satisfait aux exigences de principales capacités du RSI ».¹³⁵ Faisant remarquer que « la communauté locale est en première ligne de toute épidémie et que l'État est le principal acteur responsable et comptable de l'émission d'alertes appropriées ainsi que de la réponse à une crise », le Groupe de haut niveau a recommandé ceci :

« Tous les pays doivent remplir l'ensemble des obligations du RSI. Lorsque les capacités font défaut, un soutien devrait être apporté afin de mettre en œuvre, de toute urgence, un ensemble de mesures essentielles. Ces mesures devraient être placées sous l'autorité directe des chefs de gouvernement et comprendre la mise en place de mécanismes de préparation et de réponse à une pandémie assortis d'un commandement et d'un contrôle clairs, le recrutement ainsi que la formation de professionnels de la santé et d'agents de santé communautaires, et la mise en place d'un système de surveillance complet avec un laboratoire national. »¹³⁶

Les quatre recommandations du Groupe de haut niveau destinées au niveau national reflétaient la nécessité de prendre des mesures clés pour mettre en œuvre les principales capacités requises par le RSI : constituer un personnel de santé efficace, relever les défis de la gouvernance, améliorer l'engagement communautaire et traiter les aspects sexospécifiques des crises sanitaires.¹³⁷ La première recommandation du groupe était que « jusqu'à 2020, les États parties au RSI, avec la coopération internationale appropriée, se soient pleinement

conformés aux exigences de principales capacités du RSI. » [Notre traduction]. Pour ce faire, le Groupe a estimé que les États devaient prendre des mesures, notamment :

- l'intégration de la planification des réponses aux crises sanitaires dans les mécanismes et plans nationaux de préparation et de réponse aux catastrophes ;
- la mobilisation de toutes les parties prenantes concernées pour identifier les capacités et les ressources de réponse ;
- l'élaboration de plans de lutte contre la pandémie et la réalisation d'exercices de simulation pour tous les intervenants concernés, y compris les forces de sécurité ;
- la mise en place d'un mécanisme de surveillance Une seule santé pour recueillir et analyser les informations de santé publique en temps quasi réel, en combinant les données de tous les segments de la société ;
- la notification immédiate de tout événement sanitaire inhabituel au directeur régional de l'OMS et au programme de l'OMS pour la gestion des épidémies et des urgences.¹³⁸

Pour relever les défis de la gouvernance, notamment en assurant une plus grande transparence, le Groupe de haut niveau a recommandé que « la planification des crises sanitaires ainsi que la surveillance régulière soient effectuées dans le cadre des mécanismes nationaux de réduction des risques de catastrophe, de préparation et de réponse – avec la participation de représentants de différents ministères et d'ONG ». ¹³⁹ Il a également été recommandé aux gouvernements et aux intervenants de renforcer et de rationaliser l'engagement communautaire et la promotion de l'appropriation locale et de la confiance.¹⁴⁰

3.3.5 / Initiatives de l'OMS visant à améliorer la mise en œuvre au niveau national

En réponse à ces examens, l'OMS a mis en place un certain nombre d'initiatives destinées à assurer une meilleure application du RSI au niveau national. Ces initiatives concernent principalement les quatre éléments fondamentaux du cadre de suivi et d'évaluation du RSI de l'OMS :¹⁴¹ (1) les rapports annuels d'auto-évaluation des États parties, (2) l'évaluation externe conjointe (**EEC**), (3) les exercices de simulation et (4) l'examen après action (et plus récemment, l'examen intra-action).¹⁴²

En ce qui concerne le premier élément fondamental, l'outil d'auto-évaluation des rapports annuels des États parties (**SPAR**)¹⁴³ a été mis au point pour aider les États à s'acquitter de leur obligation de rendre compte chaque année à l'Assemblée mondiale de la santé de la mise en œuvre des capacités requises par le RSI. SPAR comprend 24 indicateurs pour les 13 capacités du RSI nécessaires pour détecter, évaluer, notifier, signaler et répondre aux risques pour la santé publique et aux événements graves d'intérêt national et international. « Législation et financement » constitue l'un des indicateurs clés de SPAR. Cet indicateur vise à déterminer si les États « disposent d'un cadre juridique adéquat dans tous les secteurs pertinents pour soutenir et faciliter la mise en œuvre effective et efficace de l'ensemble de leurs obligations et droits au titre du RSI ». ¹⁴⁴ L'objectif de cet indicateur est de permettre aux États (1) de déterminer si de nouvelles lois ou des lois modificatives sont nécessaires ou si la législation existante mérite d'être révisée, et (2) de s'assurer que les cadres législatifs institutionnalisent « les fonctions essentielles de santé publique afin de soutenir le processus continu de préparation à la réponse aux événements de santé publique. » ¹⁴⁵

Le deuxième élément, l'évaluation externe conjointe (EEC), est un « processus volontaire et continu visant à aider les États à évaluer leur capacité à prévenir, à détecter et à répondre rapidement aux menaces pour la santé publique de manière indépendante, en mesurant la situation et les progrès propres à chaque pays dans la réalisation des objectifs du RSI » [Notre traduction]. Les évaluations externes conjointes sont réalisées à l'aide de l'outil d'EEC,¹⁴⁶ qui comporte 49 indicateurs regroupés en 19 domaines techniques. Le premier indicateur de l'outil d'EEC est « législation, politique et financement nationaux », l'outil d'EEC notant que le terme « législation » désigne le large éventail d'instruments juridiques, réglementaires, administratifs ou autres instruments gouvernementaux dont peuvent disposer les États parties pour mettre en œuvre le RSI. L'outil d'EEC prévoit que cet indicateur peut être atteint par les États qui évaluent, adaptent et alignent leur législation nationale, leurs politiques et leurs dispositions administratives dans tous les secteurs pertinents pour pouvoir respecter le RSI.¹⁴⁷

En 2019, l'OMS a publié ses critères de référence concernant les capacités requises par le Règlement sanitaire international (RSI) (**Critères de référence de l'OMS**).¹⁴⁸ Ils portent sur les 13 capacités au titre du RSI décrites

dans le SPAR et les 19 domaines techniques décrits dans l'outil d'EEC.¹⁴⁹ À l'instar de l'EEC, le premier critère de référence porte sur « la législation, les politiques et le financement nationaux » :

« Un cadre juridique adéquat pour les États parties est essentiel pour soutenir et permettre la mise en œuvre de l'ensemble de leurs obligations et droits (sic) au titre du RSI, ce qui peut inclure la création d'une nouvelle législation et/ou la révision de la législation, des règlements ou d'autres instruments en vigueur afin de faciliter la mise en œuvre et le respect du RSI (2005). L'absence de législation ou de politique appropriée peut constituer un obstacle majeur à la mise en œuvre et devrait être considérée comme une priorité pour permettre la mise en œuvre efficace d'autres domaines techniques. » L'absence de législation ou de politique appropriée peut constituer un obstacle majeur à la mise en œuvre et devrait être considérée comme une priorité pour permettre la mise en œuvre efficace d'autres domaines techniques. ¹⁵⁰

L'outil d'EEC et les Critères de référence de l'OMS permettent de mesurer cinq niveaux de capacité allant de 1 (« Aucune capacité ») à 5 (« Capacité durable »). Le niveau 5 ne peut être atteint que si un État a « [confirmé] que la législation, les lois, les règlements, les exigences politiques et administratives pertinents couvrent tous les aspects de la mise en œuvre du RSI en fonction du profil de risque du pays ». ¹⁵¹

Pour soutenir et suivre la mise en œuvre des recommandations du Groupe de haut niveau, l'Équipe spéciale sur les crises sanitaires mondiales a été créée en 2016 et a produit son rapport final en 2017.¹⁵² Si certaines des initiatives de l'OMS évoquées ci-dessus n'étaient pas en place avant que le Groupe de travail ne rende son rapport, ce dernier a reconnu que l'un des principaux acquis en matière de soutien aux États est l'élaboration du cadre de suivi et d'évaluation du RSI. Néanmoins, le groupe de travail a souligné qu'il « ne suffit pas de diagnostiquer les problèmes : il faut y remédier ». Les lacunes décelées dans les évaluations externes conjointes ainsi que dans les examens après action et les exercices de simulation devraient être classées par ordre de priorité, intégrées aux plans d'action nationaux en matière de santé et traitées par une assistance technique et financière au pays.¹⁵³

Si le programme ultérieur a sans doute été influencé par la pandémie de COVID-19, au 26 octobre 2020, 79 rapports de mission d'EEC ont été publiés. Bien que cela puisse refléter la priorité accordée à certaines régions, la répartition des évaluations n'est pas la même dans toutes les régions de l'OMS. C'est dans la région Afrique que le plus grand nombre d'évaluations a été réalisé, soit 44 au total. 17 évaluations ont été réalisées dans la région Méditerranée orientale, 14 dans la région Europe, 11 dans la région Pacifique occidental et 8 dans la région Asie du Sud-Est. En dehors de ceux des États-Unis et du Canada, aucun rapport n'a été publié pour la région Amériques. Depuis 2016, l'OMS œuvre également en étroite collaboration avec de nombreux pays et ses partenaires à soutenir l'élaboration de plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire (**NAPHS**). Il s'agit d'un processus de planification pluriannuel, pris en charge par les pays, conçu pour accélérer la mise en œuvre des principales capacités requises par le RSI et fondé sur une approche pangouvernementale et dite Une Seule Santé pour tous les risques.¹⁵⁴ Le NAPHS fournit également un processus global pour prendre en compte toutes les initiatives nationales de préparation en cours et le mécanisme de gouvernance en ce qui concerne la gestion des risques d'urgences et de catastrophes. *NAPHS for ALL - A Country Implementation Guide for NAPHS*¹⁵⁵ fournit des conseils à chaque étape du cadre NAPHS, ainsi que les outils et les modèles nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans d'action nationaux. L'un des principaux avantages de ce document est qu'il s'adresse à toutes les parties prenantes concernées par la sécurité sanitaire.

En 2019, l'OMS a également produit un cadre de gestion des risques de catastrophes et d'urgences sanitaires¹⁵⁶ visant à adopter « un langage commun et une approche globale pouvant être adaptés et appliqués par tous les acteurs de la santé et d'autres secteurs qui s'emploient à réduire les risques sanitaires ainsi que les conséquences des urgences et des catastrophes. »

Enfin, trois boîtes à outils ont été produites par l'OMS pour aider les États à mettre en œuvre le RSI par le biais de la législation nationale, à savoir :

- *IHR (2005): A brief introduction to implementation in national legislation (IHR: A Brief Introduction)*,¹⁵⁷
- *IHR (2005): Toolkit for implementation in national legislation - The National IHR Focal Point (NFP)*,¹⁵⁸ et
- *IHR (2005): Toolkit for implementation in national legislation: Questions and answers, legislative reference and assessment tool and examples of national legislation*.¹⁵⁹ (Il comprend, dans sa partie III, des exemples de lois, de règlements et d'autres instruments adoptés par les États parties, qui font référence au RSI).

Le document *IHR : A Brief Introduction* fournit des orientations sur la manière dont une évaluation de la législation nationale peut être menée.¹⁶⁰ Il recommande de se préparer à l'évaluation législative en mettant en place d'abord un comité intersectoriel chargé de mener l'évaluation et en contactant d'autres États ayant entrepris une évaluation similaire. En ce qui concerne le processus d'évaluation lui-même, il fournit des recommandations sur les fonctions et la législation à identifier, en veillant à ce que les domaines prioritaires pour la mise en œuvre du RSI soient couverts, et sur la manière d'assurer le suivi de l'évaluation.¹⁶¹

3.4 / L'IMPACT DU RSI SUR LES CADRES NATIONAUX RELATIFS AUX USP

3.4.1 / Principales capacités

Si le RSI constitue une partie essentielle du cadre global relatif aux USP, aux fins du présent rapport, son influence la plus importante porte sur le développement des capacités nationales essentielles identifiées. En développant ces capacités, les États devraient être mieux préparés aux USP.

Malheureusement, comme le conclut Bartolini, « ces obligations, dont certaines figurent parmi les éléments les plus novateurs du RSI 2005, souffrent de diverses lacunes, et environ deux tiers des États parties à l'instrument n'ont pas réussi à mettre en œuvre des mesures en raison de niveaux faibles ou modérés de préparation nationale. »¹⁶² Le principal moyen de suivi de la mise en œuvre des capacités clés du RSI est le rapport annuel des États et le processus d'EEC. Bien qu'une amélioration des performances dans toutes les capacités clés ait été signalée, sur les 96 États évalués jusqu'en 2020, moins de la moitié avaient pris des mesures pour développer les capacités de conformité à la législation sur le RSI.¹⁶³ Les comités d'examen, le Groupe de haut niveau et le groupe de travail ont fait des constatations similaires. Comme le résume Negri, « ces organes d'examen ont mis en lumière un certain nombre de problèmes et de lacunes essentiels qui ont un impact négatif sur le bon fonctionnement du RSI (2005) et nuisent fortement à son efficacité. En particulier, ils ont constaté que les défis majeurs et les lacunes structurelles consistent en une mauvaise mise en œuvre et en l'absence de sanctions applicables. »¹⁶⁴ L'absence de sanctions applicables¹⁶⁵ fera sans doute partie des prochains examens du RSI,¹⁶⁶ mais une meilleure mise en œuvre de ses principales capacités grâce à la législation nationale¹⁶⁷ devrait aider les États à mettre en place des cadres nationaux de gestion des risques d'USP beaucoup plus intégrés et efficaces.



RECOMMANDATIONS

Les États devraient continuer à prendre des mesures pour s'assurer que leur législation nationale permet de mettre en œuvre, de faciliter la présence des principales capacités requises par le RSI et respecte les obligations qui leur incombent en vertu du RSI.

3.4.2 / Suivi et évaluation

Comme nous l'avons vu plus haut,¹⁶⁸ l'OMS a déjà réagi à des examens antérieurs en introduisant des initiatives dans son cadre de suivi et d'évaluation du RSI. Comme l'a constaté le Groupe de travail des Nations Unies sur les crises sanitaires mondiales, il ne fait aucun doute que ces initiatives ont commencé à apporter des améliorations dans la mise en œuvre par les États de leurs responsabilités au titre du RSI.

Parmi les quatre éléments du cadre de suivi et d'évaluation du RSI, seul le rapport annuel est actuellement obligatoire. Cependant, Bartolini considère que cet élément présente encore des lacunes car il repose sur l'auto-évaluation et « ne contribue pas identifier les attentes en matière de principales capacités ». ¹⁶⁹ Néanmoins, un pourcentage élevé d'États soumet des déclarations.¹⁷⁰

Contrairement aux rapports annuels, l'EEC est volontaire, et le nombre d'États qui s'y soumettent est limité. Il est révélateur que sur les 36 États figurant dans les recensements des USP, seuls 16 avaient subi une EEC. En outre, comme le fait remarquer Bartolini, l'EEC souffre de « sa déférence envers les États, du fait qu'elle est fondée sur l'auto-évaluation ».¹⁷¹ Il estime qu'une réforme du système de suivi pourrait favoriser un examen plus efficace du respect par les États des exigences de principales capacités. Il rapporte que le Conseil de suivi de la préparation mondiale a préconisé de modifier le RSI pour y inclure « des mécanismes d'évaluation du respect du Règlement et de la mise en œuvre des principales capacités, notamment un mécanisme d'examen universel, périodique, objectif et externe ».¹⁷²

Le problème du contrôle effectif n'est pas propre au RSI. Il existe cependant des précédents d'États acceptant d'être soumis à des procédures obligatoires de contrôle, d'audit ou de vérification en ce qui concerne leur respect des instruments juridiques internationaux. De telles procédures, bien qu'avec des degrés variables de contrainte et d'efficacité, existent dans de nombreux instruments de droit international, notamment dans les domaines du droit international des droits de l'Homme, du droit international de l'environnement et des régimes de contrôle des armes.¹⁷³ Les six conventions maritimes internationales adoptées sous l'égide de l'Organisation maritime internationale (**OMI**) et couvertes par le code de mise en œuvre des instruments de l'OMI (**le code III**) constituent un exemple qui pourrait servir de précédent pour renforcer les dispositions du RSI.¹⁷⁴ À l'instar du RSI, un système d'évaluations ou d'audits volontaires avait été mis en place, mais s'est avéré inefficace pour garantir la mise en œuvre des conventions. Par conséquent, le code III a été adopté pour « aider davantage les États membres à améliorer leurs capacités et leurs performances générales afin de pouvoir se conformer aux instruments de l'OMI auxquels ils sont parties, [et] vu les difficultés que certains États membres peuvent rencontrer pour se conformer pleinement à toutes les dispositions de [ces instruments] ».¹⁷⁵ Les États ont accepté de se soumettre à des vérifications périodiques obligatoires de l'OMI (à travers un système de vérificateurs pairs) afin de s'assurer qu'ils respectent et appliquent les six conventions. Dans le cadre de ces vérifications, les États sont tenus d'établir des plans de mesures correctives vérifiés lors d'une vérification ultérieure.¹⁷⁶ Le régime d'évaluation externe obligatoire créé par le code III pourrait constituer un précédent utile à prendre en considération dans le cadre de toute modification future du RSI, étant donné les avantages signalés de l'évaluation externe et la nécessité d'un examen approfondi pour améliorer la mise en œuvre du RSI au niveau national.



RECOMMANDATIONS

Toute révision future du RSI devrait examiner s'il devrait imposer aux États l'obligation de participer à des évaluations externes périodiques de leur mise en œuvre du RSI.

3.4.3 / Participation aux évaluations

Un thème clé qui ressort du présent rapport – et qui est reconnu par le Cadre de Sendai et les Principes de Bangkok – est la nécessité d'une approche de la gestion des risques d'USP engageant l'ensemble de la société, multisectorielle et intégrée. Il s'agit également d'un aspect fondamental du concept Une seule santé. Bartolini souligne la nécessité d'impliquer un plus large éventail d'acteurs institutionnels.¹⁷⁷ Ceci, selon nous, devrait s'appliquer également à toute évaluation de la mise en œuvre du RSI par un État. L'équipe d'évaluation devrait être en mesure de s'assurer la contribution de l'ensemble des acteurs et parties prenantes concernés. En outre, en tenant compte des Principes de Bangkok, toute évaluation devrait également prendre en considération le cadre plus large de GRC d'un État et le niveau de coordination ou d'intégration entre les cadres de gestion des risques d'USP et les cadres plus larges de GRC.

Le rôle que peuvent jouer les Sociétés nationales CRCR dans les évaluations (et le suivi des NAPHS) pourrait également être mieux reconnu. Dans un certain nombre d'États, les Sociétés nationales CRCR sont déjà intégrées dans les cadres de GRC, mais dans une moindre mesure dans les dispositions de gestion des risques d'USP. La résolution 3 de la 33e Conférence internationale (voir section 3.2.4) encourage « les États à intégrer et inclure les Sociétés nationales, en fonction de leur mandat, de leurs capacités et en tant qu'auxiliaires humanitaires de leurs pouvoirs publics, dans les cadres nationaux de prévention, de contrôle des maladies, de préparation et de réponse multisectorielles et, si possible, à fournir un financement pour soutenir leur rôle à cet égard » [notre traduction]. Elle encourage également les Sociétés nationales à « fournir un soutien à leurs pouvoirs publics, le cas échéant, dans le cadre des efforts déployés par l'État pour renforcer les principales capacités requises par le RSI... »¹⁷⁸ Ce soutien pourrait être assuré par la participation des Sociétés nationales CRCR aux exercices d'évaluation, voire à tout autre élément du cadre de suivi et d'évaluation du RSI.

Une analyse plus poussée des EEC et des NAPHS indique que les approches évoquées ci-dessus ont, en effet, déjà été adoptées dans une certaine mesure. Cependant, les recensements des USP qui font référence aux EEC (et aux NAPHS qui en découlent) n'indiquent pas cet état de fait dans les États de l'échantillon.



RECOMMANDATIONS

1. Lors de toute révision ou mise à jour future du régime d'EEC, il convient de veiller à ce que l'ensemble des acteurs et parties prenantes concernés soient en mesure de participer et de contribuer.
2. En particulier, compte tenu du rôle auxiliaire joué par les Sociétés nationales CRCR dans la GRC et la gestion des risques d'USP, les lois et/ou politiques nationales devraient permettre aux Sociétés nationales CRCR de participer au suivi et à l'évaluation du RSI, y compris aux EEC.
3. S'agissant des Principes de Bangkok, toute évaluation, qu'elle soit mondiale ou nationale, devrait prendre en compte les cadres de GRC plus larges ainsi que le niveau de coordination et d'intégration entre la gestion des risques d'USP et les cadres de GRC (y compris les stratégies nationales et locales de réduction des risques de catastrophes).

Afin d'encourager la mise en œuvre du RSI, le ministère argentin de la Santé a créé une Commission pour la mise en œuvre et le suivi du Règlement sanitaire international et des principales capacités. Par le biais de cette commission, le ministère de la Santé coordonne l'action avec d'autres ministères, les provinces argentines et les principaux acteurs non étatiques en ce qui concerne la mise en œuvre des stratégies de réponse aux USP. Outre le fait qu'elle constitue un moyen de coordonner la réponse aux USP, cette commission est conçue pour opérer dans le cadre du GHSA et manifeste son engagement à la mise en œuvre du RSI.¹⁷⁹

L'idée que les États élaborent des stratégies et coordonnent des organes stratégiques pour la mise en œuvre des instruments internationaux a été utilisée dans d'autres domaines. Par exemple, dans le cadre du Code III de l'OMI (voir point 3.4.6 ci-dessus), il est recommandé aux États :

1. d'élaborer une stratégie globale pour garantir le respect de leurs obligations et responsabilités internationales ... sont satisfaites;
2. d'établir une méthodologie visant à évaluer que la stratégie assure une mise en œuvre et une application efficaces des instruments internationaux obligatoires pertinents ;
3. de revoir en permanence la stratégie pour atteindre, maintenir et améliorer les performances et les capacités globales de l'organisation.¹⁸⁰

Un certain nombre d'États ont mis en place des comités stratégiques ou leur équivalent pour assumer cette fonction. Ces comités sont encouragés à inclure un large éventail de ministères, de représentants sectoriels et d'autres parties prenantes concernées. Nombre d'États ont établi des comités stratégiques ou leur équivalent conformément aux recommandations du Code III.

La mise en place d'un organe stratégique central, d'une équipe spéciale ou d'un groupe de travail a également été recommandée dans les précédents rapports et orientations de l'IFRC Disaster Law, comme moyen d'assurer une meilleure GRC.¹⁸¹ Elle est également recommandée pour la gestion des risques d'USP. Au regard des Principes de Bangkok, tout organe stratégique de mise en œuvre du RSI devrait inclure des acteurs de la GRC, et il est essentiel que toute stratégie de gestion intégrée des risques d'USP soit coordonnée avec les dispositifs de GRC existants.

Le rôle potentiel des Sociétés nationales CRCR dans l'évaluation du RSI est évoqué ci-dessus. L'expérience des Sociétés nationales CRCR et leur capacité à accéder au soutien du réseau plus large de la FICR en font également un participant clé de tout organe stratégique central de mise en œuvre du RSI. La participation à de tels organes répondrait en outre à l'objectif de la résolution 3 de la 33e Conférence internationale, à savoir l'inclusion des Sociétés nationales dans les cadres multisectoriels de préparation et de réponse « conformément à leur mandat, à leurs capacités et en tant qu'auxiliaires humanitaires de leurs pouvoirs publics ».¹⁸²



RECOMMANDATIONS

1. Toute révision future du RSI devrait examiner la question de savoir si le RSI devrait inclure une obligation pour les États de mettre en place un comité spécifiquement chargé de superviser la mise en œuvre de leurs obligations au titre du RSI et d'en assurer le suivi et le respect continu (comité de suivi du RSI).
2. Qu'elles soient ou non requises par le RSI, les lois et/ou politiques nationales devraient prévoir la création d'un comité de suivi du RSI.
3. Le comité de suivi du RSI devrait inclure l'ensemble des acteurs et parties prenantes concernés, y compris les secteurs privé et public et les représentants des communautés.
4. En particulier, en tant qu'auxiliaires de leurs pouvoirs publics dans le domaine humanitaire, les Sociétés nationales CRCR devraient être invitées à participer au comité de suivi du RSI.

3.4.4 / Action post-évaluation

Toutefois, comme l'a noté le Groupe de travail sur les crises sanitaires mondiales, l'évaluation n'est qu'une première étape. Ce qui peut être plus important, c'est la façon dont les États répondent à l'évaluation. Actuellement, même en cas d'évaluation conjointe, rien n'oblige les États à prendre des mesures en réponse à ses recommandations. Les recensements des USP n'abordent pas cette question de manière spécifique, et il s'est écoulé relativement

peu de temps depuis de nombreuses EEC pour que des mesures soient prises, en particulier avec l'avènement de la COVID-19. Seuls quelques États ont indiqué avoir pris des mesures de suivi, et ils semblent avoir élaboré un éventail significatif de politiques ou de plans. Par exemple, le Sri Lanka,¹⁸³ le Nigeria¹⁸⁴ et la Sierra Leone ont produit un NAPHS en réponse à leurs EEC, la Sierra Leone ayant également produit un plan stratégique Une seule santé de communication des risques d'urgences nationales, qui a été utilisé pendant la pandémie de COVID-19.¹⁸⁵ Cependant, il n'existe pas d'obligation en tant que telle pour les États de produire un NAPHS ou une stratégie corrective si une EEC décèle des lacunes dans la mise en œuvre.

Bartolini suggère que les États incapables de se conformer aux principales capacités soient tenus d'élaborer des instruments de mise en œuvre nationaux, en s'inspirant de modèles tels que le NAPHS pour établir des étapes appropriées et un plan directeur.¹⁸⁶ Là encore, il existe des précédents dans d'autres branches du droit international. Pour en revenir aux conventions maritimes évoquées ci-dessus, dans le cadre de la vérification obligatoire du Code III, les États sont tenus d'établir des plans d'action correctifs qui feront l'objet d'une vérification ultérieure.¹⁸⁷



RECOMMANDATIONS

1. Dans toute révision future du RSI ou du régime d'EEC, il faudrait envisager d'exiger la production et la mise en œuvre de plans d'action post-évaluation.
2. Qu'elles soient requises par le RSI ou le régime d'EEC, les lois et/ou les politiques nationales devraient :
 - a. exiger l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action post-évaluation ;
 - b. identifier l'acteur ou les acteurs nationaux appropriés chargés de produire un plan post-évaluation et/ou de contribuer à de tels plans ;
 - c. prévoir que le comité de suivi du RSI assure le suivi et/ou la supervision de l'élaboration du plan d'action post-évaluation et de sa mise en œuvre.

3.4.5 / Transparence des lois sur la santé publique

Une compréhension de la législation mise en place par les États pour respecter leurs engagements au titre du RSI est importante pour le suivi de la mise en œuvre. Si une action législative corrective est requise suite à une évaluation externe, il est également important que cette législation soit publiée afin de montrer qu'elle a été menée à bien. L'accès à la législation est également important d'un point de vue pratique ou opérationnel pour les autres États et les organisations humanitaires dans le cadre d'une USP. Cependant, comme le démontrent les recherches effectuées dans le cadre du présent rapport, l'accès à la législation des États n'est pas toujours facile. Au titre du RSI, il n'existe actuellement aucune obligation pour les États de publier ou, par exemple, de fournir des copies des instruments de mise en œuvre à l'OMS. Cela contraste avec un certain nombre d'autres instruments internationaux qui exigent expressément des États qu'ils fournissent des copies de leurs instruments de mise en œuvre au Secrétariat compétent.¹⁸⁸



RECOMMANDATIONS

Tout examen futur du RSI devrait déterminer si les États devraient être tenus de notifier à l'OMS les instruments nationaux de mise en œuvre du RSI et d'en déposer des copies auprès de l'OMS. Tout examen futur devrait également déterminer si l'OMS devrait être tenue de rendre accessibles au public en ligne les copies des instruments déposés.

3.4.6 / Capacité de mise en œuvre des principales capacités requises par le RSI

Les difficultés à mettre en œuvre les principales capacités requises par le RSI peuvent être la conséquence d'un manque d'assistance financière et technique.¹⁸⁹ L'assistance financière, et en particulier l'absence d'un régime de financement international, sort du cadre du présent rapport. Néanmoins, la Banque mondiale a chiffré l'investissement mondial annuel nécessaire au renforcement des principales capacités entre 1,9 et 3,4 milliards de dollars US, et le manque de capacité financière est un obstacle important à la mise en œuvre efficace du RSI. En dépit d'initiatives telles que le Mécanisme de financement d'urgence en cas de pandémie de la Banque mondiale,¹⁹⁰ le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme,¹⁹¹ l'Alliance GAVI pour les vaccins¹⁹² et la Coalition pour l'innovation en matière de préparation aux épidémies,¹⁹³ ainsi que d'autres partenariats public-privé, le financement reste insuffisant.

Outre la capacité financière, un autre élément à prendre en considération est la façon dont on peut renforcer la capacité à élaborer des textes d'application. Dans d'autres contextes, les organisations internationales ont, par exemple, mis en place des programmes de coopération technique pour aider les juristes nationaux à rédiger les textes nationaux d'application.¹⁹⁴ Il semble qu'il n'y ait pas de tels programmes en ce qui concerne le RSI, bien que l'OMS ait fourni quelques orientations, par exemple dans son document *IHR (2005): Toolkit for implementation in national legislation: Questions and answers, legislative reference and assessment tool and examples of national legislation*.¹⁹⁵

La Plateforme thématique de l'OMS pour la gestion des risques de catastrophes et d'urgences sanitaires et son Réseau de recherche associé constituent un groupe de parties prenantes issues d'un large éventail de disciplines et d'entités (gouvernementales, universitaires, etc.) qui se concentre sur la recherche, la politique et la pratique en matière de gestion des risques de catastrophes et d'urgences sanitaires (**Health EDRM**).¹⁹⁶ Cette recherche englobe la médecine d'urgence et de catastrophe, la réduction des risques de catastrophe, la préparation aux urgences multirisques, la réponse humanitaire et le renforcement des systèmes de santé. Lors de sa dernière réunion d'experts, bien que des questions de recherche aient été identifiées dans cinq domaines majeurs pour la gestion des risques de catastrophes et d'urgences sanitaires, aucune discussion n'a eu lieu sur le droit, la législation, les politiques ou la réglementation.¹⁹⁷

Le manque de concentration sur les questions juridiques au sein du Réseau de recherche sur la gestion des urgences sanitaires et des risques de catastrophe (Health EDRM Research Network) contraste avec l'importance accordée dans l'outil d'EEC et les Critères de référence de l'OMS à la législation nationale pour améliorer les principales capacités. Étant donné que la COVID-19 a, contrairement à tout autre événement précédent, permis à des juristes du monde entier d'acquérir de l'expérience dans la recherche, la rédaction et l'application de lois sur les USP, le Réseau de recherche sur la gestion des risques de catastrophes et d'urgences sanitaires et d'autres forums clés de l'OMS ont l'occasion de lancer des recherches et des discussions sur les aspects juridiques de la mise en œuvre du RSI et la pratique plus large du droit relatif aux USP.



RECOMMANDATIONS

1. Les aspects juridiques des USP et la mise en œuvre des principales capacités requises par le RSI devraient être inclus dans les travaux de réseaux et forums pertinents tels que la Plateforme thématique pour la gestion des risques de catastrophes et d'urgences sanitaires et son Réseau de recherche associé.
2. Les organisations qui s'intéressent aux USP et à la mise en œuvre des principales capacités requises par le RSI devraient envisager de créer un réseau de praticiens du droit et d'universitaires ayant pour mission de promouvoir l'élaboration de lois nationales améliorées en matière d'USP, y compris celles permettant de mettre en œuvre les principales capacités requises par le RSI.

3.4.7 / Notification et alerte rapide

Enfin, deux éléments spécifiques clés des principales capacités requises par le RSI sont pris en considération : le point focal national RSI et la notification des événements de santé publique.¹⁹⁸

En vertu de l'article 4 (1) du RSI, les États ont l'obligation de désigner un point focal national RSI. La majorité des États-échantillons ne semblent pas avoir prévu expressément cette fonction dans leur législation nationale. Le Brésil fait exception à la règle : sa législation désigne le Secrétariat de la surveillance sanitaire comme point focal national de l'OMS pour le RSI (2005)¹⁹⁹ et, surtout, détermine la structure opérationnelle de base du point focal national RSI ainsi que ses fonctions. Elle contient des détails sur la notification, l'échange d'informations et la diffusion d'informations concernant le RSI au Brésil. Dans la plupart des cas, il y a moins de spécificité et, bien qu'un point focal ait pu être désigné, cela se fait plus souvent par le biais d'un acte administratif que par la législation. Bien que la législation ne soit pas strictement nécessaire, elle peut aider à définir clairement le rôle et le mandat du point focal national et à lui donner l'importance qu'il mérite.

L'un des rôles du point focal national dans le cadre du RSI est de notifier à l'OMS tous les événements susceptibles de constituer une USPPI sur son territoire.²⁰⁰ Une question spécifique abordée dans la plupart des recensements des USP est de savoir si la législation nationale oblige les gouvernements à notifier l'OMS de tout événement de ce type.

Dans la majorité des cas, de telles lois n'existent pas. La Suisse constitue une exception. En effet, sa loi fédérale sur le contrôle des maladies humaines transmissibles exige explicitement de l'Office fédéral de la santé publique qu'il notifie à l'OMS les événements susceptibles d'entraîner une USPPI.²⁰¹ Une observation courante formulée dans les recensements des USP est qu'aucune mesure expresse n'est nécessaire car la nature contraignante du RSI impose à l'État de notifier l'OMS. Cela peut être correct par principe, et rien ne permet de penser que la non-notification ait été due à l'absence d'une obligation expresse dans le droit national. Cependant, comme l'indique le Rapport sur la PRC, la clarté et la certitude sont d'une importance cruciale dans les dispositifs d'alerte rapide ou de notification pour minimiser les retards. L'établissement d'une obligation expresse dans la législation nationale peut créer une plus grande certitude quant à la responsabilité de la notification à l'OMS²⁰² et au moment de la notification. Il est également important que la législation nationale contienne les dispositions nécessaires pour garantir (1) que les acteurs nationaux concernés ont l'obligation de notifier en temps utile au point focal national RSI un événement de santé publique susceptible de constituer une USPPI et (2) que le point focal national RSI a le pouvoir et la capacité de notifier l'OMS (et tout autre État potentiellement touché) dans les délais prévus par le RSI.²⁰³ Il faut notamment s'assurer que le point focal national RSI est autorisé à partager toutes les informations pertinentes et n'est pas limité par d'autres lois. Par exemple, la loi australienne de 2007 sur la sécurité sanitaire nationale garantit que le ministre australien (du Commonwealth) de la Santé peut communiquer à l'OMS ou à un autre État des informations personnelles ou commerciales qui, autrement, seraient protégées, afin de donner effet au RSI.²⁰⁴



RECOMMANDATIONS

1. Toute révision future du RSI devrait examiner s'il est nécessaire ou s'il serait avantageux d'inclure dans le RSI une disposition supplémentaire clarifiant le processus et la responsabilité de la notification par les États des menaces émergentes pour la santé publique à l'OMS et aux autres États.
2. Les États devraient :
 - a. revoir la désignation du point focal national RSI et ses fonctions ;
 - b. examiner si la mise en œuvre du RSI et la gestion des risques d'USP pourraient être améliorées en prévoyant expressément cette désignation et les fonctions du point focal national dans les lois et/ou politiques nationales ;
 - c. examiner s'il existe des obstacles juridiques au partage d'informations avec l'OMS et d'autres États et, le cas échéant, mettre en œuvre des réformes juridiques pour éliminer ces obstacles.

Le RSI, dans sa forme actuelle, ne concerne que la notification ou l'alerte à l'OMS ou à d'autres États. Il ne prévoit pas la notification ou l'avertissement des organisations ou de la population au sein de l'État touché.

Les développements récents du droit général de la GRC vont toutefois dans le sens de la création d'obligations d'alerte rapide des risques naturels et de la survenue d'une catastrophe.²⁰⁵ (L'alerte rapide, telle qu'utilisée ici, désigne la prise de mesures avant la matérialisation d'un danger sur la base d'informations et d'avertissements, plutôt que de fournir des avertissements seulement une fois que le danger se matérialise.) L'un des sept objectifs mondiaux du Cadre de Sendai est d'accroître sensiblement la disponibilité et l'accès aux systèmes d'alerte rapide multirisques ainsi qu'aux informations et évaluations des risques de catastrophe.²⁰⁶ Le projet d'articles de l'ILC sur la protection des personnes en cas de catastrophe propose une obligation d'installer et d'exploiter des systèmes d'alerte rapide dans le cadre de l'obligation plus large des États de réduire le risque de catastrophe.²⁰⁷ Dans son commentaire sur l'existence d'une obligation de coopération en réponse aux catastrophes, l'ILC donne l'exemple de l'obligation pour un État affecté « d'informer ou de notifier, dès le début de la catastrophe, les autres États ainsi que les autres acteurs de l'assistance ayant pour mission de recueillir des informations [et] d'alerter rapidement ». ²⁰⁸

Dans son chapitre intitulé *Early Warning, Early Action* (Alerte rapide, action rapide), le Rapport sur la PRC traite en détail de l'élaboration d'une loi et/ou d'une politique sur les systèmes d'alerte rapide dans le contexte plus large de la GRC.²⁰⁹ Il préconise, « pour la création d'un système efficace d'alerte rapide multirisque, que la loi et/ou la politique définissent clairement les rôles et les responsabilités de tous les acteurs impliqués dans le développement de la connaissance des risques de catastrophe, la surveillance et la prévision des aléas, la production et la diffusion des alertes rapides ». ²¹⁰ Il recommande en outre que « la loi et/ou la politique établissent des processus types de production et de diffusion des alertes, exigent que les alertes contiennent des informations sur l'impact ainsi que des orientations pratiques claires [et] exigent des agences chargées de la diffusion des alertes qu'elles : (i) utilisent une grande variété de canaux de communication pour diffuser les alertes, (ii) élaborent, mettent en œuvre des mécanismes de retour d'information pour vérifier que les alertes sont reçues [et] (iii) élaborent et mettent en œuvre des plans visant à atteindre les populations les plus à risque et les plus éloignées ». ²¹¹ Ces mêmes principes devraient s'appliquer aux alertes concernant les USP, tant les USPPI que les USP ne répondant pas aux critères du RSI. L'émission d'avertissements concernant les USP peut déjà être imposée dans certains États par des lois nationales sur la GRC, mais les recensements des USP ne contiennent que peu de preuves de l'obligation pour les pouvoirs publics de notifier ou d'avertir les acteurs et les citoyens spécifiquement des risques ou de la survenance d'une USP.



RECOMMANDATIONS

1. Toute révision future du RSI devrait examiner dans quelle mesure les États devraient être tenus de notifier ou d'avertir les principaux acteurs nationaux et la population en général de la survenance ou du risque imminent d'une USPPI.
2. Les lois nationales devraient exiger que les autorités publiques compétentes notifient ou avertissent tous les acteurs nationaux clés et la population en général de la survenance ou du risque imminent d'une USP.

4 / CADRES JURIDIQUES ET INSTITUTIONNELS NATIONAUX RELATIFS AUX USP

4.1 / INTRODUCTION

Après examen des cadres juridiques mondiaux sur lesquels ils doivent reposer, ce chapitre examine les cadres juridiques nationaux relatifs aux USP : leur nature, leurs sources et leurs composantes essentielles.

Le Rapport sur la PRC examine comment les États élaborent des dispositions pour la préparation et la réponse aux catastrophes dans des cadres plus larges de GRC. Ses conclusions et recommandations sont tout aussi pertinentes pour les USP. Par conséquent, le point de départ d'un cadre national efficace de GRC (et donc d'un cadre de gestion des risques d'USP) est le suivant :

« Il est [...] important que, pris collectivement, les mandats des institutions d'un pays soient exhaustifs. En d'autres termes, ils devraient englober collectivement toutes les juridictions (nationales et infranationales), tous les types d'aléas (lents ou soudains, d'origine naturelle ou humaine) et toutes les fonctions (politiques, opérations, suivi et évaluation, etc.). En outre, l'expérience montre qu'il est essentiel que les rôles des différentes institutions soient clairement définis afin d'éviter toute confusion et tout retard inutile, notamment lorsqu'une assistance immédiate est nécessaire pour sauver des vies. » ²¹²

Pour permettre l'inclusion de tous les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, le Rapport sur la PRC souligne également l'importance de mettre en place des mécanismes de coordination efficaces.²¹³ Il recommande ceci :

« Une préparation et une réponse efficaces aux catastrophes nécessitent une coordination à la fois horizontale entre les différentes agences sectorielles et verticale entre les différents niveaux de gouvernement. En outre, elles exigent une coordination entre les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, y compris les acteurs internationaux. »

« Étant donné que la coordination continue d'être un problème sérieux dans les opérations de réponse aux catastrophes internationales et nationales, les décideurs devraient s'assurer que la loi établit des mécanismes de coordination qui incluent des représentants de toutes les agences sectorielles, de tous les niveaux de gouvernement et de tous les types d'acteurs non gouvernementaux. Pour être efficaces, les organes de coordination devraient se réunir régulièrement (y compris en cas d'absence d'activité de réponse active), et les participants devraient se voir attribuer des rôles et des responsabilités clairs. » ²¹⁴

Compte tenu du fait que la coordination des USP peut sortir du cadre des mécanismes de coordination établis par la GRC générique, le Rapport sur la PRC fait une autre recommandation comme suit :

« Étant donné que les lois et politiques en matière de catastrophes peuvent ne pas s'appliquer à certaines situations telles que les urgences sanitaires et nucléaires, les décideurs devraient également veiller à ce que la loi établisse des mécanismes de coordination multisectoriels et multipartites pour ces types d'urgences. » ²¹⁵

Les principes énoncés dans le Rapport sur la PRC sont donc tout aussi importants pour un cadre efficace de gestion des risques d'USP. L'éventail des acteurs potentiels, les couches de la société susceptibles d'être touchées et les secteurs de la société qui devraient se préparer et répondre à une USP peuvent, cependant, rendre le besoin d'un cadre exhaustif et complet encore plus essentiel. Les responsabilités en matière de santé publique et d'USP ont tendance à être plus décentralisées (au sens juridique et pratique) que pour d'autres

catastrophes : les soins de santé, même dans les pays dotés de systèmes de santé centralisés, ne relèvent pas uniquement de la responsabilité des gouvernements et des pouvoirs publics nationaux ; ils peuvent impliquer des organisations de soins de santé à tous les niveaux - publics et privés - et devraient impliquer les membres de toutes les communautés susceptibles d'être touchées. En outre, conformément à l'approche Une seule santé, les organisations environnementales, de santé animale et de santé végétale ont un rôle important à jouer.

À la lumière de ce qui précède, les cadres juridiques et institutionnels de la gestion des risques d'USP peuvent être plus divers et plus complexes que d'autres dispositifs de GRC. Il est donc d'autant plus fondamental que ces cadres soient exhaustifs, clairs, sûrs et bien compris par tous. Il en va de même pour la nécessité de disposer de mécanismes de coordination efficaces et, comme le reconnaissent les Principes de Bangkok, d'une intégration entre la gestion des risques d'USP et la GRC générique.

À partir des informations fournies par les recensements des USP, ce chapitre analyse donc les points suivants relatifs aux cadres nationaux de gestion des risques d'USP :

- la mesure dans laquelle les cadres nationaux de gestion des risques d'USP sont intégrés aux cadres généraux de GRC ou en sont séparés ;
- la clarté du mandat donné aux institutions gouvernementales concernées pour la préparation et la réponse aux USP ;
- la mesure dans laquelle les cadres nationaux de gestion des risques d'USP englobent toutes les phases de la gestion des risques (c'est-à-dire la réduction des risques, la préparation, la réponse et le relèvement) ;
- la mesure dans laquelle des rôles et des responsabilités clairs sont attribués à l'ensemble des acteurs et parties prenantes concernés (tant gouvernementaux que non gouvernementaux) ;
- l'existence de mécanismes de coordination efficaces, incluant et intégrant tous les acteurs et participants concernés ;²¹⁶
- si un acteur particulier assure le commandement et le contrôle général de la réponse aux USP, et comment ce rôle peut être exercé ;
- si les cadres de gestion des risques d'USP existants reflètent une approche des USP engageant l'ensemble de la société et de l'État ;
- la planification d'urgence dans les cadres de gestion des risques d'USP.

Yémen, 2020. Le Croissant-Rouge du Yémen met en œuvre des mesures de prévention et de contrôle de la COVID-19 pendant la période des examens scolaires finaux. © Nesreen Ahmad / Croissant-Rouge du Yémen



4.2 / INTÉGRATION

4.2.1 / Principes de Bangkok et intégration

L'une des tâches du présent rapport consiste à examiner à quel point la gestion des risques d'USP est séparée ou intégrée dans les cadres de GRC plus larges. Il s'agit en partie de comprendre dans quelle mesure les recommandations des Principes de Bangkok – selon lesquelles la santé devrait être intégrée dans les politiques et les plans de réduction des risques de catastrophes et vice versa – sont actuellement mises en œuvre.

Les Principes de Bangkok et leur objectif sont abordés dans la section 3.2. Le premier Principe encourage « l'intégration systématique de la santé dans les politiques et plans nationaux et infranationaux de réduction des risques de catastrophe ainsi que l'inclusion de programmes de gestion des urgences et des risques de catastrophe dans les stratégies sanitaires nationales et infranationales ».²¹⁷ Les Principes de Bangkok visent également à améliorer la coopération entre les autorités sanitaires et les autres parties prenantes concernées afin de renforcer la capacité des États à gérer les risques de catastrophe pour la santé, à mettre en œuvre le RSI et à construire des systèmes de santé résilients.²¹⁸

Les recensements des urgences de santé publique révèlent que le cadre, les fonctions et les pouvoirs en matière de gestion des risques pour la santé publique découlent de trois grandes catégories de lois et/ou de politiques : les lois et/ou politiques en matière de santé publique, les lois et/ou politiques en matière de gestion des risques de catastrophe et les lois qui permettent et régissent les états d'exception, principalement l'état d'urgence. Il existe cependant de grandes variations en ce qui concerne les types de lois qui s'appliquent à des aspects particuliers du continuum de gestion des risques d'USP, le moment au cours de l'USP et les types d'acteurs. Dans l'ensemble, les recensements des USP indiquent que l'approche la plus courante consiste à ce que les cadres de gestion des risques d'USP ne soient pas dérivés de lois et/ou de politiques au sein d'un seul régime (USP ou GRC), mais qu'ils soient établis par une combinaison de régimes (USP et GRC - ainsi que les états d'urgence, lorsque ceux-ci sont distincts de la GRC).

Si la majorité des cadres sont constitués d'une combinaison d'instruments sur les USP et la GRC, il existe des différences considérables entre les États. On peut considérer que les cadres existent sur un spectre, ceux situés à une extrémité étant fondés uniquement sur les lois et politiques de santé publique ou d'USP, et ceux situés à l'autre extrémité étant fondés uniquement sur les lois et politiques de GRC. Entre ces deux extrémités du spectre se trouve un assortiment de dispositifs hybrides qui, comme nous l'avons vu plus haut, constituent l'approche la plus courante. Cet « éventail de cadres » peut être réparti en trois catégories, à savoir :

1. les cadres fondés uniquement sur la législation relative aux USP ou à la santé publique ou uniquement sur cette législation, mais avec la possibilité de recourir à la législation en matière de GRC ou d'état d'urgence dans des circonstances extrêmes (« **cadres à dominante USP** ») ;
2. les cadres principalement fondés sur la législation relative aux USP, mais soutenue et complétée par des lois en matière de GRC ou d'état d'urgence dans une mesure plus ou moins importante (« **cadres hybrides ou combinés** ») ; et
3. les cadres fondés uniquement sur la législation en matière de GRC (« **cadres à dominante GRC** »).

4.2.2 / Cadres à dominante USP

Bien que la majorité des États-échantillons s'appuient dans une certaine mesure sur la législation en matière d'USP ou de santé publique pour créer leurs cadres, seuls quelques-uns se fondent uniquement sur des lois relatives à la santé publique. Cependant, même ces États conservent généralement une certaine capacité à se rabattre sur une législation plus large en matière de GRC ou d'état d'urgence si les pouvoirs de la législation en matière d'USP sont insuffisants. Au Royaume-Uni, par exemple, les USP sont censées être traitées par des règlements pris en vertu de la législation sur la santé publique ou par des pouvoirs contenus dans cette législation.²¹⁹ Cependant, dans des circonstances extrêmes, le gouvernement peut se rabattre sur son principal texte de loi en matière de GRC, la *Civil Contingencies Act 2004*²²⁰, si ses pouvoirs en matière d'USP sont insuffisants. Une approche similaire s'applique en Australie où, tant au niveau du Commonwealth que des États, la législation et les plans sur la santé publique²²¹ devraient être suffisants pour faire face à la plupart des USP. Là encore, il est possible de recourir aux pouvoirs plus génériques de la législation en matière de GRC si nécessaire. De même, au Brésil, la législation sur

la santé publique renferme les principales lois relatives aux USP : les arrêtés du ministère de la Santé traitent de la déclaration des urgences de santé publique de portée nationale et mettent en place des centres d'opérations d'USP.²²² Ceux-ci ont permis la création d'un groupe exécutif interministériel sur les urgences de santé publique de portée nationale et internationale pour répondre à la COVID-19.²²³ Au Liberia, un pays qui a connu l'épidémie d'Ebola, bien que l'état d'urgence ait été déclaré en réponse à la COVID-19, les pouvoirs légaux de riposte à la pandémie semblent avoir été tirés de sa loi globale sur la santé publique.²²⁴ En dépit de ces exemples, les cadres à dominante USP sont minoritaires.

4.2.3 / Cadres hybrides ou combinés

Les cadres hybrides ou combinés sont de loin le type de dispositifs le plus courant signalé dans les recensements des USP. Généralement, la majorité des dispositions requises pour répondre à une USP (et pour la préparation à une USP, quoique dans une moindre mesure) sont contenues dans les lois et les politiques sur les USP, mais la législation ou les politiques en matière de GRC sont utilisées pour : (1) compléter ces dispositions, généralement en établissant les dispositions administratives ou opérationnelles (telles que les exigences de participation ou de coordination), et/ou (2) conférer des pouvoirs accrus, par exemple, par la déclaration de l'état de catastrophe.

La Chine est un exemple de cadre hybride (bien que son cadre se situe à l'extrémité du spectre à dominante USP). Sa réponse aux USP devrait être déterminée par la Loi de la RPC sur la prévention et le traitement des maladies infectieuses, son Règlement sur les réponses aux urgences de santé publique et un Plan d'urgence national pour les crises de santé publique. Toutefois, ces instruments peuvent être complétés – et l'ont été lors de la COVID-19 – par des mesures adoptées en vertu de la Loi de la RPC sur les réponses aux urgences et d'un avis du Bureau général du Conseil d'État sur la publication des mesures d'administration des plans de réponse aux urgences.²²⁵ De même, la riposte à la COVID-19 en République de Corée semble avoir été régie par la législation sur la santé publique,²²⁶ mais dans le cadre fixé par sa loi-cadre générale sur la gestion des catastrophes et la sécurité.²²⁷ Au Sri Lanka, les réponses aux USP sont régies à la fois par les lois sur la santé publique et les lois sur la GRC.²²⁸

Le recensement des USP de la Colombie illustre également une hybridité significative. La réponse de la Colombie en matière d'USP est principalement axée sur ses lois en matière de santé publique, y compris les fonctions relatives au suivi des épidémies, au contrôle de l'assainissement des ports, des navires et des véhicules²²⁹ ainsi qu'à la déclaration de l'état d'urgence sanitaire.²³⁰ Cependant, le pays s'appuie également sur la législation relative à la gestion des risques,²³¹ notamment les décrets et les lois établissant le Fonds national des calamités de la Colombie et sa Politique nationale de gestion des risques,²³² ainsi que les pouvoirs de déclaration de l'état d'urgence conférés par la Constitution.²³³ En outre, la gestion opérationnelle effective de la réponse semble avoir été assurée par ses organismes de GRC générique.

Les cas ci-dessus sont des exemples de ce que l'on pourrait appeler l'hybridité *horizontale*, ce qui signifie que les pouvoirs au niveau national sont prévus dans les lois sur les USP et la GRC. Il existe également des exemples d'hybridité *verticale*. Dans ce cas, les pouvoirs au niveau local ou infranational peuvent être prévus dans la législation sur les USP, mais, si des pouvoirs complémentaires sont nécessaires ou si les USP dépassent les capacités du gouvernement local ou infranational, on peut recourir à la législation nationale sur la GRC. Les États-Unis constituent une illustration de ce type de structure : les mesures initiales sont prises au niveau de l'État en vertu des lois sur la santé publique. En cas de dépassement des capacités de réponse combinées des États ou des gouvernements tribaux, le président peut s'appuyer sur la *Federal Robert T Stafford Disaster Relief and Emergency Assistance Act* (Loi fédérale Robert T Stafford sur le secours en cas de catastrophe et l'assistance d'urgence) pour déclarer une catastrophe ou une urgence majeure.²³⁴

4.2.4 / Cadres à dominante GRC

Très peu d'États-échantillons ont des cadres à dominante GRC. Les seuls qui entrent dans cette catégorie sont l'Afrique du Sud, le Honduras et la Jamaïque. La loi sud-africaine sur la gestion des catastrophes²³⁵ est un instrument tous risques, et les USP, y compris la réponse à la pandémie de COVID-19, seraient gérées dans le cadre des pouvoirs de cette loi et de ses règlements connexes. Le recensement des USP du Honduras indique que les principaux textes relatifs aux USP sont contenus dans les lois sur les contingences nationales,²³⁶ qui couvrent tous les risques ou la plupart. En vertu de ces lois, le ministre de la Santé publique est habilité à prendre des mesures liées aux catastrophes, y compris la déclaration d'urgences épidémiologiques et l'évaluation des menaces et des vulnérabilités liées à la santé.²³⁷ En Jamaïque, la *Disaster Preparedness and Emergency Management*

Act 1993 (Loi de 1993 sur la préparation aux catastrophes et la gestion des urgences) adopte une approche tous risques, permet de se préparer et de répondre à toutes les catastrophes, y compris les USP.²³⁸

4.2.5 / Intégration actuelle

La seule conclusion que l'on puisse tirer des recensements des USP est donc que, à quelques exceptions près, tous les cadres des États-échantillons comportent des éléments des lois en matière d'USP / de santé publique et de GRC. Dans la plupart des cas, la législation en matière d'USP / de santé publique identifie l'autorité principale (généralement le ministre ou le ministère de la Santé) et prévoit les pouvoirs ainsi que les contrôles à utiliser dans le cadre d'une USP (notamment la capacité à créer ou à exercer des pouvoirs d'exception, à imposer des quarantaines, etc.). En revanche, c'est généralement la législation ou l'orientation en matière de GRC qui exige des acteurs qu'ils se préparent à une USP ou qui établit les dispositions de coordination.

Ce résultat peut être voulu. Cependant, surtout en l'absence d'une révision récente des cadres, il est plus probable qu'il soit dû à l'une des raisons suivantes : (1) la gestion des risques d'USP et la GRC étaient auparavant considérées comme distinctes et assurées dans des « silos » séparés, et/ou (2) l'âge de certaines lois en matière d'USP et de santé publique, qui ne reflètent pas les vues plus contemporaines sur la gestion globale des risques de catastrophes et la nécessité d'adopter une approche tous risques.

Les preuves d'intégration des lois sont donc limitées, du moins au sens de l'incorporation ou de l'amalgame, où un seul texte de loi contient les dispositions nécessaires pour faire face à tous les types de catastrophes, y compris les USP. Au niveau des politiques, cependant, dans la mesure où les recensements des USP font des observations à ce sujet, il existe davantage de preuves de l'adoption de plans globaux, tous risques confondus. Ceux-ci peuvent être soit (1) englobants (c'est-à-dire une politique/un plan unique qui prévoit tous les risques) ou (2) des politiques/plans d'USP distincts qui s'intègrent dans des politiques ou plans plus larges et plus généraux. On peut donc considérer que ces politiques ou plans sous-jacents créent une certaine intégration entre la gestion des risques d'USP et la GRC.

4.2.6 / Intégration future

S'il est nécessaire d'améliorer l'intégration, comme le recommandent les Principes de Bangkok, il n'existe pas encore d'approche commune quant à la manière exacte d'y parvenir. L'intégration de tous les risques et types de catastrophes dans un seul ensemble de lois et un seul cadre est sans aucun doute une option. Cependant, l'objectif des Principes de Bangkok d'une plus grande cohérence entre les cadres juridiques²³⁹ peut être réalisé d'autres manières. Comme le montrent les recensements des USP, les cadres relatifs aux USP et à la GRC sont parfois déjà intégrés ou combinés dans une certaine mesure par le biais de politiques et de plans, même s'ils ne figurent pas dans les lois. Si les lois non contraignantes – telles que les politiques et les plans – sont effectivement intégrées, cela peut potentiellement suffire.

En effet, les Principes de Bangkok n'exigent pas que la gestion des risques d'USP soit entièrement intégrée à la législation sur la GRC (bien qu'ils ne l'excluent pas non plus). Les exemples où c'est le cas, notamment la Jamaïque et l'Afrique du Sud, méritent un examen plus poussé après la COVID-19 afin d'évaluer les avantages et les inconvénients pratiques et opérationnels d'une telle approche. Il existe des inconvénients potentiels à s'appuyer sur un seul texte législatif global. Le danger d'une intégration totale est de perdre ou de négliger des éléments spécifiques du régime en cours d'intégration et – comme nous l'avons vu dans le présent rapport – de nombreux aspects de la gestion des risques d'USP sont propres à la santé publique.

Vu la nature hybride des dispositions actuelles dans la plupart des États-échantillons, une intégration totale peut nécessiter un changement important de culture et d'approche et, dans de nombreux cas, une réforme législative globale. Ce n'est pas en soi une raison pour ne pas changer s'il existe des preuves solides de l'avantage, mais celles-ci n'existent tout simplement pas (du moins pas encore). Il serait inapproprié, sur la base d'une étude documentaire comprenant (pour les raisons évoquées au chapitre 1) un instantané restreint des cadres actuels, de tirer une quelconque conclusion quant à ce que l'intégration requiert dans chaque État. Plus important encore, la question de savoir si un cadre permet une intégration efficace ne peut être évaluée qu'au cas par cas et, surtout, en analysant son fonctionnement opérationnel. L'expérience de la COVID-19 fournira des preuves très utiles de la façon dont les différents types de cadres ont résisté, ce qui pourra servir de base à une analyse plus approfondie.



Bagram, Afghanistan, 2020. L'équipe sanitaire mobile de la branche de Parwan du Croissant-Rouge afghan enseigne aux membres de la communauté locale comment prévenir la propagation de la COVID-19 et d'autres maladies. © Meer Abdullah

S'il n'est pas possible d'affirmer que l'intégration requiert un type particulier de cadre juridique national, on peut dire que l'intégration exige l'absence de lacunes, de conflits, d'incohérences ou de duplications inutiles entre les pouvoirs, les rôles, les responsabilités et autres dispositions créés par les instruments relatifs aux USP et à la GRC. Le fait que les cadres hybrides semblent être le type de dispositif le plus courant souligne l'importance de mener des examens pour évaluer si de tels problèmes existent et si c'est le cas, comment les résoudre afin de parvenir à une plus grande intégration.

En outre, quel que soit le type de cadre utilisé, il est tout aussi important (sinon plus) qu'il établisse et favorise les aspects clés d'une gestion efficace des risques d'USP. Ces aspects, abordés dans la suite de ce chapitre, comprennent (sans s'y limiter) une approche globale tous risques, engageant l'ensemble du gouvernement et de la société, des mandats clairs pour la gestion des risques d'USP (y compris les pouvoirs légaux nécessaires et toutes les phases du continuum de gestion des risques d'USP), des rôles et responsabilités clairs bien compris des acteurs et des parties prenantes, ainsi que la participation de l'ensemble des acteurs et parties prenantes concernés de manière coordonnée.



RECOMMANDATIONS

1. Les lois, politiques et plans de gestion des risques d'USP devraient :
 - a. présenter les caractéristiques clés identifiées dans les recommandations de ce chapitre ;
 - b. être conformes aux instruments internationaux pertinents et les mettre en œuvre, notamment le RSI, le Cadre de Sendai et les Principes de Bangkok ;
 - c. être intégrés aux cadres généraux de la GRC (y compris les stratégies nationales et locales de réduction des risques de catastrophes) en ce sens qu'il n'y a pas de lacunes, de conflits, d'incohérences ou de duplications inutiles entre les pouvoirs, les rôles, les responsabilités et les autres dispositions créés par les instruments relatifs aux USP et à la GRC.
2. Les États qui entreprennent un examen de leurs lois, politiques et plans de gestion des risques d'USP devraient, dans le cadre de cet examen, déterminer si les lois, politiques et plans relatifs aux USP sont intégrés aux cadres généraux de GRC dans le sens indiqué au point (1)(c) ci-dessus.

4.3 / MANDATS POUR LA GESTION DES URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE DANS LE DROIT INTERNE

4.3.1 / Les risques pour la santé publique gérés

L'un des thèmes clés du Rapport sur la PRC est l'obligation de clarté des mandats des cadres de GRC. Pour assurer cette clarté, il est important d'identifier et de comprendre les risques gérés. L'incertitude quant aux définitions peut avoir des conséquences en termes de non-identification (1) des acteurs responsables et de leurs mandats, (2) du moment où ces mandats pourraient survenir et (3) des mesures susceptibles d'être prises ainsi que des pouvoirs qui les sous-tendent. Cette situation s'applique également aux cadres de gestion des risques d'USP, mais les recensements des USP suggèrent que l'identification et la compréhension des risques pour la santé publique peuvent être plus problématiques. Cela peut être dû aux deux raisons suivantes : (1) la définition d'une USP, surtout dans les lois plus anciennes, prévoit des interprétations restrictives du risque pour la santé publique, et (2) une tendance à considérer les USP comme secondaires ou consécutives à d'autres catastrophes.

Le chapitre 2 ci-dessus examine le concept international d'USPPI et donne la définition d'une USP par l'OMS. Les lois de nombreux États adoptent ces définitions. En revanche, beaucoup ne les adoptent pas. Les recensements des USP révèlent une certaine incohérence dans la terminologie utilisée pour décrire les « événements sanitaires » pour lesquels une préparation est requise et une action de réponse est déclenchée. Cette incohérence est apparente entre les États, mais peut également s'observer dans les différents textes législatifs à l'intérieur d'un État.

La première question que cela peut soulever est de restreindre les « événements sanitaires » auxquels les pouvoirs en matière d'USP s'appliquent. Cela tend à être une caractéristique des lois plus anciennes. Dans certaines lois identifiées dans les recensements sur les décrets d'état d'urgence et les USP, les USP sont définies par référence à une liste de maladies spécifiques. La législation exige généralement l'information des autorités compétentes en cas de détection d'une de ces maladies, et des mesures ne peuvent être prises qu'en réponse à une épidémie de ces maladies spécifiques. Ces pouvoirs ne s'appliquent pas à d'autres types de risques pour la santé publique. Les problèmes que cela peut entraîner peuvent être atténués. Dans de nombreux cas, il est possible d'étoffer la liste des maladies. Par exemple, dans la loi de 2008 sur la santé publique de Tuvalu, bien qu'un certain nombre de maladies soient spécifiées comme « maladies infectieuses », le ministre de la Santé peut en ajouter,²⁴⁰ mais cela nécessite souvent une mesure formelle, par exemple, la prise d'un décret pour modifier la loi. En outre, cette démarche est incompatible avec l'approche englobant tous les risques pour la santé publique, désormais préconisée par le RSI.

Une approche trop restrictive présente trois risques : (1) lorsqu'une nouvelle maladie requiert une réponse, il peut d'abord être nécessaire d'adopter un instrument permettant de l'ajouter à la liste – ce qui peut retarder la réponse ; (2) si une maladie n'est spécifiée qu'après son apparition, la capacité à se préparer à une épidémie peut être limitée, et (3) une liste prescriptive de maladies infectieuses ou transmissibles comporte le risque d'ignorer les risques pour la santé publique qui ne constituent pas des maladies en tant que telles. Une telle législation peut donc ne pas englober certains éléments de la définition de l'USP de l'OMS, notamment le bioterrorisme, la libération d'agents ou de toxines ou la RAM.

La méthode d'énumération des maladies est généralement une caractéristique de la législation ancienne. Une législation ancienne peut également causer des problèmes plus larges en préservant des approches dépassées des USP, surtout lorsque ces approches sont incompatibles avec le RSI. Dans un certain nombre d'États-échantillons, la principale législation en matière d'USP ou de santé publique est très ancienne. En Inde, par exemple, la réponse aux USP reste basée sur l'*Epidemic Diseases Act 1897* (Loi de 1897 sur les maladies épidémiques) qui a été promulguée pour la première fois suite à une épidémie de peste bubonique à Mumbai dans les années 1890.²⁴¹ Un certain nombre d'États utilisent encore des lois datant des années 1930 : par exemple, la *Public Health Act 1935* (Loi sur la santé publique de 1935)²⁴² en Ouganda et la *Public Health Act 1930* (Loi de 1930 sur la santé publique) en Zambie.²⁴³ La législation sur la quarantaine peut également être relativement ancienne. Citons par exemple la Loi de 1926²⁴⁴ sur la quarantaine au Nigeria et la Loi de 1947 sur la quarantaine en Grenade.²⁴⁵ L'ordonnance de quarantaine du Sri Lanka est du même âge. Le Lesotho²⁴⁶ et le Liberia²⁴⁷ s'appuient sur une législation plus récente, mais qui date encore des années 1970.

L'ancienneté d'une loi n'en fait pas *nécessairement* une mauvaise loi, et la législation susmentionnée a peut-être été modifiée plus récemment que ne le suggère sa date. Cependant, les concepts de santé publique et de maladies transmissibles du 19^e ou du début du 20^e siècle sont très différents de ceux d'aujourd'hui. Un certain nombre de lois prévoient encore des dispositions relatives à des maladies qui ne sont plus répandues, par exemple la variole. Ces lois datent également d'une époque où les voyages internationaux n'étaient pas encore monnaie courante, où les migrations, les facteurs environnementaux et climatiques étaient à peine pris en compte et où le bioterrorisme ou la RAM étaient inconnus. On peut donc se demander si des dispositions adaptées aux circonstances et aux concepts modernes de l'épidémiologie peuvent se trouver de manière réaliste dans de telles lois ou si elles peuvent reposer sur de tels fondements. Même lorsque les lois sont plus modernes, il est important – au fur et à mesure de l'apparition de nouveaux risques sanitaires et de l'évolution des mesures de lutte – que la législation soit régulièrement révisée pour s'assurer qu'elle reste adaptée aux objectifs modernes.

Des lois qui reflètent mieux les concepts modernes d'USP figurent dans tous les recensements des USP. De nombreux États-échantillons ont adopté dans leurs lois ou politiques une approche plus souple ou englobant tous les risques pour la santé publique, ce qui est conforme à l'approche actuelle du RSI. À Singapour, par exemple, la loi sur les maladies infectieuses fonctionne sur la base d'une liste de maladies prescrites, mais comprend une clause générale fourre-tout qui étend les pouvoirs de la loi aux risques émergents.²⁴⁸ Il n'est donc pas nécessaire de modifier ou d'étoffer officiellement la liste des maladies prescrites pour qu'une nouvelle maladie puisse être gérée conformément aux dispositions de la loi. En République de Corée, la question est traitée en prescrivant des groupes de maladies, mais avec la possibilité pour un fonctionnaire de désigner des maladies non spécifiées si l'on « craint qu'elles ne soient soudainement transmises ou répandues en République de Corée et qu'il soit nécessaire de les prévenir et de les contrôler d'urgence ».²⁴⁹

Une autre approche consiste à inclure les USP dans une définition générale de la « catastrophe » ou de l'« urgence », soit (1) en énumérant les épidémies et les flambées épidémiques comme l'un des nombreux dangers susceptibles de provoquer une catastrophe ou une urgence, soit (2) en définissant une catastrophe ou une urgence par référence à l'ampleur de la menace, de la perturbation ou du préjudice subi par la communauté (indépendamment de sa cause). Cette démarche concorde également avec l'approche englobant tous les risques pour la santé publique, car elle ne limite pas les pouvoirs et les dispositions d'urgence à des risques sanitaires spécifiques. Par exemple, la Loi sur les urgences des Îles Marshall fait référence à « une grave urgence [existante] mettant en danger la vie, la santé ou les biens », ²⁵⁰ une définition suffisamment vaste pour englober l'USP. En Australie, en vertu de la législation sur la GRC de Victoria et de la Nouvelle-Galles du Sud, la définition de l'« urgence » s'étend aux USP, ce qui signifie que les pouvoirs prévus par cette législation sont disponibles, le cas échéant, pour faire face à une USP.²⁵¹

Même si la méthode exacte de mise en œuvre d'une approche englobant tous les risques pour la santé publique dans les lois et/ou les politiques dépend des circonstances de chaque État, les recensements des USP révèlent diverses façons dont les États veillent à ce qu'un éventail aussi large que possible de risques pour la santé publique soit intégré dans leurs cadres de gestion des risques d'USP.

4.3.2 / USP secondaires

Un autre problème identifié en ce qui concerne le concept d'USP est la tendance à considérer les USP comme des catastrophes secondaires ou consécutives, plutôt que primaires. Il se peut qu'elles ne soient plus considérées ainsi en raison de la COVID-19, mais les préparations antérieures en matière d'USP les ont principalement considérées comme des événements découlant d'autres catastrophes. En Iran, les plans de prévention et de confinement face aux maladies transmissibles sont généralement axés sur la propagation des maladies à la suite d'une catastrophe causée par des risques naturels et non en réponse à une pandémie ou à une autre USP elle-même.²⁵² Les USP peuvent évidemment découler d'autres types de catastrophes ou survenir simultanément avec elles, mais elles devraient également être considérées en tant que telles. L'UNDRR s'est penché sur cette question dans le cadre de son Examen de la gouvernance des risques de catastrophes de la COVID-19 en Asie-Pacifique. Cet examen souligne l'attention limitée accordée à la gestion des risques et des urgences biologiques et l'accent mis sur les risques naturels dans la plupart des stratégies de RRC en Asie-Pacifique. Par conséquent, l'étude souligne la nécessité d'une approche véritablement multirisque de la gestion des risques.²⁵³ Il s'ensuit que les cadres de gestion des risques d'USP devraient englober les USP primaires et secondaires.



RECOMMANDATIONS

1. Les États qui ne l'ont pas fait récemment devraient entreprendre l'examen de leurs lois, politiques et plans relatifs à la gestion des risques d'USP afin de s'assurer qu'ils sont adaptés aux objectifs modernes et proposer de nouvelles lois ou des lois modificatives de toute urgence, si nécessaire.
2. Les lois, politiques et plans nationaux devraient établir des cadres de gestion de risques d'USP qui permettent de se préparer et de répondre à un éventail aussi large que possible de risques pour la santé publique en adoptant une approche englobant tous les risques pour la santé publique, conforme au RSI.
3. Les lois, politiques et plans nationaux devraient garantir que les cadres de gestion des risques d'USP et/ou les cadres de GRC prévoient des dispositions pour les USP primaires et secondaires dans le cadre d'une approche multirisque.
4. Toutes ces lois et/ou politiques devraient assurer :
 - a. une certitude quant aux types de risques et d'événements de santé publique pour lesquels les fonctions de préparation et de réponse sont prescrites ;
 - b. la souplesse nécessaire pour que les fonctions de préparation et de réponse s'appliquent aux risques nouveaux et émergents pour la santé publique.
5. Les lois, politiques et plans nationaux relatifs aux USP devraient être régulièrement réexaminés afin de s'assurer qu'ils restent adaptés et qu'ils prennent en compte tous les risques actuels et émergents liés aux USP, y compris les nouvelles maladies virales, les nouveaux agents et toxines ainsi que les risques tels que la résistance aux antimicrobiens.

4.3.3 / Phases de la gestion des risques d'USP

Un autre critère d'un cadre de gestion des risques d'USP exhaustif et intégré est son applicabilité à toutes les phases de la gestion des risques d'USP. Le concept de *gestion* des risques de catastrophe ou de *gouvernance* des risques de catastrophe a considérablement évolué ces dernières années, principalement sous l'impulsion du Cadre de Sendai. La GRC n'est plus considérée comme une simple question de planification et de réponse aux catastrophes, mais plutôt comme une question de réduction des risques de catastrophe et de relèvement. Un cadre exhaustif de GRC, surtout s'il est intégré, doit donc tenir compte de toutes les phases de la GRC, à savoir :

- La réduction des risques de catastrophe (**RRC**) : mesures visant à prévenir les nouveaux risques de catastrophe et à réduire les risques existants, ainsi qu'à gérer les risques résiduels, toutes ces mesures contribuant à renforcer la résilience et donc à réaliser le développement durable.
- La préparation aux catastrophes : connaissances et capacités développées par les gouvernements, les organisations de réponse et de relèvement, les communautés et les individus pour anticiper, répondre et se relever efficacement des impacts des catastrophes probables, imminentes ou actuelles.
- La réponse aux catastrophes : mesures prises directement avant, pendant ou immédiatement après une catastrophe afin de sauver des vies, de réduire les impacts sur la santé, d'assurer la sécurité publique et de répondre aux besoins de subsistance essentiels des personnes touchées ;
- Le relèvement après une catastrophe : rétablissement ou amélioration des moyens de subsistance et de la santé, ainsi que des biens, systèmes et activités économiques, physiques, sociaux, culturels et environnementaux d'une communauté ou d'une société touchée par une catastrophe, conformément aux principes du développement durable et de la « reconstruction en mieux », afin d'éviter ou de réduire les risques de catastrophes futures.²⁵⁴

Un cadre exhaustif de gestion des risques d'USP devrait également aborder ces quatre phases clés. Le présent rapport se concentre principalement sur la préparation et la réponse aux USP – et ces phases sont abordées ailleurs en détail – mais il serait négligent de ne pas mentionner, même brièvement, la réduction des risques et le relèvement en matière d'USP. Cela est d'autant plus important que, bien que les États-échantillons aient mis en place des lois pour traiter de la réponse aux USP, les recensements des USP suggèrent que les cadres existants relatifs à la gestion des risques d'USP ne sont pas aussi bien élaborés ou intégrés dans les quatre phases.

Indonésie, 2019. De nombreuses communautés sont vulnérables aux catastrophes et aux épidémies à travers l'Indonésie. Les catastrophes déclenchent souvent des épidémies, dont beaucoup sont des zoonoses, causées par des infections qui se propagent entre les animaux et les humains. Les communautés des zones rurales sont souvent plus exposées lorsque l'agriculture constitue un moyen de subsistance.

© Corrie Butler, FICR



Comme indiqué, les pouvoirs permettant d'entreprendre et de faciliter la *réponse* à une USP sont prévus, dans la grande majorité des cas, dans la législation sur les USP ou la santé publique ou dans les pouvoirs liés à l'état d'urgence. Comme l'indique le présent rapport, les dispositions juridiques relatives à la réponse aux USP ne sont pas sans failles, mais elles sont néanmoins clairement en place. La phase de préparation – et la planification d'urgence en particulier – est examinée à la section 4.6. La manière dont cette phase est abordée est moins exhaustive, mais, qu'il s'agisse de lois ou de politiques, la plupart des États-échantillons disposent d'une certaine forme de processus de planification des USP.

Les dispositions relatives à la réduction des risques d'USP et au relèvement, en revanche, sont sensiblement absentes des lois et des politiques identifiées dans nombre de recensements des USP. Cela peut être dû à l'ancienneté d'une grande partie de la législation relative à la santé publique. Si elle a été promulguée avant l'élaboration du Cadre de Sendai et la compréhension moderne de la GRC globale, elle tend à ne pas faire référence à la réduction des risques ou au relèvement. Si la source des lois relatives aux USP est la législation sur la santé publique, par opposition à la législation en matière de GRC, là encore, ces éléments peuvent ne pas être inclus (peut-être parce que ces concepts ne sont pas encore pleinement intégrés dans le domaine de la santé publique, comme le reconnaissent les Principes de Bangkok). Néanmoins, il est important que les États qui ne l'ont pas encore fait intègrent les phases de réduction des risques et de relèvement dans leurs cadres de gestion des risques d'USP.

Réduction des risques d'USP

Si elles n'étaient pas largement comprises auparavant, la COVID-19 a fait prendre conscience des risques sérieux que représentent les zoonoses. On estime que plus de six maladies infectieuses connues sur dix chez l'Homme peuvent être transmises par les animaux, et que trois maladies infectieuses nouvelles ou émergentes sur quatre chez l'Homme sont des zoonoses.²⁵⁵ L'un des principaux facteurs de risque de zoonose est « l'expansion non réglementée de l'élevage qui empiète sur des habitats vierges, poussant les animaux domestiques, les humains et les animaux sauvages à des contacts plus étroits et plus fréquents ». ²⁵⁶ L'évolution des voyages, du tourisme et du commerce a également eu un impact sur l'épidémiologie des zoonoses.²⁵⁷ Pour faire face efficacement aux risques qu'elles posent, il faut une approche Une seule santé caractérisée par l'implication et la coordination des secteurs de la santé publique, de la santé animale et végétale, ainsi que du secteur environnemental. Un autre risque majeur pour la santé publique, qui devrait également être pris en compte dans le cadre de la phase de réduction des risques, est la résistance aux antimicrobiens (**RAM**). Tout comme le changement climatique représente un risque à plus long terme et à évolution plus lente dans le domaine plus large de la GRC, la RAM représente un risque similaire dans le domaine de la santé.

Aucun cadre de gestion des risques d'USP ne peut ignorer les causes profondes telles que celles-ci. Certains cadres le reconnaissent déjà. Le Plan nord-américain pour la grippe animale et pandémique (c'est nous qui soulignons), par exemple, a été créé après que les États-Unis, le Canada et le Mexique ont réfléchi à la propagation et aux problèmes potentiels observés lors de la pandémie H1N1 de 2009.²⁵⁸ En Angleterre et au Pays de Galles, la législation sur la santé animale exige le maintien de plans d'urgence nationaux et prévoit des dispositions spécifiques pour le contrôle des zoonoses.²⁵⁹ La loi libérienne sur la santé publique prévoit également de traiter les maladies zoonotiques²⁶⁰ et fait spécifiquement référence à la plateforme Une seule santé.²⁶¹

En raison de la nature limitée des analyses de la réduction des risques dans les recensements des USP, le présent rapport peut faire peu de commentaires sur les lois ou les politiques des États en matière de réduction des risques d'USP.²⁶² Des recherches et des rapports ultérieurs examineront sans aucun doute cet aspect des USP en détail. Néanmoins, en ce qui concerne les lois et/ou les politiques pouvant permettre la mise en place de cadres exhaustifs de gestion des risques d'USP, la littérature et les rapports sur la pandémie de COVID-19 ont souligné la nécessité de réduire le risque de futures USP. L'initiative Une seule santé souligne également déjà la nécessité d'intégrer et/ou de coordonner les acteurs de la santé animale, de la santé végétale et de l'environnement tout au long du continuum de la GRC et de la gestion des risques d'USP.

Relèvement des USP

À l'instar de la réduction des risques, la phase de relèvement d'une USP n'est pas abordée spécifiquement dans les recensements des USP. Les recensements des USP examinent le rôle de la loi dans l'atténuation des impacts des USP, ce qui inclut un examen des mesures initiales prises pour démarrer le processus de relèvement après la

COVID-19. En outre, un certain nombre de mesures économiques, sociales et éducatives adoptées pour atténuer l'impact immédiat de la pandémie de COVID-19 peuvent appuyer le relèvement post-pandémique.

Cependant, étant donné le manque d'informations sur le relèvement dans les recensements des USP, tout ce que l'on peut dire à ce stade est que, comme pour la réduction des risques, si les États veulent mettre en place des cadres exhaustifs de gestion des risques d'USP, toutes les phases du continuum de gestion des risques devraient y être intégrées, y compris la phase de relèvement.



RECOMMANDATIONS

1. Les lois, politiques et plans nationaux de gestion des risques d'USP devraient :
 - a. tenir compte des évolutions plus larges de la gestion des risques d'USP, notamment l'approche Une seule santé et la reconnaissance croissante de l'importance des mesures de réduction des risques ;
 - b. prévoir des dispositions pour réduire le risque d'USP, notamment en assurant la coordination des mesures et des activités avec les secteurs de la santé animale, de la santé végétale et de l'environnement (et d'autres acteurs de l'initiative Une seule santé) ;
 - c. aborder la phase de relèvement en incluant des dispositions permettant et soutenant le relèvement des USP.

4.4 / COORDINATION ET DIRECTION²⁶³

4.4.1 / Coordination

Le Rapport sur la PRC considère qu'en matière de GRC au sens large, « la mauvaise coordination demeure un problème grave dans les opérations de réponse aux catastrophes internationales et nationales ». Une enquête de la FICR menée à la même époque auprès des professionnels de la gestion des catastrophes et de l'assistance humanitaire indique que :

« La mauvaise coordination est le problème réglementaire le plus courant dans les réponses internationales et nationales aux catastrophes... et celui qui a le plus d'impact sur l'efficacité et l'efficience des opérations de réponse aux catastrophes. Deux types différents de problèmes de coordination au niveau national ont été identifiés : des lacunes dans la coordination entre les différentes agences sectorielles et/ou les différents niveaux de gouvernement et des lacunes dans la coordination entre les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, y compris les acteurs internationaux ».²⁶⁴

Malheureusement, les recensements des USP indiquent une situation similaire en ce qui concerne la coordination des USP. Cette constatation peut être encore plus inquiétante étant donné – comme l'a démontré la COVID-19 – le très grand nombre d'acteurs de différents secteurs dont les activités devraient être coordonnées. En outre, les recensements des USP montrent que dans une USP, le nombre d'agences impliquées dans un secteur, en particulier le secteur de la santé, ajoute un autre type de problème de coordination : non seulement il devrait y avoir une coordination *entre* les secteurs, mais il faut également des mécanismes de coordination au sein des secteurs, voire *au sein de* certaines agences.

Les recensements des USP font état d'un large éventail de mécanismes de coordination et, à l'instar des cadres juridiques généraux en matière d'USP (voir section 4.2), les mécanismes de coordination peuvent être répartis en trois grandes catégories : à dominante USP, à dominante hybride et à dominante GRC. Cependant, contrairement aux cadres juridiques généraux, la majorité des recensements des USP indiquent que les principaux mécanismes de coordination utilisés pour les USP sont prévus par les lois et/ou politiques générales en matière de GRC. En Colombie, par exemple, un système détaillé de coordination est décrit, établi en vertu de la législation colombienne

sur la GRC.²⁶⁵ De même, en Afrique du Sud, la coordination de la riposte à la COVID-19 semble être organisée par le Centre de gestion des catastrophes, conformément aux dispositions plus larges de la GRC.²⁶⁶

Même dans les pays disposant de *cadres* juridiques à dominante USP, la préférence semble aller à l'utilisation de mécanismes permanents de coordination de la GRC pour la réponse en matière d'USP. Au sein de ces mécanismes, il peut y avoir des sous-mécanismes spécifiques aux USP – par exemple, des sous-comités de comités principaux – mais ils fonctionnent toujours dans le cadre des dispositions génériques de GRC. En Australie, les principaux mécanismes de coordination sont fondés sur des cadres génériques de GRC. Au Royaume-Uni, pays disposant d'un cadre de gestion des risques à dominante USP, la coordination des dispositions de préparation et de réponse aux USP est prescrite par la législation portant sur les contingences générales et ses orientations génériques sur le concept d'opérations d'intervention d'urgence.²⁶⁷ De même, aux Émirats arabes unis, où les pouvoirs de réponse aux USP sont prévus dans la Loi sur le contrôle des maladies transmissibles, la réponse aux USP est coordonnée par l'Autorité nationale de gestion des urgences, des crises et des catastrophes, qui est chargée de gérer toutes les catastrophes.²⁶⁸

Peu d'États de l'échantillon semblent disposer de mécanismes de coordination purement sanitaires. Si on en trouve, c'est généralement parce que les États ont établi des mécanismes de coordination spécifiques à la COVID-19, plutôt que de s'appuyer sur des mécanismes de coordination permanents. En Bulgarie, par exemple, un mécanisme spécifique à la COVID-19 a été créé, car selon les informations aucun dispositif de coordination permanent n'est en place.²⁶⁹ En Sierra Leone, les efforts de coordination ont été menés par le ministère de la Santé, bien qu'ils soient signalés comme étant très inclusifs, appelant à la participation des entités clés d'Une seule santé, de tous les partis politiques et de l'équipe de réponse à Ebola qui a mené la riposte à l'épidémie d'Ebola de 2013-2016.²⁷⁰ Dans quelques cas seulement, les États-échantillons semblent donc s'appuyer sur des mécanismes permanents de coordination spécifiques aux USP.

La même catégorisation s'applique aux dispositifs de coordination pendant la phase de préparation. Les exigences en matière d'évaluation des risques et d'élaboration des plans sont donc plus souvent prévues dans la législation générale sur la GRC. Au Royaume-Uni, par exemple, en vertu de sa législation générique sur la planification d'urgence, chaque organisation de soins de santé responsable de la réponse à une USP est tenue d'évaluer les risques d'USP et de tenir des plans pour ces risques.²⁷¹

Le constat général est donc que les dispositions pour coordonner ou gérer d'une autre manière (1) la préparation aux USP et (2) la réponse aux USP sont le plus souvent prévues dans la législation et/ou les politiques générales de GRC. Cependant, il faut souligner qu'il s'agit d'une évaluation très large fondée uniquement sur le contenu de la législation et des plans identifiés dans les recensements des USP. En outre, le fait que les mécanismes de coordination des USP soient généralement prescrits par les lois ou les politiques génériques de GRC ne signifie pas que les agences de GRC sont chargées de la réponse aux USP. Au contraire, en cas d'USP, ces lois ou politiques prévoient souvent qu'un autre acteur – le plus souvent le ministre de la Santé – pilote la riposte et, par exemple, dirige le centre d'opérations d'urgence ou son équivalent. Il n'est pas possible, à partir des seuls recensements, de se prononcer sur la manière dont ces dispositions fonctionnent dans la pratique ou, par exemple, sur le fonctionnement des centres d'opérations d'urgence ou de catastrophe dans une situation d'USP. Cependant, on peut dire qu'il est essentiel que les mécanismes de coordination soient clairement définis et compris.

L'avantage de s'appuyer sur les dispositions de la GRC pour la coordination des USP est qu'elles peuvent déjà répondre à certains des défis de coordination bien établis et largement compris identifiés dans le Rapport sur la PRC. Si des mécanismes de coordination distincts, spécifiques à l'USP sont mis en place, il se peut qu'il y ait un danger de « réinvention de la roue » et un potentiel de duplication et/ou de conflit. Si des mécanismes de coordination spécifiques aux USP peuvent favoriser une meilleure identification des participants du secteur de la santé, ils risquent d'être trop axés sur le secteur et de ne pas prendre en compte les questions plus larges – et de ne pas associer un plus grand nombre de participants – dont la COVID-19 a montré la pertinence pour une USP.

Les recensements des USP font peu référence au deuxième type de coordination : la coordination intra-sectorielle ou intra-organisationnelle. Ceci est particulièrement pertinent dans les structures de soins de santé impliquées dans les USP. Si les recensements des USP contiennent des exemples de dispositions exigeant une coordination entre le ministère de la Santé et d'autres ministères, il est peu question de lois exigeant que le ministère de la Santé coordonne la réponse au sein de ses propres départements ou agences. Ce problème peut être moins

important s'il existe une « autorité sanitaire » centrale, mais il peut être crucial lorsque la responsabilité des différents aspects de la santé publique est déléguée ou partagée entre plusieurs départements, unités ou agences. Il existe des exemples de lois ou de politiques qui visent à résoudre ce problème, mais même dans le cadre de ces dispositions, il existe des lacunes : par exemple, tous ceux qui participent à la fourniture de services de santé au sens plus large, notamment les pharmaciens, les exploitants de maisons de soins ou les fournisseurs de médicaments ou d'EPI, peuvent ne pas avoir un accès direct aux dispositions.

Dans l'ensemble, bien que les recensements des USP ne rendent pas compte de l'efficacité des mécanismes de coordination des USP, ils illustrent néanmoins l'importance des principes et des recommandations en matière de coordination décrits dans le Rapport sur la PRC²⁷² concernant, par exemple, la nécessité de clarté et (comme également indiqué dans la section 4.5 ci-dessous) d'associer tous les participants appropriés.



RECOMMANDATIONS

1. Les lois, politiques et plans nationaux de gestion des risques d'USP devraient donc faciliter la coordination :
 - a. horizontalement entre les différentes agences sectorielles, ainsi qu'au sein de celles-ci ;
 - b. verticalement entre les différents niveaux de gouvernement ; et
 - c. entre les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, y compris les acteurs internationaux (le cas échéant).
2. Les lois, politiques et plans nationaux de gestion des risques d'USP devraient donc :
 - a. établir des mécanismes de coordination incluant des représentants de :
 - i. toutes les agences sectorielles concernées,
 - ii. tous les départements concernés des agences sectorielles,
 - iii. tous les niveaux de gouvernement et
 - iv. tous les acteurs non gouvernementaux concernés ;
 - b. attribuer à tous les acteurs des rôles et des responsabilités clairs ;
 - c. imposer aux acteurs l'obligation de se réunir régulièrement et de partager des informations, afin de garantir l'efficacité des mécanismes de coordination.

4.4.2 / Direction et responsabilité principale

La direction est étroitement liée à une coordination efficace, mais elle revêt une importance plus générale dans les cadres de gestion des risques d'USP. Les recensements des USP révèlent que la direction ou la responsabilité principale sont interprétées de différentes manières. Tout d'abord, il y a une direction *juridique* lorsque les lois²⁷³ indiquent expressément qui assume la responsabilité principale et peut, par exemple, prendre des règlements d'urgence ou exercer des pouvoirs d'exception clés. Cette responsabilité est le plus souvent conférée dans les lois sur les USP au ministre de la Santé (ou son équivalent), au ministère de la Santé ou aux hauts fonctionnaires de ce ministère. Cependant, la direction *opérationnelle* n'est pas toujours confiée au même acteur. Dans certains cas, elle est confiée à un bureau ou à un département général de gestion des catastrophes, mais dans d'autres, elle peut être confiée à un département ou à un responsable spécifique au sein du ministère de la Santé. Il existe également de nombreux exemples où la direction – tant juridique qu'opérationnelle – pourrait être partagée, voire collégiale (par exemple, à travers un conseil ou un comité).

Dans un certain nombre de cas, le rôle de direction de la réponse à la COVID-19 est assumé par le président ou le chef du gouvernement, en particulier lorsque l'état d'urgence est déclaré. Cela soulève un autre problème, à savoir le conflit potentiel entre la responsabilité *juridique* de diriger une réponse et la direction *politique*. Avec une USP de l'ampleur de la COVID-19, il serait totalement irréaliste que le chef d'État ou le chef de gouvernement ne soit pas en charge de la réponse, pourtant – sauf en cas de déclaration de l'état d'urgence – les lois confèrent

normalement les pouvoirs légaux à un ministre ou un fonctionnaire. Il existe des exceptions : par exemple, en Nouvelle-Zélande, le Premier ministre est expressément habilité – en consultation avec le ministre de la Santé – à émettre des mises en demeure qui déclenchent les pouvoirs d'exception.²⁷⁴ Néanmoins, dans la majorité des cas, il existe des preuves de chevauchement potentiel des responsabilités. Les recensements des USP ne disent pas si cela est devenu une réalité et si des recherches complémentaires seraient nécessaires pour le confirmer, mais par principe, les responsabilités confuses ou incertaines devraient clairement être évitées.

Le chevauchement des responsabilités – potentiellement conflictuel – peut également constituer un problème lorsque plusieurs organismes se voient confier des responsabilités principales. Le partage des responsabilités n'est pas nécessairement un problème en soi. Dans la majorité des recensements des USP, les lois sur les USP attribuent au ministre ou au ministère de la Santé (sous une forme ou une autre) le rôle *principal*. Cependant, la plupart des recensements identifient d'autres acteurs comme ayant un *certain* rôle dans la conduite de la riposte à la COVID-19. La direction peut être partagée horizontalement (c'est-à-dire entre les départements gouvernementaux) ou verticalement, surtout dans les États fédéraux ou quasi-fédéraux. Avec une USP de l'ampleur de la pandémie de COVID-19, ce dernier point ne constitue pas forcément un problème : la réponse devrait être dirigée au niveau national. Cependant, un certain nombre d'États appliquent une approche « ascendante », ce qui peut signifier que dans le cas d'une épidémie géographiquement confinée, d'autres dispositions de direction peuvent s'appliquer. Les problèmes susceptibles de survenir en cas de manque de clarté entre les différents niveaux de gouvernement sont illustrés par un recensement des USP qui fait référence à un conflit de compétences en matière de santé publique entre le président et les gouverneurs de province. Le gouverneur d'une province a unilatéralement placé sa province sous confinement, mais cette décision a été contestée par le ministre *national* de la Santé, qui a soutenu que lui seul est responsable de la gestion de la riposte à la COVID-19.²⁷⁵

Les recensements identifient également la possibilité que la direction change au cours d'une USP ou diffère en fonction des pouvoirs exercés et/ou de la législation dans laquelle ils sont contenus.

Il appartient clairement à chaque État de déterminer quelle(s) personne(s) ou quel(s) titulaire(s) de fonction(s) assume(nt) la direction avant, pendant et après une USP : l'approche choisie dépendra des circonstances propres à chaque État, de la manière dont les fonctions sont attribuées, du cadre constitutionnel, des pouvoirs devant être exercés et du moment de leur exercice. Ce qui est important – et cela reprend un thème central du présent rapport – c'est que les dispositions en matière de direction, les fonctions dont les acteurs ont la responsabilité principale et les moments auxquels ces responsabilités apparaissent soient clairement déterminés, idéalement avant la survenance de l'USP.



RECOMMANDATIONS

Les lois, politiques et plans relatifs à la gestion des risques d'USP devraient garantir que :

1. la (les) personne(s) ou agence(s) ayant la responsabilité principale des actions avant, pendant et après une USP est (sont) clairement identifiée(s) (y compris le commandement et le contrôle d'un centre d'opérations d'urgence s'il en existe un) ;
2. la nature de la fonction de dirigeant ainsi que les fonctions et pouvoirs du dirigeant sont clairs et certains ; et
3. tout conflit potentiel entre des personnes ou des organismes exerçant des fonctions de direction est éliminé ou réduit au minimum.

4.5 / PARTICIPATION ET REPRÉSENTATION

4.5.1 / Introduction

Le Rapport sur la PRC recommande que, lors de la création ou de la réforme des institutions de préparation et de réponse aux catastrophes, les décideurs adoptent une approche engageant l'ensemble de la société et de l'État qui permette à toutes les parties prenantes de participer aux institutions : « Une approche engageant l'ensemble de la société et de l'État permet d'exploiter toutes les ressources disponibles et favorise la protection ainsi que la prise en compte des groupes vulnérables. »²⁷⁶ Le Cadre de Sendai encourage cette approche engageant l'ensemble de la société, et les Principes de Bangkok la renforcent.

La pandémie de COVID-19 a fait prendre conscience à tous les États qu'une USP à grande échelle peut avoir un impact ou nécessiter une action de la part de pratiquement tous les niveaux de gouvernement, tous les secteurs, toutes les régions, toutes les communautés et tous les individus. Chacun de ces niveaux, secteurs, régions, communautés et individus a donc un rôle et un intérêt dans la gestion de toutes les phases d'une USP (réduction des risques, préparation, réponse et relèvement). Une approche engageant l'ensemble de la société et de l'État est donc sans doute encore plus essentielle en ce qui concerne les USP, par rapport à d'autres types de catastrophes. Malheureusement, les recensements des USP indiquent que l'approche de la gestion des risques d'USP engageant l'ensemble de la société n'est pas encore une réalité.

4.5.2 / Approche engageant l'ensemble de l'État

Les recensements des USP indiquent qu'un très large éventail et un grand nombre de départements, d'organisations et d'agences gouvernementales ou publiques peuvent être associés à la gestion d'une USP. Par exemple, le recensement des USP au Brésil fait référence à l'Agence nationale de surveillance sanitaire, au Secrétariat de surveillance de la santé, au Centre de réponse rapide aux urgences épidémiologiques ainsi qu'à la Fondation nationale de la santé, qui participent tous à la gestion des USP.²⁷⁷ Dans la majorité des États-échantillons, la réponse aux USP implique le ministre et le ministère de la Santé ainsi que les médecins-chefs. Dans certains d'entre eux, les centres de contrôle des maladies jouent un rôle clé, à l'instar du Centre de contrôle des maladies de la République de Corée.²⁷⁸

Dans pratiquement tous les États-échantillons, les départements ou organes généraux de GRC ont un rôle, bien que celui-ci puisse varier en fonction de la catégorie de cadre (voir section 4.2) et des mécanismes de coordination (voir section 4.4) en place. Le recensement des USP en Colombie décrit l'une des structures les plus détaillées, le Système national de gestion des risques de catastrophes (*Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres*). Il identifie en détail les principaux acteurs gouvernementaux, du président de la République au directeur de l'Unité nationale de gestion des risques de catastrophes (UNGRD).²⁷⁹ Une liste moins structurée, mais tout aussi complète d'acteurs est également présentée dans le recensement des USP de Papouasie-Nouvelle-Guinée. Ce recensement indique que les acteurs suivants jouent un rôle dans la réponse aux USP en Papouasie-Nouvelle-Guinée : le Conseil exécutif national, les comités d'urgence et d'urgence temporaire, le chef de l'État, le Centre de contrôle national, le contrôleur et le contrôleur adjoint nommés par le chef de l'État, le Conseil consultatif technique, les centres de contrôle provinciaux, les administrateurs provinciaux, les comités consultatifs provinciaux, les forces de défense et un comité des finances et des achats.²⁸⁰

Compte tenu des nombreux types de mesures prises pour répondre aux effets de la pandémie de COVID-19 ou les atténuer (dont beaucoup sont abordés dans la partie C), il est clair qu'une approche engageant l'ensemble de l'État est nécessaire pour faire face aux USP. En plus des acteurs gouvernementaux de la santé et de la GRC en général, un éventail beaucoup plus large de ministères ou d'autorités devraient être impliqués. Des illustrations des rôles importants d'autres types de ministères ou d'autorités sont données tout au long des recensements des USP. Par exemple, en Corée, le ministère de l'Intérieur et de la Sécurité collecte des données et des informations relatives aux risques, y compris des informations sur les « accidents sociaux » (qui englobent les maladies infectieuses) et est chargé de l'indice de sécurité des gouvernements locaux.²⁸¹ L'agence libérienne de protection de l'environnement est responsable non seulement des risques environnementaux, mais aussi des situations susceptibles de constituer une menace sérieuse pour la santé publique.²⁸² Ailleurs, les ministères de l'Intérieur ou de la Justice sont chargés de promulguer certaines des restrictions requises ou du moins de veiller à leur application.

Les ministères de l'Éducation se sont efforcés de fermer les écoles et de proposer un enseignement alternatif, tandis que les ministères des Finances ont élaboré des programmes visant à protéger les entreprises, à soutenir l'emploi continu ou, lorsque cela est impossible, à fournir des prestations sociales. Quant aux ministères des Transports et aux ministères des Affaires étrangères, ils ont fermé les frontières, soutenu les efforts de rapatriement et déterminé les exigences en matière de quarantaine.

Une USP à grande échelle peut également impliquer tous les niveaux de gouvernement. Il est donc important de reconnaître le rôle des structures gouvernementales locales et, dans les États fédéraux ou quasi-fédéraux, les rôles et responsabilités des gouvernements des États. Cela est particulièrement pertinent lorsque les États, en principe du moins, ont adopté une approche ascendante, plutôt que descendante, à la fois pour la planification et la réponse.²⁸³ En effet, étant donné que de nombreuses USP sont susceptibles d'être localisées par nature (du moins au début), les acteurs du gouvernement local devraient être parmi les premiers acteurs inclus dans tout cadre de gestion des risques d'USP.

4.5.3 / Approche engageant l'ensemble de la société

Les recensements des USP indiquent que les cadres de gestion des risques d'USP sont principalement axés sur les acteurs gouvernementaux qui pourraient devoir agir en réponse à une USP – concept de *l'ensemble de l'État* – plutôt que sur les acteurs non gouvernementaux ou ceux susceptibles d'être touchés ou impactés par une USP. Il est malheureusement peu prouvé dans les recensements des USP que les États ont encore adopté une approche de la gestion des risques d'USP engageant *l'ensemble de la société*. Ceci est particulièrement évident lorsque les cadres sont à dominante USP et/ou sont fondés sur des lois de santé publique relativement anciennes. Dans les États de l'échantillon où la gestion des risques d'USP est beaucoup plus intégrée aux cadres génériques de GRC et/ou ceux où les cadres ont commencé à adopter les principes du Cadre de Sendai, il y a des preuves d'une reconnaissance de la nécessité d'impliquer un plus grand nombre de participants, notamment les Sociétés nationales CRCR.

L'implication de l'ensemble des parties prenantes, en particulier des représentants des communautés et des groupes vulnérables, demeure un problème dans la plupart des États de l'échantillon. L'identification de la représentation appropriée de certains groupes ou communautés peut constituer un problème – et les gouvernements (centraux ou locaux) peuvent considérer qu'ils représentent déjà leurs populations. Néanmoins, le Cadre de Sendai encourage une participation communautaire plus large, et de nombreux exemples dans la littérature, le Rapport sur la PRC et un certain nombre de recensements des USP, montrent les avantages potentiels de la participation de groupes communautaires plus informels. L'implication de l'ensemble de la communauté peut également améliorer la surveillance (c'est-à-dire l'identification précoce des épidémies) et la communication. Une participation précoce et continue peut contribuer à garantir que les communautés reçoivent des informations précises sur les risques pour la santé publique et sur la gestion de l'USP.

La non-adoption d'une approche véritablement axée sur l'ensemble de la société peut signifier non seulement (1) que ceux ayant un intérêt important à garantir des dispositifs de réponse efficaces sont exclus ou laissés dans l'ignorance, mais aussi (2) que les groupes susceptibles d'apporter une contribution importante à la gestion des risques d'USP n'ont pas l'occasion de le faire. En dépit de cette tendance générale, il existe quelques exceptions. En Colombie, un sous-système national de bénévoles pour la première réponse (Subsistema Nacional de Voluntarios de Primera Respuesta) a été créé²⁸⁴ et comprend des membres de la défense civile, du réseau national des pompiers et de la Croix-Rouge colombienne.²⁸⁵ Le Conseil national de réduction et de gestion des risques de catastrophes des Philippines est composé de représentants de plusieurs départements du gouvernement national, de l'armée, de la police, de représentants de la Croix-Rouge philippine, d'organisations de services communautaires, du secteur privé et de quatre niveaux de gouvernement infranational, ainsi que d'un représentant de la Commission philippine des femmes. La loi exige que cette institution soit reproduite dans chaque province, ville, municipalité et barangay, garantissant ainsi une large participation des parties prenantes à tous les niveaux du gouvernement.²⁸⁶ Néanmoins, ces exceptions sont rares.

Le Rapport sur la PRC conclut que :

« Une approche engageant l'ensemble de la société et de l'État permet d'exploiter toutes les ressources disponibles et favorise la protection ainsi que la prise en compte des groupes vulnérables. Les parties prenantes qui devraient être impliquées et représentées dans la préparation et la réponse aux catastrophes comprennent, sans toutefois s'y limiter : les acteurs pertinents de tous les niveaux de gouvernement (par exemple, les institutions météorologiques, les départements de la santé, de l'éducation et du logement, l'armée et la police, les institutions nationales des droits de l'Homme, les médiateurs), les Sociétés nationales, le secteur privé (par exemple, les sociétés de télécommunications et d'électricité), les institutions universitaires et de recherche, les OSC, les institutions religieuses (le cas échéant) et les organisations gouvernementales ou non gouvernementales ayant pour mandat de représenter ou de défendre des groupes vulnérables particuliers (par exemple, les commissions nationales des droits des femmes, les organisations de défense des droits des personnes handicapées). En cas de présence permanente et de besoin de soutien de la part des institutions internationales, il peut également être judicieux d'impliquer les agences des Nations unies et les organisations non gouvernementales internationales. »²⁸⁷

Ces recommandations sont aussi valables pour les USP que pour toute autre catastrophe. En effet, le très large éventail de parties prenantes ayant un intérêt et un rôle dans la gestion des risques d'USP souligne la nécessité d'une approche encore plus inclusive.

La pandémie de COVID-19 a montré qu'il existe des secteurs ou des groupes particuliers – qui n'étaient peut-être pas considérés auparavant comme faisant partie intégrante des dispositifs de gestion des risques de catastrophe ou d'USP – qui peuvent jouer un rôle essentiel dans les USP ou être touchés de manière disproportionnée par celles-ci. Le reste de cette section porte sur certains de ces secteurs et groupes particuliers.

4.5.4 / Acteurs Une seule santé et de la coopération au développement

Si les acteurs de l'initiative Une seule santé peuvent jouer un rôle particulièrement important dans la réduction des risques d'USP, leur contribution peut aussi être essentielle à la préparation aux USP. Ils sont également bien placés pour donner l'alerte rapide d'une USP en détectant rapidement les épidémies. Les recensements des USP suggèrent toutefois que le concept Une seule santé n'est pas encore totalement intégré dans les cadres nationaux de gestion des risques d'USP. Il devrait l'être, et il est nécessaire de veiller à ce que les acteurs Une seule santé soient inclus en tant que participants dans les cadres de gestion des risques d'USP afin de promouvoir ce concept.

Les acteurs de la coopération au développement constituent un autre groupe important d'acteurs qui ne sont pas toujours pleinement intégrés dans les cadres nationaux de gestion des risques d'USP. Pourtant, à l'instar des acteurs d'Une seule santé, les acteurs de la coopération au développement ont un rôle clé à jouer dans la réduction des risques et la préparation aux USP, par exemple en soutenant l'élaboration de systèmes de santé solides et résilients, en investissant dans l'amélioration de l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et à l'hygiène, et en renforçant les capacités nationales de détection, d'évaluation et de réponse rapide aux événements de santé publique. En effet, cela participe à la réalisation de l'ODD 3 (assurer une vie saine et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) et plus particulièrement de la cible 3.d (renforcer la capacité de tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux).²⁸⁸

4.5.5 / Soignants

Les recensements des USP suggèrent que les départements ou les pouvoirs publics chargés de fournir des *soins de santé* sont généralement inclus dans les cadres de gestion des risques d'USP. En revanche, elles n'indiquent pas que (1) les départements / pouvoirs publics chargés de fournir des *services sociaux*²⁸⁹ ou (2) les soignants non membres du secteur public ou des structures officielles et qui fournissent des *soins de santé ou des services sociaux* sont inclus au même titre. Malgré le rôle clé que ces soignants jouent dans la protection des personnes contre la COVID-19, ceux-ci auraient été négligés au cours de la réponse selon des preuves anecdotiques. Les soignants sont également disproportionnellement susceptibles d'être marginalisés et d'être eux-mêmes vulnérables. Ces prestataires de soins devraient être inclus dans tout cadre de gestion des risques d'USP, notamment pour soutenir

leur capacité à : (1) continuer à fournir des soins de santé et des services sociaux pendant une USP et (2) adapter ces soins au cas où une USP particulière se traduirait par un risque plus élevé pour la population dont ils s'occupent.

4.5.6 / Sociétés nationales CRCR et autres organisations humanitaires

Les Sociétés nationales CRCR ont un statut juridique unique en tant qu'auxiliaires de leurs pouvoirs publics dans le domaine humanitaire.²⁹⁰ Leur rôle d'auxiliaire est communément reconnu dans les lois nationales sur la Croix-Rouge ou le Croissant-Rouge, qui identifient souvent l'un des objets d'une Société nationale CRCR comme étant la prévention des maladies, la promotion de la santé et du bien-être social, et l'assistance aux victimes de catastrophes et d'urgences.²⁹¹ Comme indiqué au chapitre 3, en adoptant la résolution 3 lors de la 33e Conférence internationale tenue en 2019, les États parties aux Conventions de Genève ont spécifiquement reconnu le rôle des Sociétés nationales CRCR dans le soutien aux pouvoirs publics dans la lutte contre les épidémies et les pandémies, y compris dans le renforcement des capacités d'alerte rapide et de réaction rapide dans les communautés difficiles à atteindre, vulnérables, mal desservies et à haut risque.

Les Sociétés nationales CRCR jouent un rôle important dans les USP et ont joué un rôle majeur pendant la pandémie de COVID-19. Ceci ressort clairement des recensements des décrets d'état d'urgence, qui fournissent de nombreux exemples de la contribution des Sociétés nationales CRCR. Par exemple, la Croix-Rouge haïtienne a mené des activités continues concernant la COVID-19, notamment la création d'un groupe de travail pour améliorer la surveillance et la préparation. La Croix-Rouge dominicaine a coordonné le travail sur la création d'un corridor humanitaire afin d'améliorer l'approvisionnement en articles en République dominicaine.²⁹² Le Croissant-Rouge soudanais a mené des campagnes de sensibilisation et s'est efforcé d'améliorer l'accès à l'eau afin d'améliorer les conditions sanitaires en réparant les pompes manuelles et en accélérant les projets d'approvisionnement en eau des villes au Darfour, au Nil Bleu et au Kordofan du Sud.²⁹³ À titre d'exemple hors COVID-19, le décret d'urgence de la Guinée indique que la Croix-Rouge de Guinée et la Croix-Rouge britannique ont joué un rôle dans la crise d'Ebola, notamment en travaillant avec les communautés pour les aider à comprendre comment se protéger d'Ebola et empêcher sa propagation.²⁹⁴

Les recensements des décrets d'état d'urgence révèlent également un certain nombre d'initiatives impliquant d'autres agences humanitaires. Par exemple, en Guinée, un groupe de travail COVID-19 UNICEF Guinée a été créé.²⁹⁵ Au Soudan, l'ONU a aidé le ministère fédéral de la Santé à mettre en place des unités de soins intensifs à Khartoum en fournissant des produits médicaux, en achetant et en diffusant du matériel de prévention et de contrôle des infections, parmi une série d'activités de collaboration. Toujours au Soudan, l'UNICEF et le HCR ont alloué et mobilisé des ressources pour soutenir la préparation à la COVID-19, et le Fonds des Nations Unies pour la population a travaillé avec les équipes de quarantaine temporaire pour s'assurer que les femmes et les filles en âge de procréer reçoivent des kits de dignité et que les femmes visiblement enceintes reçoivent des kits d'accouchement propres.²⁹⁶ Un type commun d'assistance a été observé à Trinité-et-Tobago, où l'UNICEF a soutenu l'amélioration de l'accessibilité de la plateforme éducative en ligne du ministère.

Malgré le rôle important joué par les Sociétés nationales CRCR dans la réponse à la COVID-19, très peu de recensements des décrets d'urgence rapportent qu'elles ont été explicitement mentionnées dans les décrets d'état d'urgence COVID-19. Ceci est également vrai pour les autres organisations humanitaires. L'omission des Sociétés nationales CRCR et d'autres organisations humanitaires dans les décrets d'état d'urgence a posé un problème pratique, à savoir l'incertitude quant à leur exemption des restrictions, leur classification en tant que « services essentiels » ou « travailleurs de première ligne » et, par conséquent, leur capacité à poursuivre leurs activités. Il y a eu des exceptions où les Sociétés nationales CRCR ont été spécifiquement mentionnées dans les décrets d'état d'urgence COVID-19. Par exemple, la Croix-Rouge des Bahamas a été identifiée et reconnue comme un service essentiel exempté des procédures de mise à l'abri sur place et des restrictions sur les activités commerciales.²⁹⁷ Au Guatemala, il a été expressément exclu que les restrictions sur les voyages et les déplacements s'appliquent à la Croix-Rouge guatémaltèque.²⁹⁸ Néanmoins, il s'agit là d'une minorité.

Les recensements des décrets d'état d'urgence font cependant état de mentions plus fréquentes des Sociétés nationales CRCR (et, dans une moindre mesure, à d'autres organisations humanitaires) dans la législation permanente sur la GRC. Par exemple, une disposition typique est celle contenue dans la *Disaster Management Act* (Loi sur la gestion des catastrophes) de la Zambie. Elle précise que le Comité technique national de gestion des

catastrophes et les comités de gestion de district au niveau local devraient inclure un représentant de la Croix-Rouge de Zambie.²⁹⁹ Plus souvent, les Sociétés nationales CRCR – et d'autres agences – se voient attribuer un rôle exprès dans les plans, politiques ou directives de GRC. Par exemple, au Nigeria, le Plan national de réponse aux catastrophes désigne la Société de la Croix-Rouge du Nigeria comme responsable de la coordination de l'utilisation des ressources fédérales dédiées à l'assistance de masse (Federal mass care resources),³⁰⁰ et le Cadre national sur les catastrophes stipule que les agences de gestion des urgences des États (c'est-à-dire infranationales) devraient inclure un représentant de la Société de la Croix-Rouge du Nigeria.³⁰¹

Néanmoins, les recensements des décrets d'état d'urgence indiquent que l'inclusion des Sociétés nationales CRCR et d'autres organisations humanitaires dans les cadres généraux de GRC – et en particulier dans la législation sur la GRC – n'est pas universelle et, même lorsqu'elle est prévue, le degré d'importance accordé varie. Il est encore moins évident que, lorsque la législation sur la santé publique établit des cadres de gestion des risques d'USP, les Sociétés nationales CRCR et les autres organisations humanitaires soient expressément mentionnées, se voient attribuer des rôles et des responsabilités et/ou soient incluses dans les principaux organes de décision et de coordination. Étant donné le rôle vital que jouent ces organisations, il s'agit d'un domaine où les cadres de gestion des risques d'USP pourraient être considérablement renforcés.

4.5.7 / Écoles³⁰²

Sans exception, dans tous les États-échantillons, les écoles ont physiquement fermé pendant un certain temps et une modalité d'enseignement alternatif a dû être proposée.³⁰³ Les impacts de la fermeture physique des écoles et les mesures prises pour les atténuer sont examinés dans la section 8.7. En règle générale, le Rapport sur la PRC recommande que la législation aborde la préparation et la réponse aux urgences et aux catastrophes dans les écoles.³⁰⁴ Les recensements des USP ne permettent pas de savoir si la crise de l'éducation pendant la pandémie de COVID-19 a été prévue et prise en compte dans les mesures de préparation. La référence limitée à une telle planification semble indiquer qu'elle ne l'a pas été. De nombreuses écoles et autorités scolaires ont réagi rapidement, mais, de manière anecdotique. Certains suggèrent que les choses auraient pu mieux se passer si une réflexion plus proactive avait été menée. Il est également reconnu aujourd'hui que les écoles peuvent jouer un rôle important dans le relèvement après une catastrophe : si les enfants ne sont pas à l'école, les parents peuvent ne pas être en mesure de retourner au travail. Par conséquent, les écoles ou ceux qui sont en mesure de les représenter devraient être inclus dans les dispositions de planification et de réponse aux USP.

4.5.8 / Secteur financier

Comme l'a démontré la pandémie de COVID-19, les USP peuvent avoir des conséquences importantes sur le plan financier, des affaires et de l'emploi, ce qui peut nécessiter une stimulation fiscale et des modifications de politiques économiques. Les divers régimes de sécurité sociale et programmes de financement mis en place pendant la pandémie sont examinés à la section 8.5, qui illustre l'ampleur du soutien financier fourni.³⁰⁵ Pourtant, dans de nombreux recensements des USP, il est peu ou pas du tout fait mention de l'implication des services financiers gouvernementaux ou des banques centrales, sans parler des banques privées et autres institutions financières, dans les cadres de gestion des risques d'USP. Étant donné le rôle essentiel que ces institutions peuvent jouer dans la réponse à une USP, cela semble être une omission grave.

4.5.9 / Fabricants et fournisseurs de biens et d'équipements essentiels

Le groupe suivant comprend les fabricants, les fournisseurs et les distributeurs de biens essentiels et les autres personnes impliquées dans la chaîne d'approvisionnement. Il s'agit généralement d'entités commerciales, mais leur taille peut varier, allant de multinationales à des entreprises unipersonnelles. La COVID-19 a montré que la protection de la chaîne d'approvisionnement en biens essentiels – qu'il s'agisse de nourriture, d'EPI ou de vaccins – constitue une partie essentielle de toute réponse et devrait donc être planifiée en conséquence. Là encore, les recensements des USP ne fournissent pas beaucoup d'informations, et le secteur peut être bien représenté par d'autres moyens, plus informels. Il existe des exemples d'implication des entreprises d'infrastructure et de services publics dans la planification d'urgence qui peuvent constituer un précédent.³⁰⁶ La taille et la diversité potentielles de ce groupe – allant des multinationales aux entreprises unipersonnelles – peuvent rendre difficile l'identification de ses bons participants ou représentants. Il s'agit cependant d'un élément que les États devraient prendre en considération pour éviter les problèmes qui peuvent se poser, par exemple, en matière de capacité de fabrication, d'approvisionnement en matières premières, de distribution et d'obstacles créés par les lois sur la concurrence.



Libéria, 2015. Des élèves retournent en classe à Buchanan, au Libéria. Les écoles de tout le Liberia ont été fermées pendant l'épidémie d'Ebola de 2014 à 2015.

© Rob Few / FICR

4.5.10 / Représentation

La représentation est une question liée à la participation. Dans le Rapport sur la PRC, la représentation est examinée principalement du point de vue de l'amélioration de la participation des parties prenantes extérieures au gouvernement afin de promouvoir une approche engageant l'ensemble de la société. Le rapport encourage donc l'inclusion d'un large éventail de parties prenantes afin de garantir la représentation du plus grand nombre possible de groupes et de secteurs dans la GRC.³⁰⁷

Toutefois, la représentation peut également consister à s'assurer de la participation de la bonne personne au sein d'une organisation, d'un secteur ou d'un groupe. Cela peut s'appliquer aussi bien aux organisations gouvernementales qu'aux organisations non gouvernementales. La nature complexe et étendue de nombreuses structures de santé mentionnées dans les recensements des USP³⁰⁸ suggère que cette question peut être particulièrement pertinente pour les USP. Bien qu'un ministère de la Santé (ou son équivalent) puisse être au cœur de la plupart des cadres de gestion des risques d'USP, il est rare qu'un seul service ou unité au sein de ce ministère s'occupe de tous les aspects d'une USP. Un certain nombre de recensements des USP indiquent que même au sein de la composante « santé publique » d'un ministère de la Santé, il peut y avoir un certain nombre d'unités ou d'individus qui devraient être impliqués. Au Brésil, par exemple, la liste comprend l'Agence nationale de surveillance sanitaire, le Secrétariat de surveillance de la santé et le Centre de réponse rapide aux urgences épidémiologiques.³⁰⁹ Dans le secteur de la santé en général, il peut également y avoir toute une série de prestataires : hôpitaux, médecins généralistes, services de santé mentale, pharmaciens, prestataires de soins de santé du secteur privé et, comme indiqué plus haut, les prestataires de services sociaux. La même question peut se poser en dehors du secteur des soins de santé : dans un certain nombre d'États-échantillons, il est rapporté que les autorités locales, par exemple, assument un certain nombre de fonctions bien distinctes qui pourraient toutes être pertinentes dans le cadre d'une USP, notamment la planification d'urgence, la police, l'assistance sociale, l'éducation, le transport, la fourniture d'allocations et de logements, etc.

Bagram, Afghanistan, 2020. Les bénévoles au grand cœur et handicapés du Croissant-Rouge afghan. © Meer Abdullah / Croissant-Rouge afghan



Compte tenu de ce qui précède, même lorsque la législation ou les politiques prévoient la participation d'un représentant au nom d'un secteur ou d'une organisation, on peut se demander si un seul représentant peut effectivement représenter l'ensemble du secteur ou de l'organisation. Il n'est pas rare, bien sûr, que les représentants parlent au nom de plusieurs autres personnes et, en pratique, tous les groupes ou organisations ne peuvent pas participer pleinement à tous les aspects de la gestion des risques. Il ne fait donc aucun doute que les représentants sont nécessaires – toute autre solution serait irréalisable. Le problème est de trouver – surtout dans un secteur ou un organisme vaste et multifonctionnel – comment garantir l'efficacité de cette représentation.



RECOMMANDATIONS

1. Les lois, les politiques et les plans relatifs à la gestion des risques d'USP devraient adopter une approche engageant l'ensemble du gouvernement et de la société, qui permette à l'ensemble des acteurs et des parties prenantes de participer et d'être représentés.
2. Les États devraient revoir (en s'inspirant notamment de leurs expériences lors de la pandémie de COVID-19) les parties prenantes nationales qui devraient être associées à la gestion des risques d'USP.
3. Il convient en particulier de s'assurer de la participation des représentants des communautés (y compris les communautés minoritaires ou marginalisées), des acteurs Une seule santé, des acteurs de la coopération au développement, des prestataires de soins de santé et de services sociaux, des Sociétés nationales CRCR et d'autres organisations humanitaires, des écoles et des autorités scolaires, du secteur financier, des fabricants ainsi que des fournisseurs de biens et d'équipements essentiels, et des législateurs.
4. En cas de présence permanente et de besoin de soutien de la part des institutions internationales, il convient d'envisager d'associer les agences des Nations unies et les organisations non gouvernementales internationales.
5. Les lois et/ou les politiques devraient garantir, dans la mesure du possible, que l'ensemble des acteurs et des parties prenantes sont en mesure d'être effectivement représentés et peuvent apporter une contribution efficace à la gestion des risques d'USP.
6. Les États devraient tenir compte du rôle des Sociétés nationales CRCR en tant qu'auxiliaires de leurs pouvoirs publics dans le domaine humanitaire, et en tant que premiers intervenants dans les catastrophes de toutes sortes, notamment les USP.
7. Les lois, politiques et plans nationaux de gestion des risques d'USP devraient :
 - a. reconnaître le rôle des Sociétés nationales CRCR et des autres organisations humanitaires concernées, ainsi que le soutien qu'elles peuvent être amenées à fournir lors d'une USP
 - b. faciliter la participation des Sociétés nationales CRCR et d'autres organisations humanitaires à toutes les phases de la gestion des risques d'USP, notamment par :
 - i. l'attribution de rôles et de responsabilités clairs
 - ii. l'inclusion dans les mécanismes de coordination et les organes de décision.

4.6 / PRÉPARATION AUX URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE : PLANIFICATION D'URGENCE

La préparation aux USP exige que les gouvernements, les acteurs non gouvernementaux et les communautés développent les connaissances et les capacités nécessaires pour anticiper, répondre et se remettre des impacts d'USP probables, imminentes et actuelles. La préparation aux USP multirisques devrait inclure des systèmes d'évaluation de la vulnérabilité et de l'exposition de groupes spécifiques, avec une exigence explicite d'évaluer la vulnérabilité des groupes en fonction de différents facteurs, notamment l'âge, le sexe, le handicap, l'origine ethnique et le statut social et économique, à la fois au début et tout au long d'une USP. Dans le cas des USP, en particulier, il ne devrait pas y avoir de présomption selon laquelle un groupe donné est plus à risque.

Un aspect essentiel de la préparation aux USP est la planification d'urgence et la création de plans d'urgence ou de secours. Le Rapport sur la PRC contient une section dédiée à la planification d'urgence,³¹⁰ qui indique que la planification d'urgence consiste à identifier « les mesures concrètes qu'il est nécessaire de prendre lorsqu'une urgence majeure est prévue ou commence à survenir, malgré les meilleurs efforts visant à réduire les risques et à atténuer les effets des dangers avant qu'ils ne surviennent. » Il indique en outre que :

« L'élaboration d'un plan d'urgence est un processus de préparation qui implique l'analyse des risques par rapport aux impacts potentiels des crises [et] l'établissement de procédures pour des réponses opportunes, appropriées et efficaces visant à atténuer ou à éviter complètement les impacts de ces catastrophes. »³¹¹

Les plans d'urgence devraient refléter le contexte dans lequel ils sont élaborés, c'est-à-dire les ressources et les capacités nationales, municipales et organisationnelles disponibles pour répondre à la catastrophe. En outre, ils devraient être éclairés par le recensement et/ou l'évaluation des risques.³¹² Les plans devraient établir des procédures opérationnelles de réponse fondées sur les besoins en ressources et les capacités prévues. Il s'agit notamment d'identifier les ressources humaines et financières nécessaires et la manière de les gérer, d'assurer la disponibilité des fournitures d'urgence, de mettre en place des procédures de communication et de connaître un éventail de réponses techniques et logistiques (et d'identifier tout défi technique et logistique potentiel). Les plans devraient également identifier les groupes vulnérables et décrire les mesures visant à répondre à leurs besoins spécifiques. Le Rapport sur la PRC conclut en formulant l'observation suivante : « Le temps investi dans la planification des mesures d'urgence et de réponse porte ses fruits en réduisant les dommages, les pertes en vies humaines et en assurant une prestation plus efficace des services de réponse et de relèvement. »³¹³ Encore une fois, les mêmes principes s'appliquent à la planification d'urgence en matière d'USP.

Malheureusement, les recensements des USP fournissent moins d'informations sur la préparation et la planification d'urgence que sur la réponse. Il est plus difficile de trouver une législation, en particulier, qui évoque la préparation et la planification des USP. Il existe toutefois des exceptions : par exemple, au Honduras, l'une des tâches prescrites du ministre de la Santé publique consiste à procéder à des évaluations des menaces et des vulnérabilités liées à la santé (EDAN-SALUD).³¹⁴ En Nouvelle-Zélande, l'*Epidemic Preparedness Act 2006* (Loi de 2006 sur la préparation aux épidémies) indique par son titre qu'elle a pour objectif de permettre une préparation efficace.³¹⁵ En Suisse, la Loi fédérale de 2012 sur la lutte contre les maladies humaines transmissibles définit les exigences à respecter pour se préparer aux crises d'USP.³¹⁶

L'absence de législation ne signifie pas que les États-échantillons n'ont pas de dispositions en place pour la préparation aux USP. Dans la majorité des cas, la préparation aux USP est régie par les dispositions des lois ou des politiques génériques de GRC. Le Royaume-Uni constitue une illustration de la préparation aux USP expressément prescrite dans le cadre de lois générales sur la GRC. En vertu de sa législation sur les contingences civiles, les acteurs clés (y compris les autorités sanitaires) sont tenus de préparer, maintenir et réviser les plans d'urgence relatifs à leurs fonctions et aux risques inclus dans les registres de risques nationaux et locaux, lesquels reconnaissent la pandémie de grippe et d'autres maladies infectieuses comme des risques.³¹⁷

Les législateurs constituent un ensemble d'acteurs qui ne sont généralement pas pris en compte dans la planification d'urgence et la préparation. Bien que, dans certaines juridictions et circonstances, des lois d'urgence puissent être adoptées sans l'approbation du corps législatif, dans de nombreux États de l'échantillon, le corps législatif a été tout de même tenu d'approuver l'état d'urgence ou de promulguer des lois urgentes pour répondre

à la COVID-19. Cependant, les législateurs ne sont pas immunisés contre la maladie et peuvent être issus de groupes (par exemple, les anciens de la communauté) présentant une susceptibilité particulière au risque sanitaire concerné. Pendant la pandémie de COVID-19, certains des États-échantillons ont pris des mesures pour permettre à leurs législateurs de travailler même pendant le confinement. Par exemple, Singapour a modifié sa Constitution pour permettre à son Parlement et à ses comités de « siéger, se réunir et expédier les affaires en présence des membres du Parlement à au moins deux endroits désignés et en communication simultanée les uns avec les autres » (c'est-à-dire à distance)³¹⁸ étant donné l'importance de la disponibilité du corps législatif pour adopter et examiner les textes d'urgence, les activités de planification d'urgence et de préparation devraient prendre en compte la continuité législative pendant les USP.

La planification d'urgence et la préparation sont également un domaine où la coordination est essentielle. La manière dont les lois abordent la coordination est examinée plus en détail dans la section 4.4 ci-dessus, mais s'assurer de la coordination des activités de planification et de préparation est clairement important pour garantir une réponse efficace. Par exemple, dans le cas d'une USP, la coordination des activités de préparation peut consister à déterminer les agences responsables du stockage des EPI ainsi que d'autres fournitures essentielles et de la mise en œuvre des exercices de simulation, de l'éducation et de la formation.

L'une des conclusions du Rapport sur la PRC est la nécessité vitale d'un mandat clair pour la préparation et la planification d'urgence. Une façon d'y parvenir est de s'assurer qu'il existe : (1) des fonctions claires en matière de planification et de préparation et (2) une clarté sur la responsabilité de l'exécution de ces fonctions. Les recensements des USP suggèrent que la clarté en matière de préparation des USP pourrait être améliorée et qu'il serait possible de procéder à une répartition plus claire et/ou plus détaillée des responsabilités.



RECOMMANDATIONS

Les lois et politiques nationales relatives aux USP devraient :

1. prévoir des mesures et des activités de préparation, y compris la planification d'urgence ;
2. garantir la participation de toutes les parties prenantes à la planification d'urgence en matière de santé publique, y compris les secteurs public et privé et la communauté ;
3. garantir que les rôles et les responsabilités en matière de préparation aux USP (notamment l'élaboration, la mise à jour et la révision des plans d'urgence) soient clairement définis ;
4. le cas échéant, attribuer aux acteurs clés des tâches exécutoires de planification et de préparation.

4.7 / FAIRE MIEUX COMPRENDRE, TIRER DES ENSEIGNEMENTS

L'une des principales exigences de tout cadre de gestion des risques est que ses utilisateurs comprennent son contenu, son fonctionnement ainsi que les rôles, responsabilités et attentes de chaque acteur et participant. Quelle que soit la qualité d'un cadre de gestion des risques, il n'a que peu de valeur si ceux qui devraient l'utiliser ne sont pas familiers avec son contenu ou ne comprennent pas son fonctionnement.

Bon nombre des mécanismes de coordination évoqués dans les recensements des USP devraient permettre d'atteindre certains de ces objectifs. L'organisation de réunions régulières des acteurs et des participants potentiels avant une catastrophe devrait améliorer leur connaissance de leurs rôles respectifs. Cependant, il existe d'autres moyens d'améliorer la compréhension.

Le renforcement de la compréhension entre les acteurs et les participants est une caractéristique commune à de nombreux cadres de GRC. Il est assuré essentiellement par le biais de formations et d'exercices de simulation. Dans certains États, les obligations explicites de mener des formations et/ou des exercices de simulation sont imposées par la législation, tandis que dans d'autres, les exigences ou les encouragements sont prévus par les

plans et les orientations. Cependant, rien n'indique, dans les recensements des USP, que de telles exigences soient définies spécifiquement en ce qui concerne les USP ou le secteur de la santé.

Le Rapport sur la PRC indique que la sensibilisation à tous les niveaux de la société est un élément crucial de la préparation.³¹⁹ Il recommande que la législation prévoie et définisse « conformément aux meilleures pratiques internationales, les normes et le contenu minimaux des programmes de formation et des exercices... » et « prévoie des exercices de simulation impliquant le personnel professionnel de secours et d'assistance ainsi que la communauté ».³²⁰ Un message similaire véhiculé dans la Liste de vérification PRC souligne l'importance de la formation, de l'éducation et des exercices de simulation.³²¹

Certains recensements des USP suggèrent que, là où des exercices ont été menés, les États étaient mieux préparés à la pandémie de COVID-19 : par exemple, l'exercice pré-COVID-19 de la République de Corée a été salué comme une raison pour laquelle l'impact de la pandémie de COVID-19 a été réduit au minimum.³²² Le recours aux exercices et à la formation comme moyen d'ancrer la compréhension et d'accroître la préparation est donc tout aussi important pour les USP que pour les autres catastrophes.

Associer les communautés aux exercices est un moyen d'améliorer leur compréhension. Les communautés devraient être conscientes des risques d'USP afin de mieux les reconnaître, de s'y préparer et d'y répondre en cas d'USP. L'implication des communautés dans les exercices peut également les aider à se préparer au type de restrictions qui pourraient être nécessaires.³²³ Les recensements des USP fournissent peu d'exemples d'implication des communautés dans les exercices, mais il est important d'assurer une plus grande compréhension au sein des communautés, notamment à la lumière du défi que représente la lutte contre la désinformation. L'implication des médias locaux dans cette sensibilisation semble également être une priorité.

La nécessité de tirer des enseignements et de les intégrer dans les cadres de gestion de risques d'USP est tout aussi importante que les exercices de formation. L'avantage perçu par la République de Corée de son expérience antérieure en matière de gestion du SRAS a été évoqué ci-dessus. Les efforts de coordination de la Sierra Leone en matière de COVID-19 ont été guidés par l'expérience que le gouvernement a acquise pendant l'épidémie d'Ebola.³²⁴ L'un des enseignements les plus importants de la pandémie de COVID-19 est de tirer des enseignements.

On peut tirer des enseignements de plusieurs façons. Des enquêtes formelles sont généralement menées à la suite d'une catastrophe et, sans aucun doute, la COVID-19 n'échappera pas à cette règle. Par le passé, l'OMS a fait appel à son Comité d'examen pour enquêter sur la gestion des USPP³²⁵ et l'a déjà chargé de mener une étude sur le fonctionnement du RSI pendant la riposte à la COVID-19. Il y a eu relativement peu d'enquêtes nationales relatives aux USP. Il y a eu des enquêtes officielles sur le SRAS en 2003, suivies de la publication de rapports détaillés.³²⁶ L'absence d'enquête sur la pandémie H1N1, autre que celle de l'OMS, peut s'expliquer par l'impact limité de la maladie (bien qu'il y ait eu quelques enquêtes nationales³²⁷). Il existe également d'autres types d'examens formels qui méritent d'être mentionnés, notamment les enquêtes et litiges judiciaires.

Cependant, on ne tire pas des enseignements que des processus formels. Un autre point important est que l'apprentissage ne devrait pas attendre après l'événement. Ainsi, quels que soient les examens formels que les États peuvent envisager, ils devraient néanmoins s'assurer qu'une certaine forme de processus continu d'« apprentissage des enseignements » est adoptée et peut être utilisée par tous les acteurs et participants à un cadre de santé publique. L'OMS a récemment publié un guide utile pour mener des examens *pendant* une USP, intitulé *Guidance for Conducting a Country COVID-19 Intra-Action Review*.³²⁸ Ce guide n'inclut malheureusement pas la législation dans les sujets à examiner, ce qui constitue une omission importante, mais il inclut la coordination, la planification et le suivi au niveau national.

Par le passé, les enseignements tirés ont également eu tendance à se concentrer sur les questions opérationnelles. L'apprentissage des enseignements juridiques – ou même les exercices de formation aux aspects juridiques des catastrophes – sont plus rares. Néanmoins, les juristes participant à la gestion d'une USP et à l'élaboration des lois pertinentes peuvent bénéficier d'exercices et de l'apprentissage des expériences autant que tout autre secteur.

L'IFRC Disaster Law a mis au point un exercice de simulation juridique axé sur une catastrophe faisant suite à un aléa naturel et élabore un scénario incluant une USP. Compte tenu de la quantité de textes législatifs nécessaires pour répondre à la COVID-19, il existe désormais un grand nombre d'avocats et de conseillers législatifs, en particulier, qui ont l'expérience de la rédaction de lois d'urgence. Il est important que cette expérience ne soit pas perdue. Dans la section 3.4 ci-dessus, le présent rapport recommande la création de réseaux de juristes à l'échelle internationale pour aider à la mise en œuvre du RSI. La mise sur pied de réseaux au niveau national pourrait être tout aussi bénéfique. Les États pourraient donc envisager de créer de tels réseaux de juristes afin d'aider à préserver, à développer les connaissances et l'expertise juridiques pour les futures USP. Les Sociétés nationales ou l'IFRC Disaster Law peuvent faciliter la création de tels réseaux.



RECOMMANDATIONS

1. Les lois, politiques et plans de gestion des risques d'USP devraient :
 - a. reconnaître l'importance de sensibiliser le public au risque des USP et à leurs conséquences potentielles ;
 - b. garantir que les communautés reçoivent les informations nécessaires pour se préparer et répondre aux USP
 - c. exiger de l'ensemble des acteurs et parties prenantes potentiels d'une USP (y compris les communautés) qu'ils participent régulièrement à des formations et des exercices de simulation d'USP afin d'améliorer leur compréhension :
 - i. du cadre de gestion des risques d'USP ;
 - ii. des principales mesures à prendre pour se préparer et répondre à une USP ;
 - iii. du niveau actuel de préparation aux USP.
2. Bien que les exercices de formation et de simulation devraient être axés sur les USP, l'ensemble des acteurs et parties prenantes du cadre plus large de la GRC devraient pouvoir y participer afin de se familiariser davantage avec les dispositions spécifiques en matière d'USP.
3. Les exercices de simulation devraient être conçus pour tester, entre autres, les éléments juridiques du cadre de gestion des risques d'USP et l'état de préparation juridique aux USP.
4. Les lois et/ou les politiques devraient garantir que :
 - a. les cadres de gestion des risques d'USP sont examinés :
 - i. périodiquement (notamment pour évaluer si le cadre répond à des menaces nouvelles ou émergentes pour la santé publique) ;
 - ii. après la survenance d'une USP afin d'évaluer l'efficacité pratique du cadre et d'identifier les enseignements à tirer ;
 - b. les enseignements ainsi que les recommandations des examens et des exercices de formation et de simulation sont effectivement mis en œuvre.

5 / ÉTATS D'EXCEPTION ET POUVOIRS D'EXCEPTION EN CAS D'URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE

5.1 / INTRODUCTION

La déclaration de l'état d'urgence ou de l'état de catastrophe est un mécanisme commun pour lancer une réponse aux catastrophes. Comme le note le Rapport sur la PRC, la fonction normale de l'un ou l'autre est de provoquer « un passage à une modalité juridique d'urgence prévoyant des dispositions de gouvernance spéciales et des pouvoirs gouvernementaux spéciaux ». ³²⁹ La raison est que, si les autorités n'ont pas accès à des pouvoirs et à des dispositifs spéciaux, la catastrophe peut dépasser les capacités de réponse en situation normale – par exemple, les pouvoirs légaux disponibles ou les ressources auxquelles on peut faire appel. ³³⁰

Le Rapport sur la PRC indique que le pouvoir de déclarer l'état d'urgence est généralement établi par la Constitution d'un pays et conféré à des personnes ou des entités au plus haut niveau du gouvernement. L'état d'urgence vise généralement des situations extrêmes et imprévisibles qui remettent fondamentalement en cause l'ordre juridique en vigueur, notamment une guerre civile ou des troubles civils généralisés, bien qu'ils puissent être formulés de manière assez large pour s'appliquer à tout type de catastrophe, y compris les USP. La déclaration de l'état d'urgence a généralement pour effet de centraliser la prise de décision et de permettre l'exercice de pouvoirs extraordinaires, potentiellement extra-réglementaires, par le gouvernement ou les pouvoirs publics. La déclaration de l'état d'urgence permet souvent aussi aux gouvernements de limiter ou de déroger aux droits constitutionnels et/ou humains fondamentaux.

L'état de catastrophe, en revanche, est généralement prévu par la législation sur la GRC, et la responsabilité de sa déclaration peut être confiée à des fonctionnaires à des niveaux inférieurs du gouvernement. ³³¹ La déclaration de l'état de catastrophe a généralement pour effet d'activer les plans de gestion des catastrophes, de déclencher des dispositions de gouvernance et des pouvoirs gouvernementaux spéciaux qui, autrement, n'existent pas, notamment les pouvoirs d'évacuation ou de mise en quarantaine des personnes. Les pouvoirs gouvernementaux et les dispositions de gouvernance qui s'appliquent lors de l'état de catastrophe sont généralement prédéfinis et plus restreints que ceux disponibles lors de l'état d'urgence.

En termes de pouvoirs juridiques, l'effet d'une déclaration peut être double : (1) elle peut déclencher des pouvoirs législatifs d'urgence – donnant généralement à l'exécutif la capacité d'élaborer des lois (telles que des décrets, des ordonnances ou des règlements) et/ou (2) elle peut permettre aux autorités d'exercer des pouvoirs d'exception (par exemple, l'ordre d'évacuation, la saisie de biens, la restriction de la circulation). Le premier cas peut être utilisé pour créer le second, ou ce dernier peut déjà exister dans la législation permanente. La déclaration de l'état d'urgence ou de l'état de catastrophe peut également servir de déclencheur pour la mobilisation des ressources, des infrastructures et des financements. Il est important de noter que dans certaines juridictions, la déclaration officielle de l'état d'urgence ou de l'état de catastrophe n'est pas nécessaire. Au lieu de cela, un fonctionnaire peut être chargé de *déterminer* l'existence de l'état d'urgence ou de l'état de catastrophe. Une autre variante est que les pouvoirs d'exception peuvent être renforcés par la simple existence de certaines circonstances spécifiques, sans qu'il soit nécessaire de déclarer ou de déterminer un SdE ou un SdD.

Il existe une distinction importante entre (1) les pouvoirs législatifs spéciaux d'urgence évoqués ci-dessus, qui sont généralement conférés à l'exécutif et exercés par lui, et (2) les lois d'urgence qui sont promulguées par le législateur de manière « normale ». Dans de nombreux États de l'échantillon, une législation spécifique à la COVID-19 a été adoptée, souvent à grande vitesse et par des procédures législatives accélérées. Elle était nouvelle et pouvait être décrite comme une « législation d'urgence », mais permettait néanmoins, en principe, un examen par le législateur. ³³² Bien que l'on puisse se demander s'il est possible d'exercer un contrôle efficace sur une législation adoptée aussi rapidement, ce type de législation d'urgence n'est pas l'objet principal de ce



Mbusa Mukomba Gambalien est l'un des nombreux bénévoles de la Croix-Rouge chargés de procéder à des inhumations sûres et dignes à Bunia, en République démocratique du Congo. Les corps infectés par le virus Ebola sont les plus contagieux après la mort.

© Corrie Butler / FICR

chapitre. L'accent est plutôt mis sur les pouvoirs législatifs d'urgence et les pouvoirs d'exception conférés à l'exécutif et exercés par celui-ci.

Il ressort clairement des recensements des USP que l'état d'urgence et l'état de catastrophe sont tous deux possibles dans le cadre des USP. Lors des USP, il peut y avoir un autre moyen de déclencher des pouvoirs d'exception : la déclaration de l'état d'urgence de santé publique (**état d'USP**).³³³ Ce type de déclaration remplit une fonction juridique similaire à celle de l'état d'urgence et de l'état de catastrophe, mais est propre aux USP et est généralement prévu dans la législation en matière d'USP. Aux fins du présent chapitre, l'état d'urgence, l'état de catastrophe et l'état d'USP sont collectivement appelés **états d'exception**.

De manière générale, l'utilisation de pouvoirs d'exception dans le cadre d'une USP – comme lors de toute autre catastrophe – soulève (au moins) six questions principales : (1) la source et la nature des pouvoirs d'exception, (2) le responsable du déclenchement ou de l'exercice des pouvoirs, (3) le moment où les pouvoirs peuvent être déclenchés et leur durée d'existence, (4) la nature des pouvoirs ou des mesures créés, (5) les conséquences de l'utilisation de pouvoirs d'exception sur, par exemple, les droits de l'Homme, et (6) les garanties appliquées à l'exercice des pouvoirs ou des mesures d'urgence.

5.2 / SOURCE ET NATURE DES ÉTATS D'EXCEPTION ET DES POUVOIRS D'EXCEPTION

Les recensements des USP indiquent qu'il existe des variations significatives dans la source légale des pouvoirs d'exception et des états d'exception face à une USP. Il existe également des variations dans les niveaux – c'est-à-dire national, régional ou sous-national – auxquels les pouvoirs d'exception sont utilisés et les états d'exception déclarés. Ceci apparaît dans la manière dont les États-échantillons ont répondu spécifiquement à la pandémie de COVID-19. Dans la majorité des États-échantillons, une forme de déclaration d'état d'exception ou d'exercice de pouvoirs d'exception a été signalée. Cependant, il n'y a pas d'unanimité quant au mode d'utilisation : état d'urgence, état de catastrophe et état d'USP ont tous été utilisés lors de la riposte à la COVID-19.³³⁴ Sur les 36 États-échantillons, 19 ont mis en place un état d'USP bien qu'une déclaration officielle d'état d'USP n'ait été faite que dans la moitié de ces États. Dans l'autre moitié, l'état d'USP ou les pouvoirs disponibles lors d'une USP pouvaient prendre effet en vertu de l'existence d'une USP ou d'une USP au-dessus d'un certain seuil, sans qu'une déclaration formelle soit nécessaire. Un nombre similaire de recensements des USP indique que des états d'urgence ont été déclarés dans le cadre de la pandémie de COVID-19. Cependant, cela ne signifie pas que la moitié des États-échantillons a choisi de recourir à l'état d'USP, et l'autre moitié à l'état d'urgence. Au contraire, un certain nombre d'États-échantillons ont recouru *à la fois* à l'état d'USP et à l'état d'urgence. La déclaration de l'état de catastrophe en vertu de la législation sur la GRC n'a été signalée que dans six des États-échantillons. Cela suggère que si des pouvoirs sont prévus par la législation spécifique aux USP, ils seront utilisés pour une USP même si l'état de catastrophe peut être déclaré dans le cadre de la législation sur la GRC.

L'état d'USP n'est pas spécifiquement abordé dans le Rapport sur la PRC. D'après les recensements des USP, il semble qu'il soit considéré soit comme une sous-catégorie de l'état de catastrophe, soit, plus couramment, comme un mécanisme à part entière. Lorsque l'état d'USP est prévu dans la législation nationale, il tend à être similaire à l'état de catastrophe par sa nature et son effet. Le pouvoir de déclaration de l'état d'USP ou le déclenchement des pouvoirs d'exception liés à l'état d'USP est généralement prévu dans la législation sur les USP.

Certains cas semblent indiquer qu'on peut recourir à l'état d'urgence en réponse à des USP même lorsque des pouvoirs suffisants sont disponibles dans le cadre de l'état de catastrophe ou de l'état d'USP. Comme le reconnaît le Rapport sur la PRC, les états d'exception peuvent être déclarés pour des raisons autres qu'un effet purement juridique. Un état d'exception, en particulier, peut être déclaré pour « communiquer la gravité d'une menace au public et aux acteurs de la PRC et les encourager ainsi à mettre en œuvre les mesures de préparation et de réponse appropriées »³³⁵ ou pour montrer que le gouvernement prend la menace au sérieux. Dans certains cas, notamment dans un État fédéral ou quasi-fédéral, la déclaration de l'état d'urgence peut être nécessaire simplement pour débloquer des fonds ou lorsque les ressources d'une localité donnée sont dépassées.³³⁶

En pratique, comme le reconnaît le Rapport sur la PRC et comme le suggèrent les recensements des USP, il peut être difficile d'établir des distinctions claires entre les différents types d'états d'exception, notamment en raison

de l'utilisation incohérente des termes « état de catastrophe » et « état d'urgence » entre les États. En définitive, tous les états d'exception (autres que ceux utilisés simplement pour accéder à des financements) constituent un mécanisme permettant pour passer « des modalités juridiques normales aux modalités juridiques d'urgence » et peuvent être conceptualisés comme existant sur un spectre, plutôt que dans des catégories clairement définies. Néanmoins, comme le reconnaît le Rapport sur la PRC, « dans la majorité des catastrophes, il est plus approprié de déclarer l'état de catastrophe plutôt que l'état d'urgence (en supposant que les deux formes de déclaration soient prévues). En effet, la majorité des catastrophes ne sont pas suffisamment graves pour mettre en danger l'ordre juridique en vigueur, ou pour justifier la centralisation de la prise de décision, et empiéter sur les droits constitutionnels et humains. »³³⁷ Cette observation, en principe, s'applique également aux USP. En général, le recours à l'état de catastrophe ou à l'état d'USP devrait être préféré, bien que l'état d'urgence – et les pouvoirs et mesures plus exceptionnels qu'il déclenche – puissent parfois être nécessaires.

Les dangers d'une dépendance excessive à l'égard de l'état d'urgence – par opposition à l'état de catastrophe ou l'état d'USP plus contraignant ou prescrit – peuvent être à la fois d'ordre juridique et pratique. Les préoccupations d'ordre juridique, comme l'ont souligné le Rapport sur la PRC³³⁸ et d'autres rapports, sont évidentes : le déclenchement de pouvoirs d'exception inutiles, illimités ou disproportionnés, susceptibles d'être exercés sans examen (ou avec un examen limité) et d'entraîner la violation de droits. Il est reconnu que certaines mesures d'urgence peuvent nécessiter des exceptions ou des dérogations aux lois sur les droits de l'Homme, mais ces mesures et leur période d'effet doivent être à la fois nécessaires et proportionnées à la menace pour la santé publique. En outre, comme l'indique utilement le rapport de l'Institut Wallenberg, « la mise en place d'un cadre exhaustif de préparation et de réponse aux pandémies peut réduire le besoin perçu de déroger aux normes internationales, car ces normes seront intégrées au cadre ».³³⁹

Il existe également une objection plus pragmatique et pratique à un recours excessif à l'état d'urgence. Par sa nature même, l'état d'urgence crée une situation exceptionnelle et vise à instaurer des pouvoirs et des mesures exceptionnels. Des acteurs gouvernementaux extérieurs aux secteurs de la gestion des risques d'USP ou de la GRC peuvent se voir confier l'autorité d'exercer ces pouvoirs, sans nécessairement connaître le contexte organisationnel ou opérationnel dans lequel ils devraient agir, ce qui peut avoir un impact négatif sur l'efficacité opérationnelle. En revanche, si l'état de catastrophe ou l'état d'USP est établi dans des circonstances où son utilisation et les conséquences de son utilisation sont plus clairement définies, comme le suggère le rapport de l'Institut Wallenberg, dans des cadres exhaustifs de préparation et de réponse aux pandémies, les risques, tant juridiques que pratiques, peuvent être minimisés.

Il peut être difficile de parvenir à un équilibre. Comme le reconnaît le Rapport sur la PRC³⁴⁰, il n'est pas toujours possible ou approprié de prévoir ou de couvrir à l'avance toutes les éventualités découlant d'une USP, surtout si elle est aussi grave que la pandémie de COVID-19. Le recours à l'état d'urgence et les pouvoirs ainsi que les mesures qu'il peut déclencher peuvent donc parfois être nécessaires.



RECOMMANDATIONS

1. Les lois devraient établir des états d'exception pour les USP, qui soient proportionnés et adaptés aux différents types ainsi qu'à l'ampleur des USP susceptibles de survenir. Un tel système devrait fonctionner initialement au niveau le plus bas, en remontant vers des niveaux plus élevés, caractérisés par des mesures et des pouvoirs plus étendus, déclenchés uniquement en cas de stricte nécessité.
2. Lorsqu'il existe des mécanismes distincts pour déclarer ou déterminer l'état d'exception par rapport à une USP, ces mécanismes devraient être compatibles entre eux, et leur utilisation devrait être coordonnée.
3. Quel que soit l'état d'exception utilisé pour les USP, dans la mesure du possible (en tenant compte de l'imprévisibilité des risques sanitaires émergents), la source de l'état d'exception, sa nature et les pouvoirs qu'il déclenche devraient être clairement définis par la loi.

5.3 / RESPONSABILITÉ DE LA DÉCLARATION D'UN ÉTAT D'EXCEPTION

Le Rapport sur la PRC recommande que les lois précisent clairement qui est habilité à faire une déclaration d'état d'exception.³⁴¹ Il recommande également d'établir une hiérarchie des déclarants, au cas où un fonctionnaire ou un individu désigné serait indisposé ou indisponible. Il est également recommandé que le déclarant soit tenu de prendre conseil auprès d'autres agences – ou d'agir uniquement à la demande d'une autre agence – avant de faire une déclaration.³⁴² Les recensements des USP suggèrent que la législation en matière d'USP adopte déjà certains de ces principes.

Lorsque la déclaration de l'état d'USP ou le déclenchement de pouvoirs d'exception liés aux USP sont prévus dans la législation relative aux USP, la responsabilité est normalement expressément définie et est généralement confiée à des acteurs du secteur de la santé. Dans la plupart des cas, les recensements des USP montrent qu'une personne identifiée – généralement le ministre de la Santé (ou son équivalent) ou un haut fonctionnaire du ministère de la Santé – est chargée de faire la déclaration d'état d'USP ou, en cas de non-recours à une déclaration, de déterminer d'une autre manière l'existence d'un niveau prescrit d'USP. Par exemple, au Brésil, le ministre de la Santé peut déclarer une urgence de santé publique de portée nationale.³⁴³ À Singapour, le directeur des services médicaux, avec l'approbation du ministre de la Santé, peut formuler des mesures d'urgence.³⁴⁴ En Nouvelle-Zélande, le Premier ministre, avec l'accord du ministre de la Santé, peut faire la déclaration pertinente.³⁴⁵ En Chine, la responsabilité de déclarer l'USP incombe au Comité permanent de l'Assemblée nationale.³⁴⁶

Si, au contraire, on se fie à la déclaration de l'état d'urgence, il existe normalement une certitude similaire quant à l'identification de la personne responsable : généralement le président (ou son équivalent).³⁴⁷ Dans certains cas, le recours à la fois aux déclarations de l'état d'urgence et de l'état d'USP peut signifier que la responsabilité incombe à différentes personnes, soit au sein du gouvernement national (par exemple, le président et le ministre de la Santé), soit entre différents niveaux de gouvernement dans une structure fédérale ou décentralisée (par exemple, le gouverneur régional et le président). Rien ne prouve que cela ait causé des problèmes réels pendant la pandémie de COVID-19, mais il s'agit néanmoins d'un problème qui peut être atténué en veillant à ce que les lois identifient clairement la personne responsable de la déclaration.



RECOMMANDATIONS

1. Les lois permettant la déclaration de l'état d'exception ou à un décideur de déterminer l'existence de cet état, devraient :
 - a. identifier clairement la personne détenant le pouvoir d'effectuer cette déclaration ou cette détermination ; et
 - b. garantir, lorsque différentes personnes peuvent détenir ce pouvoir, soit en vertu d'une législation différente, soit dans des circonstances différentes, que les circonstances dans lesquelles chacune peut agir sont claires et qu'en cas de conflit, il existe un moyen d'identifier la personne habilitée.

Le Rapport sur la PRC recommande également aux États d'établir une hiérarchie des déclarants, au cas où un fonctionnaire ou un individu désigné serait indisposé ou indisponible.³⁴⁸ Ceci est probablement encore plus important lorsque les fonctionnaires devraient prendre des mesures en réponse à une maladie qui peut les affecter. Il n'est cependant pas évident que de telles dispositions soient en place dans les États-échantillons. Dans certains États, les dispositions constitutionnelles peuvent déjà prévoir de telles éventualités. Par exemple, tout ministre peut être en mesure d'exercer les pouvoirs d'un autre ou, en cas d'incapacité d'un président, les Constitutions peuvent prévoir la continuité de ses fonctions. Dans d'autres États, lorsque des responsables sont nommés, leurs adjoints peuvent également être autorisés à agir. Dans l'ensemble, les recensements des USP n'indiquent pas qu'une grande attention a été accordée aux dispositions d'urgence en cas d'indisponibilité de la personne responsable. Étant donné que lors d'une USP grave, des ministres ou des fonctionnaires peuvent être touchés, il s'agit là d'un point que les États devraient prendre en considération. Par conséquent, la recommandation du Rapport sur la PRC est réitérée.



RECOMMANDATIONS

Les États devraient établir – dans la loi, si nécessaire pour s'assurer que le pouvoir légal est conféré au substitut – une hiérarchie de fonctionnaires autorisés à effectuer la déclaration ou la détermination de l'état d'exception afin d'anticiper la possibilité que des fonctionnaires désignés soient incapables d'agir pendant une USP.

Le Rapport sur la PRC suggère en outre que des exigences soient introduites afin que le déclarant de l'état d'exception « agisse sur avis » ou « à la demande » d'une autre entité (par exemple, les institutions de gestion des catastrophes ou les gouvernements infranationaux). Ce type de condition constitue une bonne pratique, car il peut : (1) empêcher la concentration du pouvoir entre les mains d'une seule personne ou entité, (2) préserver l'autonomie des juridictions infranationales et (3) donner un poids approprié à l'expertise des agences sectorielles compétentes.³⁴⁹ Les recensements des USP indiquent que de telles dispositions existent déjà dans certains États-échantillons. Par exemple, en Colombie, le président ne peut déclarer l'état d'urgence qu'après avoir obtenu la signature de tous les ministres et l'approbation de la Cour constitutionnelle.³⁵⁰ En Nouvelle-Zélande, où le Premier ministre a la responsabilité de déclarer l'état d'USP, il ne peut le faire qu'avec l'accord du ministre de la Santé.³⁵¹ En Papouasie-Nouvelle-Guinée, le chef de l'État ne peut déclarer l'état d'urgence que sur avis du Conseil exécutif national qui, à son tour, doit d'abord consulter le Comité statutaire responsable des urgences.³⁵²

Même lorsque la responsabilité de faire une déclaration ou de déterminer un état d'exception incombe au ministère sectoriel assumant la responsabilité principale de la santé publique (généralement, le ministère de la Santé), l'existence d'une certaine forme de consultation peut avoir des avantages substantiels. Comme indiqué précédemment, le nombre d'acteurs intervenant lors d'une USP – même le nombre de départements d'un ministère susceptibles d'être impliqués – peut être très important, et les facteurs qui devraient être pris en compte dans tous les secteurs ne sont pas toujours connus d'un seul fonctionnaire ou département. Demander conseil ou consulter à l'avance d'autres acteurs peut également présenter l'avantage de les informer à l'avance et de leur permettre de formuler des observations sur l'adéquation ou le caractère opérationnel des mesures proposées. Il peut également être important que les gouvernements locaux ou infranationaux qui peuvent être tenus d'agir dans le cadre d'un état d'exception ou de le mettre en œuvre, soient également impliqués avant la déclaration. Il faut reconnaître la vitesse potentielle de propagation des USP, et il n'est pas toujours possible de mener une consultation importante. Il peut donc parfois être plus bénéfique d'avoir déjà associé, à des stades antérieurs, les acteurs à l'examen des implications de l'état d'exception et des mesures ou pouvoirs susceptibles d'être requis. Néanmoins, un certain nombre d'États échantillons adoptent cette exigence de consultation.



RECOMMANDATIONS

Les lois et/ou les politiques devraient inclure une exigence selon laquelle, avant toute déclaration ou détermination de l'état d'exception par rapport à une USP :

1. si la déclaration ou la détermination est effectuée par une personne autre que le ministre de la Santé ou un fonctionnaire du ministère de la Santé, le ministère de la Santé devrait (i) au minimum être consulté, mais (ii) idéalement accepter ou approuver la déclaration ou la détermination ;
2. si la déclaration ou la détermination et tout pouvoir d'urgence proposé peuvent affecter les fonctions d'un gouvernement infranational ou d'une administration infranationale, le gouvernement infranational ou l'administration infranationale devrait, au minimum, être consulté(e) avant la déclaration ou la détermination ;
3. la personne qui procède à la déclaration ou à la détermination devrait consulter, dans la mesure où cela est possible dans les circonstances, les principaux acteurs et parties prenantes susceptibles de participer à la réponse à une USP.

5.4 / DÉCLENCHEMENT ET MOMENT DE DÉCLENCHEMENT DES ÉTATS D'EXCEPTION ET DES POUVOIRS D'URGENCE

Comme le reconnaît le Rapport sur la PRC, il est essentiel que la loi définisse clairement les éléments déclencheurs de la déclaration ou de la détermination de l'état d'exception ainsi que des pouvoirs d'exception. Le déclenchement de chaque état d'exception existant devrait être adapté au(x) degré(s) et au(x) type(s) de catastrophe qu'il est censé traiter. Les déclencheurs juridiques de l'état d'exception peuvent, à juste titre, être formulés en termes généraux « afin de donner au gouvernement suffisamment de souplesse pour répondre à des événements exceptionnels et imprévisibles, mais l'état de catastrophe [et, par conséquent, l'état d'USP] devraient avoir des déclencheurs beaucoup plus précis ». ³⁵³

La question du moment du déclenchement est très importante. Si les déclencheurs sont uniquement réactifs (c'est-à-dire que la capacité à effectuer une déclaration ou une détermination n'est déclenchée qu'après l'apparition d'une USP ou lorsqu'elle atteint un certain niveau de gravité), au moment où la déclaration est faite, la fenêtre pour certaines actions préventives ou préparatoires peut s'être refermée. Les déclenchements réactifs peuvent poser un problème particulier en ce qui concerne les USP pour au moins deux raisons : (1) en cas d'épidémie de maladie infectieuse dans un autre État, le fait d'attendre son arrivée avant de pouvoir prendre des mesures pourrait entraver les actions préparatoires nécessaires, et (2) les maladies infectieuses peuvent se propager d'une manière extraordinairement rapide et, sans doute, encore plus rapidement que d'autres types de catastrophes. La COVID-19 a certainement révélé que des mesures rapides et extraordinaires peuvent être nécessaires pendant les USP. Cependant, il est important de reconnaître qu'il existe certains risques associés aux déclenchements préventifs, à savoir que les pouvoirs d'exception peuvent être utilisés trop tôt ou inutilement.

Malheureusement, tous les recensements des USP ne commentent pas les exigences relatives au moment des déclarations ou des déterminations d'états d'exception ou à l'utilisation des pouvoirs d'exception. Dans les cas où les recensements des USP contiennent des informations, la majorité des réponses indiquent la reconnaissance du fait que le déclenchement devrait être préventif et pas seulement réactif. Par exemple, la Constitution

Indonésie, 2019. La Croix-Rouge indonésienne (PMI), avec le soutien de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) et le financement de l'USAID, aide les communautés à se préparer et à prévenir la propagation des maladies grâce au programme de préparation aux épidémies et aux pandémies (CP3). © Corrie Butler / FICR



du Liberia autorise spécifiquement la déclaration d'un état d'urgence en cas de *menace* d'un événement. En Colombie, la déclaration d'USP peut être faite lorsque les conditions *menacent* le bien-être des personnes, etc.³⁵⁴ Au Royaume-Uni, des règlements d'urgence pour faire face à une USP peuvent être pris en réponse « à une menace sérieuse et *imminente* pour la santé publique ». ³⁵⁵ En Bulgarie, les pouvoirs d'exception du ministre de la Santé peuvent être exercés en présence d'une « menace imminente » pour la vie et la santé des citoyens découlant d'une épidémie d'une maladie transmissible. ³⁵⁶ À Singapour, un ministre peut déclarer une USP s'il est « convaincu de l'existence d'une épidémie ou d'une épidémie *imminente* d'une maladie infectieuse qui présente un *risque* substantiel d'un nombre important de décès humains ou d'incidents d'invalidité grave à Singapour ». ³⁵⁷ En dépit de ces bons exemples, une grande partie de la législation est encore formulée de manière à permettre l'action uniquement lorsqu'un événement s'est produit ou a commencé à causer des dommages. Cela peut être dû à l'ancienneté de la législation dans certains cas ou à la crainte qu'une approche préventive n'entraîne des déclarations trop précoces.

Dans l'ensemble, la rapidité de la propagation de la COVID-19, tant au niveau international que national, confirme la recommandation du Rapport sur la PRC selon laquelle les déclarations et les déterminations préventives devraient être autorisées afin de permettre une « avance précieuse » ³⁵⁸ sur la réponse à une USP. Bien qu'il existe des risques qu'une telle approche conduise au déclenchement prématuré ou inutile d'états d'exception, tant que des contrôles appropriés sont en place, la capacité de déclarer ou de déterminer des états d'exception de manière préventive devrait faire partie de l'arsenal d'un État contre les menaces graves pour la santé publique.



RECOMMANDATIONS

1. Les lois devraient trouver un équilibre entre la garantie que les éléments déclencheurs de l'état d'exception ou l'utilisation des pouvoirs d'exception applicables à une USP sont : (a) clairs et certains et (b) suffisamment souples pour s'appliquer à des risques sanitaires nouveaux ou émergents.
2. Les lois devraient permettre de déclarer ou de déterminer des états d'exception concernant une USP de manière préventive.
3. Pour minimiser le risque d'une utilisation inappropriée des pouvoirs de prévention, les lois devraient clairement prescrire les circonstances dans lesquelles des déclarations et des déterminations préventives peuvent être effectuées, par exemple en exigeant que l'USP soit imminente, proche (à la fois temporellement et géographiquement) et/ou qu'elle ait un impact potentiellement grave.

5.5 / NATURE DES POUVOIRS ET DES MESURES D'EXCEPTION

Les pouvoirs d'exception qui peuvent être déployés pour répondre à une USP se répartissent en deux grandes catégories, à savoir : (1) les pouvoirs législatifs d'exception (« pouvoirs législatifs d'exception ») et (2) les pouvoirs exécutifs d'exception (appelés simplement « pouvoirs d'exception »). Les pouvoirs d'exception peuvent déjà exister dans la législation permanente ou peuvent être créés par ou en vertu d'instruments établis grâce aux pouvoirs législatifs d'urgence. Les recensements des USP montrent qu'une combinaison de ces deux types de pouvoirs d'exception a été utilisée pendant la pandémie de COVID-19, bien qu'il y ait des variations significatives dans la terminologie et la pratique entre les États.

Comme indiqué ci-dessus, dans certaines juridictions, les pouvoirs d'exception peuvent être renforcés par l'existence de certaines circonstances spécifiques, sans qu'il soit nécessaire de déclarer ou de déterminer l'état d'urgence, l'état d'exception ou l'état d'USP. En effet, des pouvoirs d'exception d'une certaine nature ont été déployés par chaque État-échantillon pour répondre à la pandémie de COVID-19, même si l'état d'exception n'avait pas été déclaré ou déterminé. Dans certains cas, les pouvoirs législatifs d'urgence ont été utilisés pour créer de nouveaux pouvoirs d'exception. Dans la plupart des cas, cependant, les pouvoirs d'exception utilisés étaient déjà prescrits dans une plus ou moins grande mesure dans la législation existante.

Comme indiqué au chapitre 1, l'analyse de l'efficacité et de la pertinence des mesures de lutte contre la COVID-19 mises en œuvre grâce aux pouvoirs d'exception sort du cadre du présent rapport. En outre, la majorité des recensements des USP tendent à fournir des informations sur la source légale des pouvoirs d'exception utilisés, plutôt que des informations sur la nature des mesures instaurées en utilisant ces pouvoirs (bien que certains recensements des décrets d'état d'urgence aient identifié certaines des mesures d'urgence instaurées au cours des phases initiales de la pandémie de COVID-19). La plupart des mesures d'urgence instaurées sont désormais connues de tous les lecteurs et comprennent les éléments suivants :

- la fermeture des frontières ;
- les restrictions sur les voyages internationaux ;
- la quarantaine obligatoire ou l'auto-isollement³⁵⁹ des voyageurs arrivants, à domicile, dans des hôtels ou dans des logements fournis par l'État ;
- les restrictions sur les déplacements internes ;
- la fermeture d'entreprises, d'écoles, de lieux de sport et de divertissement ;
- l'interdiction des rassemblements sociaux, y compris le culte religieux ;
- la distanciation sociale obligatoire et d'autres mesures préventives telles que le port obligatoire de masques faciaux ;
- le dépistage et le traçage des personnes susceptibles d'être infectées, y compris l'utilisation obligatoire d'applications pour smartphones et le partage des données ;
- l'auto-isollement ou la quarantaine obligatoire pour les personnes présentant des symptômes ou celles qui sont asymptomatiques, mais potentiellement infectées ;
- la protection obligatoire – voire l'isolement ou la mise en quarantaine – des personnes les plus vulnérables, notamment les personnes âgées ou celles souffrant de problèmes de santé sous-jacents, même si elles n'ont pas contracté la maladie ; et
- un traitement obligatoire, pouvant dans certains cas inclure la vaccination.

L'analyse détaillée de l'efficacité de ces mesures d'urgence fournira, lorsqu'elle pourra avoir lieu, un outil très utile aux États pour connaître les pouvoirs législatifs d'urgence spécifiques et les pouvoirs d'exception susceptibles d'être nécessaires pour les futures USP (et pour d'autres catastrophes). En attendant, les recommandations du Rapport sur la PRC³⁶⁰ peuvent aider à déterminer comment les lois devraient aborder la formulation et le déploiement des pouvoirs d'exception.



RECOMMANDATIONS

1. Les lois devraient clairement spécifier les pouvoirs gouvernementaux qui s'appliquent une fois que l'état d'exception est déclaré ou déterminé en ce qui concerne une USP.
2. Il est généralement préférable que les lois comprennent une liste prédéterminée, précise et exhaustive de ces pouvoirs gouvernementaux, bien qu'il puisse être approprié que des pouvoirs plus larges soient disponibles en cas d'USP graves.

5.6 / IMPACT DES ÉTATS D'EXCEPTION ET DES MESURES D'URGENCE SUR LES DROITS DE L'HOMME

Comme le constate le Rapport sur la PRC, il est courant que les lois nationales de GRC autorisent des mesures ayant un impact sur les droits de l'Homme, en particulier pendant ou sous des états d'exception. L'expérience de la pandémie de COVID-19 montre que la question des impacts sur les droits de l'Homme se pose également dans le contexte des USP. Les mesures instaurées en réponse à la pandémie de COVID-19 et qui soulèvent des problèmes de droits de l'Homme comprennent (sans toutefois s'y limiter) : les confinements, la fermeture obligatoire des entreprises, les quarantaines obligatoires ou l'auto-isollement des personnes infectées ou potentiellement infectées, surtout si les critères sont subjectifs ou vagues,³⁶¹ et la protection obligatoire ou l'auto-isollement des personnes les plus sensibles à la maladie. Bon nombre des mesures d'atténuation prises (ou non prises) à l'égard des groupes vulnérables examinés dans la partie C ont également des répercussions sur les droits de l'Homme. Une étude détaillée de l'impact des mesures d'urgence anti-COVID-19 sur les droits de l'Homme sort du cadre du présent rapport, mais ce sujet a déjà suscité de nombreux articles³⁶² et billets de blog et sera probablement l'un des aspects les plus discutés de la pandémie. Les principaux sujets de discussion consistent à savoir si les types de restrictions imposées, la durée de leur application et les mesures d'exécution sont proportionnés à la nature et à la gravité de la menace pour la santé publique.

Malgré la nature des mesures prises en réponse à la COVID-19, la plupart des États n'ont pas ressenti le besoin de déroger formellement au respect des droits de l'Homme. Il apparaît que seuls treize pays ont notifié une dérogation au PIRDCP en ce qui concerne leurs mesures de riposte à la COVID-19, à savoir : l'Arménie, le Chili, la Colombie, l'Équateur, le Salvador, l'Estonie, la Géorgie, le Guatemala, le Kirghizistan, la Lettonie, la Palestine, le Pérou et la Roumanie.³⁶³ Ceci est peut-être surprenant étant donné le nombre d'autres États qui ont utilisé des pouvoirs d'exception et instauré des mesures d'une manière qui pourrait avoir pour effet de suspendre les droits fondamentaux de l'Homme. Comme l'indique le rapport de l'Institut Wallenberg, certains États « ont instauré des mesures dérogeant effectivement aux obligations internationales, mais sans se conformer aux exigences de fond et de procédure. Le risque qui survient lorsque les dérogations aux obligations internationales ne respectent pas les exigences de fond ou de procédure est que les garanties essentielles qui sont en place pour prévenir les violations sont écartées sans une évaluation de la nécessité ou de la proportionnalité des mesures, ce qui augmente considérablement le risque de violation des droits de l'Homme. »³⁶⁴

La plupart des instruments relatifs aux droits de l'Homme prévoient que les États peuvent limiter certains droits afin de prendre des mesures pour faire face à des menaces graves pour la santé de la population ou de certains de ses membres. Cela ne donne toutefois pas aux États la possibilité d'invoquer des raisons de santé et, par conséquent, de faire ce qu'ils veulent. Les restrictions aux droits de l'Homme devraient être nécessaires, proportionnées et, surtout, *prescrites par la loi*. Les Principes de Syracuse³⁶⁵ établissent en outre que ces mesures doivent viser spécifiquement à prévenir les maladies ou les blessures ou à fournir des soins aux malades et aux blessés, et qu'il faut tenir dûment compte du RSI³⁶⁶ ainsi que des principes plus généraux de nécessité et de proportionnalité. L'importance de l'exigence selon laquelle toute limitation devrait être prescrite par la loi a été démontrée dans la récente affaire néo-zélandaise *Borrowdale v Director General of Health and Others*.³⁶⁷ La Haute Cour de Nouvelle-Zélande a accepté que les restrictions liées à la COVID-19 de la Nouvelle-Zélande étaient nécessaires, raisonnables et proportionnées. Cependant, elle a jugé que les restrictions à la liberté de circulation, de réunion pacifique et d'association étaient contraires à la Charte néo-zélandaise des droits de 1990 pendant une période où les restrictions n'étaient pas contenues dans la législation. C'est-à-dire qu'elles n'étaient donc pas prescrites par la loi. Une fois que les restrictions ont été énoncées dans la législation, la Haute Cour a considéré qu'elles étaient correctement imposées.

Étant donné qu'aucun des recensements des USP ne mentionne d'affaires judiciaires, on ne sait pas l'ampleur des litiges concernant les impacts des restrictions liées à la COVID-19 sur les droits de l'Homme, ni comment les tribunaux ont traité ces affaires. Dans les jugements rapportés dans les juridictions de common law, il semble que les tribunaux soient prêts à accorder aux gouvernements un certain degré de discrétion et de souplesse dans le traitement d'une USP. Dans l'affaire *Dolan v Secretary of Health and Social Care*,³⁶⁸ la Haute Cour anglaise, dans une décision confirmée en appel, a rejeté un recours contre des règlements exigeant que les personnes restent chez elles. La décision se fonde sur le fait que d'imposer à une personne de quitter son domicile pour passer la nuit dans un autre lieu ne constitue pas une privation de liberté. Les restrictions de séjour à domicile



Afrique du Sud, 2020. Des bénévoles au Twin City Mall expliquent comment freiner la propagation de la COVID-19, en commençant par la distanciation sociale et l'importance de se laver les mains régulièrement. © Moeletsi Mabe / FICR

ne constituaient pas non plus une violation du droit au respect de la vie privée et familiale. En ce qui concerne la contestation des restrictions à la circulation, la Cour a admis qu'elles impliquent une restriction à la liberté de réunion et d'association. Toutefois, elle a conclu que « dans le contexte d'une pandémie mondiale où une maladie nouvelle, hautement infectieuse et capable de causer la mort se propage et est transmissible entre humains », aucun tribunal ne peut juger les restrictions disproportionnées. Il convient toutefois de noter que des dispositions de révision ont été intégrées dans les règlements pertinents et que, au moment du jugement, ces règlements avaient été remplacés. La question de savoir si de telles décisions sont la norme fera sans aucun doute l'objet de nombreux examens et analyses.

Entre-temps, comme le Rapport sur la PRC et bien d'autres l'ont souligné, le fait que certains tribunaux puissent offrir aux gouvernements une marge d'appréciation ne devrait pas faire oublier le principe plus fondamental selon lequel les États doivent continuer à respecter les droits de l'Homme même en cas d'USP grave.



RECOMMANDATIONS

1. Les lois devraient faire en sorte que, pendant l'état d'exception lié à une USP, des garanties soient en place pour promouvoir la transparence et la responsabilité gouvernementales, maintenir l'état de droit, préserver les institutions démocratiques et protéger les droits de l'Homme.
2. Les pouvoirs et mesures d'urgence devraient être conformes au droit international, en particulier au droit international des droits de l'Homme.
3. Les droits de l'Homme devraient continuer à être respectés pendant une USP, et les États ne devraient donc déployer des pouvoirs et des mesures d'urgence qui limitent les droits de l'Homme que dans la mesure où ils sont nécessaires, proportionnés et prescrits par la loi.

5.7 / GARANTIES ET CONTRÔLE PENDANT L'ÉTAT D'EXCEPTION

Il devrait être incontestable que la déclaration ou la détermination de l'état d'exception soit soumise à des garanties. Le Rapport sur la PRC recommande que la loi prévoie un contrôle judiciaire et/ou législatif de l'état d'urgence et de l'état de catastrophe de haut niveau en ce qui concerne la déclaration initiale de l'état d'urgence / de catastrophe (y compris tous les pouvoirs spécifiés), les décisions ou mesures prises pendant l'état d'urgence / de catastrophe, et toute décision de prolonger ou de mettre fin à l'état d'urgence / de catastrophe. Ces principes s'appliquent également à l'état d'exception déclenché face à une USP. Bien que les recensements des USP ne fournissent que des informations limitées sur le contrôle, il est possible de trouver une certaine forme de contrôle législatif ou judiciaire dans la plupart des États-échantillons.

5.7.1 / Contrôle législatif

Les recensements des USP indiquent qu'il existe des variations importantes dans la manière dont les législateurs exercent leur contrôle sur la déclaration ou la détermination de l'état d'exception ou sur les mesures d'urgence adoptées.

La forme de contrôle la plus solide est celle où l'élaboration des lois est toujours assurée par le pouvoir législatif et non par le pouvoir exécutif. Comme nous l'avons déjà noté, dans la plupart des cas, le pouvoir législatif était encore en mesure de fonctionner pendant la pandémie de COVID-19 et a promulgué un grand nombre de lois utilisées par le gouvernement pour la réponse, même par des procédures et dans des délais rapides. Le rôle de contrôle du législateur est plus limité lorsque l'exécutif possède et exerce des pouvoirs législatifs d'urgence.

Comme le reconnaît le Rapport sur la PRC³⁶⁹, un équilibre devrait être trouvé entre la rapidité d'action et un contrôle approprié, en particulier lorsque les législateurs ne sont pas en session. Il est donc raisonnable de penser que, dans le cadre d'une USP à évolution rapide, l'approbation ultérieure (plutôt que préalable) de l'action gouvernementale est plus appropriée. La ratification ultérieure semble être l'approche la plus courante adoptée dans les États-échantillons en ce qui concerne : (1) les déclarations de l'état d'exception face aux USP (lors de la première déclaration ou lorsque le renouvellement est nécessaire) et (2) les textes législatifs délégués ou subsidiaires pris par l'exécutif. Par exemple, en République démocratique du Congo, une fois l'état d'exception déclaré par le président, la Constitution exige que les deux chambres législatives adoptent une loi pour réglementer son application.³⁷⁰ En Papouasie-Nouvelle-Guinée, une disposition spécifique prévoit que le Parlement se réunisse pour examiner les déclarations initiales d'urgence nationale et leur prolongation. Lorsqu'une déclaration d'urgence ultérieure est demandée, elle ne peut être faite que par un vote à la majorité absolue du Parlement.³⁷¹ En Nouvelle-Zélande, des ordonnances modificatives permettant l'utilisation de pouvoirs spéciaux pendant une épidémie peuvent être prises, mais doivent être présentées à la Chambre des représentants dès que possible après leur adoption, pour contrôle parlementaire.³⁷²

L'état d'exception déclaré ou déterminé dans le cadre d'une USP peut potentiellement être en vigueur pendant une période beaucoup plus longue que d'autres types de catastrophes. Il peut en résulter une période prolongée pendant laquelle des pouvoirs et des restrictions extraordinaires sont en vigueur, avec des impacts graves semblables à ceux examinés dans la partie C. Afin de garantir que les pouvoirs et les restrictions extraordinaires ne sont en vigueur que pendant la durée nécessaire et proportionnée à la menace pour la santé publique, les états d'exception applicables aux USP devraient être limités dans le temps, et leur prolongation devrait être soumise à des critères clairement définis ainsi qu'à un contrôle législatif.³⁷³ Dans certains cas, une condition moindre peut être fixée, notamment l'obligation pour le gouvernement d'adresser un rapport au corps législatif expliquant pourquoi les pouvoirs d'exception sont toujours nécessaires.

Il est important de reconnaître que le contrôle législatif exige que le corps législatif continue à fonctionner pendant une USP. Dans la section 4.6, le rapport souligne la nécessité de prendre des dispositions d'urgence pour permettre aux législateurs de continuer à travailler pendant une USP.



RECOMMANDATIONS

1. Les lois permettant la déclaration ou la détermination de l'état d'exception concernant une USP devraient prévoir que le législateur :
 - a. doit (dans la mesure du possible) approuver la déclaration ou la détermination dans un délai prescrit ; et
 - b. a le pouvoir de modifier ou de mettre fin à un état d'exception, y compris le pouvoir de modifier des détails tels que la portée géographique, la période de temps et les pouvoirs d'exception.
2. Les lois permettant la déclaration ou la détermination de l'état d'exception concernant une USP devraient inclure une limite temporelle afin que l'état d'exception prenne fin automatiquement après une période bien précise, à moins qu'il ne soit prolongé.
3. Les lois permettant la déclaration ou la détermination de l'état d'exception concernant une USP devraient clairement indiquer :
 - a. les circonstances dans lesquelles l'état d'exception peut être prolongé ;
 - b. la période maximale pour laquelle l'état d'exception peut être prolongé ; et
 - c. soit :
 - i. le nombre maximal de fois où l'état d'exception peut être prolongé, ou
 - ii. la période maximale pendant laquelle l'état d'exception peut être en vigueur.
4. Les lois permettant la déclaration ou la détermination de l'état d'exception concernant une USP devraient exiger que toute prolongation de l'état d'exception soit soumise à l'approbation du corps législatif (dans la mesure du possible), soit avant la prolongation, soit dans un délai prescrit.

5.7.2 / Contrôle judiciaire

La deuxième forme principale de contrôle ou d'examen est le recours aux tribunaux. La possibilité de contester une déclaration ou détermination d'état d'exception n'est cependant pas universelle. L'Association de droit international considère que les tribunaux devraient être compétents pour déterminer si :

- les déclarations et la législation d'urgence sont conformes à la loi en termes de procédures et de conditions, ainsi que de proportionnalité et de nécessité ;
- les instruments juridiques permettant de limiter les droits et d'y déroger sont légaux et correctement adoptés ;
- un droit non dérogeable a été violé ;
- les lois en dehors des mesures d'urgence restent en vigueur, avec une présomption qu'elles sont en vigueur sauf si elles sont explicitement abrogées.³⁷⁴

Les recensements des USP ne suggèrent pas que le contrôle judiciaire a été exclu, bien qu'elles ne fassent pas d'observations spécifiques sur cette question. Le plus grand défi au contrôle judiciaire pendant la COVID-19 n'a peut-être pas été juridique, mais pratique, avec la fermeture de nombreux tribunaux dans le cadre de restrictions plus larges. Ce n'est que dans le recensement des USP de l'Inde qu'il est fait état d'une législation excluant la compétence d'un tribunal à intervenir dans le cadre des mesures de réponse à la COVID-19.³⁷⁵



RECOMMANDATIONS

1. Les lois prévoyant la déclaration ou la détermination de l'état d'exception concernant une USP devraient garantir que :
 - a. la déclaration ou la détermination, sa prorogation ultérieure et tout pouvoir ou mesure d'urgence connexe peuvent faire l'objet de poursuites judiciaires de la part des personnes concernées ;
 - b. le pouvoir judiciaire a la compétence et le pouvoir de :
 - i. déclarer illégale la déclaration ou la détermination de l'état d'exception, sa prorogation ultérieure et tout pouvoir ou mesure d'urgence connexe ;
 - ii. prendre les mesures idoines pour remédier à cette illégalité (par exemple, par une déclaration de nullité, des sanctions ou une indemnisation).

5.7.3 / Transparence

Une garantie supplémentaire reconnue dans le Rapport sur la PRC est la publicité : il s'agit de s'assurer que l'avis sur les états d'exception est fourni au public le plus large possible, et pas seulement dans un registre public de textes législatifs. Cet aspect est manifestement important et, bien qu'il ne figure pas dans les recensements des USP, il est prouvé que les États utilisent d'autres méthodes de communication, notamment les réseaux sociaux, pour fournir des informations sur les mesures mises en place en réponse à la COVID-19.³⁷⁶ Ce qui est également intéressant, c'est l'utilisation de sites web pour assurer un meilleur accès à la législation utilisée dans la réponse. De nombreux gouvernements ont mis en place des sites Internet dédiés aux lois sur la COVID-19 ou ont créé sur leurs principaux sites Internet de lois des pages dédiées aux documents COVID-19. Ces sites ne sont pas toujours très conviviaux, mais cela peut être dû à la quantité de lois, de révisions, d'amendements ou d'abrogations, qui peuvent rendre très difficile le suivi des lois en vigueur. Néanmoins, l'existence de ce type de sites web améliore l'accès aux lois et, inversement, son inexistence peut rendre difficile l'accès aux lois.



RECOMMANDATIONS

1. La loi devrait exiger que la déclaration ou la détermination de l'état d'exception en réponse à une USP (y compris le détail des pouvoirs ou mesures d'urgence s'appliquant dans ce cadre) soit publiée et rendue accessible au public le plus large possible.
2. La bonne pratique de publication des textes législatifs au cours de la COVID-19, constatée dans le monde entier, devrait se poursuivre, et tous les États devraient chercher à publier en ligne, dans la mesure du possible, les lois, politiques et plans en matière d'état d'exception et d'USP.

PARTIE C

LE RÔLE DU DROIT DANS L'ATTÉNUATION DES IMPACTS SECONDAIRES DES URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE ET DES IMPACTS SUR LES GROUPES VULNÉRABLES



© Croissant-Rouge arabe syrien

Cette partie (C) traite du rôle du droit dans l'atténuation des impacts secondaires des USP et des impacts sur les groupes marginalisés et vulnérables.³⁷⁷ Elle suit la structure du Rapport PRD en se concentrant sur les grands thèmes que sont : (1) la mobilité humaine,³⁷⁸ (2) l'abri et le logement³⁷⁹ et (3) la protection des groupes vulnérables.³⁸⁰ Elle complète les recommandations existantes sur ces sujets dans le Rapport sur la PRC, en fournissant des orientations spécifiquement dans le contexte des USP.

Les recensements des USP fournissent une image complète des mesures sociales, économiques et sanitaires prises pour atténuer l'impact de la pandémie de COVID-19 et, par conséquent, offrent une illustration des types de soutien que les États pourraient devoir mettre en place en réponse à une future USP. L'analyse dans cette partie se concentre sur ces mesures, même si, étant donné qu'un grand nombre ont été instaurées sans qu'il soit nécessaire de recourir à une loi ou à une politique, cette partie est axée spécifiquement sur les mesures instaurées par la loi ou qui soulèvent des questions juridiques.

6 / IMPACT DES URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE SUR LA MOBILITÉ ET LA MIGRATION HUMAINES

6.1 / LA MOBILITÉ HUMAINE EN RÈGLE GÉNÉRALE

Les catastrophes peuvent avoir des impacts à court et à long terme sur la mobilité humaine. Le Rapport sur la PRC les examine par rapport aux catastrophes en général et identifie deux aspects principaux : (1) les déplacements planifiés, qu'ils soient préventifs ou réactifs, et (2) les déplacements liés aux catastrophes, qui sont non planifiés et réactifs, les personnes étant contraintes de quitter leur domicile à la suite d'une catastrophe. Le Rapport sur la PRC recommande la nécessité de mettre en place des cadres juridiques et politiques exhaustifs pour entreprendre des réinstallations planifiées lorsque cela est nécessaire et pour protéger les personnes soumises à des déplacements involontaires.³⁸¹

Comme d'autres types de catastrophes, les USP peuvent inciter à la fuite physique : la peur de la contagion peut être une motivation puissante. Dans d'autres cas, le souhait d'éviter les restrictions de confinement instaurées en réponse à une USP peut être une raison suffisante pour se déplacer, que ce soit au niveau national ou international. Cependant, la pandémie de COVID-19 a montré que les USP peuvent davantage affecter la mobilité humaine. Dans le cas des visiteurs ou des migrants, il peut y avoir un désir de retourner « chez eux », peut-être pour aider ou pour retrouver la famille. La perte d'emplois et la variation des opportunités économiques peuvent également constituer un motif de déplacement. En Inde, par exemple, les effets néfastes des restrictions liées à la COVID-19 sur les activités et les moyens de subsistance en milieu urbain ont entraîné une migration massive entre les États, principalement des zones urbaines vers les zones rurales.³⁸²

Ces déplacements peuvent être perturbés par des restrictions aux voyages ou par la fermeture des frontières, tant internationales qu'intérieures. Pendant la période COVID-19, la majorité des États ont fermé leurs frontières aux voyageurs entrants à un moment donné. Dans certains États, la fermeture des frontières a également empêché – de droit ou de fait – les voyages à l'étranger.³⁸³ La fermeture des frontières et les restrictions de voyage ont entraîné une modification des itinéraires de migration. Par exemple, on rapporte que les migrants d'Afrique de l'Ouest, incapables d'atteindre l'Union européenne par la côte nord-africaine, empruntent désormais la route atlantique, plus dangereuse, via les îles Canaries. La fermeture des frontières et les restrictions de voyage ont également créé le contraire d'un déplacement forcé : l'immobilité forcée. Les conséquences de l'immobilité forcée peuvent être très graves pour les personnes se trouvant dans des situations particulières, comme celles qui sont persécutées, qui perdent leurs moyens de subsistance ou dont le statut migratoire est irrégulier ou incertain (visas expirés, par exemple). Comme l'a rapporté le recensement des USP du Honduras, ce pays a été confronté à la fois à un retour de demandeurs d'asile en provenance des États-Unis, mais aussi à l'arrivée d'une caravane de migrants se dirigeant vers les États-Unis. Combiné aux restrictions sur les déplacements internes, l'effet des fermetures de frontières et des mesures d'autres États a abandonné à leur sort un nombre important de migrants.³⁸⁴

6.2 / FERMETURE DES FRONTIÈRES

À l'exception de la République de Corée et du Royaume-Uni, tous les États-échantillons ont instauré des fermetures de frontières ou leur équivalent effectif, notamment des interdictions d'arrivées par air ou mer. L'objectif était clairement de limiter la mobilité humaine afin d'enrayer la propagation de la COVID-19 (bien que l'efficacité de ces mesures ne soit pas clairement établie et que la modélisation ait montré que, même si les restrictions de voyage peuvent fonctionner au début d'une pandémie, elles deviennent ensuite moins efficaces³⁸⁵). Dans un certain nombre d'États-échantillons, la fermeture absolue des frontières n'a pas été instaurée immédiatement. Au contraire, les fermetures de frontières ont été échelonnées, en commençant par des restrictions ou des interdictions concernant les voyageurs en provenance des villes ou des pays d'où la pandémie est partie ou s'est initialement propagée. Par exemple, la Nouvelle-Zélande a d'abord interdit les voyageurs en provenance de Chine avant d'adopter plus tard une fermeture complète des frontières.³⁸⁶ Le Liberia a d'abord suspendu les voyages à destination et en provenance de tous les pays comptant au moins 200 cas de COVID-19.³⁸⁷ D'autres États ont d'abord concentré les restrictions sur les voyageurs arrivant par des modes de transport qui étaient des sources potentielles de transmission majeure. Par exemple, les premières mesures prises par l'Australie ont consisté à interdire l'accès au territoire australien aux navires de croisière internationaux.³⁸⁸

Les moyens concrets de fermeture des frontières ont pris plusieurs formes et variaient en fonction de la nature de la frontière (c'est-à-dire terrestre, maritime ou aérienne). Dans certains cas, les avions et les navires étrangers ou non approuvés ont été interdits d'accès au territoire d'un pays. Plus souvent, les navires et les avions n'ont pas été interdits en tant que tels, mais les passagers n'avaient pas le droit de débarquer, sauf s'ils faisaient l'objet d'une exception. En Colombie, par exemple, il a été interdit à tous les voyageurs aériens internationaux d'arriver dans le pays ou de transiter par lui, sauf (1) en cas d'urgence humanitaire, d'exception de « force majeure ou de cas fortuit » ou (2) avec une autorisation préalable. Les règles applicables aux frontières terrestres différaient légèrement, autorisant l'accès pour le transport de fret et de marchandises.³⁸⁹ Ce type d'exception a été appliqué dans de nombreux États-échantillons : si les passagers ont été largement interdits, l'importation des marchandises, notamment des fournitures essentielles telles que les EPI, était tout de même admise.³⁹⁰ Des exceptions pour l'aide humanitaire sont également apparues dans un certain nombre de décrets de fermeture des frontières du Brésil. Au Liberia – pays qui a fermé certaines de ses frontières pendant l'épidémie d'Ebola, les autres n'étant ouvertes qu'avec des centres de dépistage – toutes les frontières avec les pays voisins ont été fermées et les vols commerciaux ont été suspendus par décret, à l'exception du fret, des vols affrétés et des vols spéciaux.³⁹¹ De même, la Sierra Leone, qui a également connu l'épidémie d'Ebola, a fermé ses frontières et suspendu les vols de l'étranger, à l'exception de ceux transportant des cargaisons essentielles.³⁹²

Ces fermetures de frontières ont été instaurées en dépit de leur incompatibilité avec les recommandations temporaires du RSI de l'OMS (qui déconseille l'application de restrictions aux voyages ou au commerce³⁹³) et, comme l'indique le Rapport sur la PRC³⁹⁴, la grande majorité des États s'étant engagée envers le Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières. Le Pacte mondial exige l'élaboration « d'approches cohérentes pour relever les défis des mouvements migratoires dans le contexte des catastrophes naturelles soudaines ou à évolution lente »³⁹⁵ et, par conséquent, couvre les USP.

Les recensements des USP n'indiquent pas clairement si les mesures légales adoptées pour fermer les frontières ou restreindre les déplacements ont été planifiées à l'avance. Dans certains cas, elles ont pu être fondées sur des précédents ou sur l'expérience de précédentes USP. Il semble toutefois que nombre de ces lois aient été adoptées à la hâte en réponse à la nécessité perçue d'empêcher rapidement le déplacement des personnes infectées. Le degré de prise en compte des obligations internationales des États ou des conséquences plus larges de ces interdictions et restrictions n'est pas abordé dans les recensements des USP, mais il semble que ces considérations ne figuraient pas au premier plan de la réflexion de tous les gouvernements.

L'instauration de fermetures de frontières et de restrictions de voyage – et leurs corollaires tels que la réduction de la disponibilité des vols commerciaux (du moins sur certaines routes) – a eu un impact majeur sur les efforts de rapatriement des individus. Il n'est pas certain que les États ayant imposé des restrictions aient tenu compte des droits fondamentaux que ces mesures pouvaient enfreindre. En particulier, en vertu du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (**PIDCP**), « toute personne est libre de quitter tout pays, y compris le sien »³⁹⁶ et « Nul ne peut être arbitrairement privé du droit de revenir dans son pays. »³⁹⁷



Honduras, 2021. La Croix-Rouge hondurienne apporte son soutien aux migrants qui traversent le pays dans une « caravane de migrants ». Les points de service humanitaire établis le long de la route migratoire permettent de fournir des services et des fournitures essentiels, tels que de l'eau, des masques, des soins préhospitaliers et des informations sur la sûreté, la sécurité et la prévention de la COVID-19. © Johannes Chinchilla / FICR

Dans un premier temps, l'accent a été mis sur le retour des touristes, y compris ceux qui se trouvaient sur des bateaux de croisière. Au fur et à mesure de la progression de la pandémie de COVID-19, des problèmes importants se sont posés pour le rapatriement des équipages des navires de passagers et de fret qui, faute d'activité, ont été contraints d'accoster en mer. En juillet 2020, on estimait que 200 000 marins étaient bloqués en mer.³⁹⁸ Les difficultés de rapatriement des travailleurs migrants sont également apparues au fur et à mesure que la pandémie de COVID-19 progressait et que l'impact sur leur emploi s'aggravait : par exemple, le Sri Lanka, dont plus d'un million de citoyens travaillaient à l'étranger avant la pandémie de COVID-19, comptait à un moment donné plus de 50 000 citoyens en attente de rapatriement.³⁹⁹

Les problèmes de rapatriement ont été exacerbés lorsque les fermetures de frontières se sont appliquées aux citoyens de retour. Dans la plupart des cas, les citoyens ou les résidents permanents étaient autorisés à entrer. Par exemple, le recensement des USP de la Nouvelle-Zélande explique que les frontières étaient fermées à tous sauf aux citoyens de retour et aux résidents permanents. Cependant, dans quelques États-échantillons, même les citoyens étaient expressément, ou en pratique, interdits de retour. Les frontières internationales de l'Australie étaient fermées à tous sauf aux citoyens et à des catégories limitées de personnes. Le nombre de citoyens qui pouvaient rentrer était toutefois limité dans la pratique par l'imposition d'un plafond quotidien ou hebdomadaire sur le nombre d'arrivées dans les aéroports internationaux du pays. L'impossibilité d'obtenir un vol est donc devenue un obstacle au retour de certains citoyens australiens. Le recours au plafond d'arrivées a donné lieu à un certain nombre de plaintes auprès de la Commission australienne des droits de l'Homme.⁴⁰⁰

La plupart des fermetures de frontières concernaient les voyages de l'étranger. Dans certains cas, cependant, les frontières ont également été fermées aux voyages à l'étranger. Le recensement des USP du Tadjikistan fournit un exemple des problèmes que cela a causé, en indiquant que de nombreux travailleurs migrants tadjiks n'ont pas pu rentrer au Tadjikistan depuis la Russie après la fermeture des frontières russes aux voyages à l'étranger. D'après son recensement des USP, l'Australie semble avoir adopté certaines des réglementations les plus strictes en matière de voyages à l'étranger. Celles-ci interdisaient aux citoyens australiens et aux résidents permanents de quitter le pays à bord d'un avion ou d'un navire,⁴⁰¹ sous réserve d'une autorisation accordée sur la base d'un certain nombre de dérogations spécifiques. Une dérogation était possible pour les personnes résidant habituellement dans un pays autre que l'Australie (bien que les personnes de cette catégorie aient eu des difficultés à trouver des vols, étant donné la limitation des vols dans les aéroports internationaux d'Australie). Dans certains pays échantillons, même s'il n'y a pas eu d'exception générale, un citoyen étranger pouvait demander une autorisation de sortie, comme dans le cas de la Mongolie où la demande était adressée à la Commission

spéciale de l'État.⁴⁰² Le recensement des USP de la Mongolie ne dit pas si ces demandes ont été acceptées ou si des conditions ont pu être imposées. En général, les restrictions sur les voyages à l'étranger empiètent sur le droit prévu par le Pacte international relatif aux droits civils et politiques de quitter librement tout pays (y compris le sien) et, par conséquent, soulèvent la question de savoir si ces restrictions sont nécessaires et proportionnées à la menace pour la santé publique.

Un certain nombre de recensements des USP font état de la manière dont les gouvernements ont aidé au rapatriement des citoyens étrangers qui le souhaitaient. Cette aide a tendance à prendre deux formes : (1) comme nous l'avons vu plus haut, en veillant à ce que toute interdiction de voyage à l'étranger soit assortie de dérogations appropriées et (2) en apportant une aide positive au rapatriement des citoyens étrangers « piégés ». Les exemples d'aide positive au retour des migrants sont plus courants, bien qu'ils tendent à être appliqués dans le cadre de politiques plutôt que de lois. Les gouvernements des EAU et du Sri Lanka, par exemple, ont facilité les vols pour les travailleurs étrangers souhaitant rentrer,⁴⁰³ et l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) a aidé au retour des migrants tadjiks bloqués aux frontières du Kazakhstan et de l'Ouzbékistan.⁴⁰⁴



RECOMMANDATIONS

1. Les lois, les politiques et les plans nationaux de gestion des risques d'USP devraient porter sur les points suivants :
 - a. la nécessité éventuelle pour un État de fermer ses frontières ou d'imposer des restrictions aux voyages en réponse à la propagation internationale d'une maladie ;
 - b. l'impact potentiel d'une USP sur la mobilité humaine et les besoins des personnes qui pourraient souhaiter ou devoir se déplacer (à l'échelle internationale ou interne) en conséquence (directe ou indirecte)
 - c. le besoin potentiel de rapatriement des migrants à la suite d'une USP et le processus de facilitation du rapatriement.
2. Les lois devraient clairement définir les critères de fermeture et/ou de restriction aux frontières et la manière dont ces fermetures ou restrictions seront mises en œuvre dans la pratique. Ces critères devraient être conformes aux obligations internationales des États en vertu du RSI et du PIDCP, notamment le droit de toute personne de quitter tout pays (y compris le sien) et de ne pas se voir arbitrairement privée du droit de revenir dans son pays.

6.3 / RÉFUGIÉS ET DEMANDEURS D'ASILE

Au début de la pandémie de COVID-19, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) a publié des messages de protection clés conçus pour répondre à la vulnérabilité des demandeurs d'asile, des réfugiés et des personnes déplacées, dont on prévoyait qu'elle se manifesterait probablement pendant la pandémie.⁴⁰⁵ Ces messages sont les suivants :

1. Les États peuvent et devraient garantir l'accès à l'asile tout en protégeant la santé publique.
2. Même lorsqu'un État a fermé ses frontières, l'accueil des demandeurs d'asile et le traitement des demandes d'asile devraient se poursuivre, en donnant la priorité aux plus vulnérables.
3. Les restrictions à la liberté de circulation ne devraient être ni arbitraires ni discriminatoires.
4. Les restrictions à l'exercice des droits ne devraient pas être maintenues plus longtemps que nécessaire.
5. Les mesures de santé publique et autres devraient tenir compte des risques particuliers auxquels sont exposés les réfugiés, les personnes déplacées et les autres groupes marginalisés.

Les recensements des USP font spécifiquement état des problèmes auxquels sont confrontés les réfugiés et les demandeurs d'asile pendant la pandémie de COVID-19. Dès lors, deux questions principales se posent, à

savoir : (1) si les fermetures de frontières et les restrictions de voyage ont interdit l'entrée et/ou forcé le retour des réfugiés et des demandeurs d'asile, et (2) si le traitement des demandes d'asile s'est poursuivi.

Au début de la pandémie de COVID-19, le HCR a estimé que, sur les 123 États qui avaient fermé totalement ou partiellement leurs frontières, trente n'avaient prévu aucune dérogation pour l'accès des demandeurs d'asile.⁴⁰⁶ Les recensements des USP apportent un éclairage supplémentaire sur cette question. En Australie, les fermetures strictes des frontières s'appliquaient de la même manière aux demandeurs d'asile et aux détenteurs de visas de réfugiés et de visas humanitaires qui ne s'étaient pas rendus en Australie (bien que des dérogations discrétionnaires puissent être accordées par le Commissaire des Forces frontalières australiennes).⁴⁰⁷ Dans d'autres États-échantillons dont les frontières ont été fermées, il n'y avait pas de dérogations spécifiquement pour les demandeurs d'asile, mais un certain nombre d'entre eux bénéficiaient de dérogations plus générales leur permettant d'entrer pour des « raisons humanitaires » (par exemple, le Brésil, la Colombie et la Chine). On peut penser que cela pourrait s'appliquer aux personnes demandant l'asile. En Espagne, il existe des dérogations pour « les personnes qui justifient de raisons de force majeure ou de situations de besoin, ou dont l'entrée est autorisée pour des raisons humanitaires ». Cette dernière dérogation est censée avoir existé pour accueillir les demandeurs d'asile.⁴⁰⁸ Bien qu'elle ne soit pas spécifiquement évoquée dans les recensements des USP, une autre question importante est de savoir si les fermetures et les restrictions aux frontières ont pu constituer un refoulement.⁴⁰⁹ Ce risque a été identifié par le HCR dans l'éventualité où des États refuseraient des demandeurs d'asile à leurs frontières.⁴¹⁰

L'autre principal impact signalé sur les demandeurs d'asile est le retard dans le traitement de leurs demandes. En République de Corée, par exemple, bien que les procédures d'asile n'aient pas été suspendues, des retards ont été signalés dans les procédures de détermination du statut de réfugié (y compris l'annulation d'entretiens sur l'asile et le report d'audiences au tribunal).⁴¹¹ Dans de nombreux cas, ces retards peuvent être dus aux difficultés de réorganisation des tâches administratives pendant la pandémie. Cependant, les impacts des retards peuvent être importants si, par exemple, les demandeurs d'asile ne peuvent pas postuler un emploi jusqu'à la confirmation de leur statut ou accéder à une aide publique, notamment une indemnité de secours d'urgence⁴¹² en cas de catastrophe ou si le retard empêche ou entrave le regroupement familial.



RECOMMANDATIONS

1. Les lois qui réglementent la fermeture des frontières ou les restrictions de voyage en réponse à la propagation internationale d'une maladie (ou d'un autre risque pour la santé publique) devraient :
 - a. être conformes aux obligations juridiques internationales des États à l'égard des réfugiés et des demandeurs d'asile, notamment l'obligation de non-refoulement ;
 - b. prévoir des dérogations (sous réserve de garanties sanitaires appropriées) pour des raisons humanitaires en faveur des réfugiés, des demandeurs d'asile et d'autres personnes fuyant un préjudice irréparable.
2. Les États devraient garantir l'accès à l'asile pendant une USP. Les lois et/ou les politiques devraient établir des dispositions d'urgence pour garantir que l'accueil des demandeurs d'asile et le traitement des demandes d'asile se poursuivent, en donnant la priorité aux plus vulnérables.

7 / ABRI ET LOGEMENT

7.1 / INTRODUCTION

Le Rapport sur la PRC indique que les principaux problèmes liés au logement et à l'hébergement lors des catastrophes sont : (1) l'accès inéquitable à l'aide aux abris d'urgence, (2) le manque de terrains et de bâtiments disponibles pour l'aide aux abris d'urgence et transitoires, et (3) la perturbation de l'éducation en raison de l'utilisation des écoles comme centres d'évacuation ou abris post-catastrophe.⁴¹³ Les USP soulèvent des questions très différentes par rapport au logement et à l'abri, principalement en raison du fait qu'ils sont moins destructeurs physiquement. Comme l'a démontré la pandémie de COVID-19, lors des USP, les principales préoccupations sont de deux ordres. Premièrement, les personnes sans abri peuvent être particulièrement exposées, par exemple parce qu'elles (a) peuvent être entassées dans un environnement où une maladie peut se propager plus facilement ou (b) n'ont pas accès à des installations d'hygiène, à un traitement ou à une assistance. Deuxièmement, les impacts secondaires d'une USP sur l'activité économique et les moyens de subsistance peuvent augmenter le nombre de personnes risquant de perdre leur logement. Néanmoins, les problèmes identifiés dans le Rapport sur la PRC peuvent également survenir si une autre catastrophe survient en même temps qu'une USP, ce qui a été le cas pendant la pandémie de COVID-19.

7.2 / LE SANS-ABRISME ET LES SANS-ABRI

Bien que quelques-uns des recensements des USP, dont celles de la Chine, du Liberia et du Sri Lanka, indiquent qu'aucune mesure n'a dû être prise concernant les sans-abri pendant la pandémie de COVID-19, la plupart des États ont pris des mesures pour fournir un hébergement aux sans-abri et/ou améliorer l'assainissement. Les mesures prises se répartissent en deux grandes catégories : (1) des mesures législatives ou de nouveaux programmes ou initiatives offrant une protection renforcée aux sans-abri, et (2) des efforts informels pour s'assurer que les sans-abri puissent bénéficier d'autres mesures sanitaires.

Dans l'ensemble, le recours à la législation ou à d'autres instruments juridiques semble relativement peu fréquent, bien que certains cas aient été signalés. En Mongolie, le gouvernement est tenu de fournir un abri, de la nourriture et de l'eau potable aux sans-abri ainsi qu'aux personnes extrêmement pauvres et d'organiser des activités de prévention des infections.⁴¹⁴ Il existe également des textes législatifs au niveau des États dans les juridictions fédérales : par exemple, dans l'État brésilien de São Paulo, des textes législatifs autorisent les sans-abri à occuper des chambres d'hôtel.⁴¹⁵

La fourniture d'un hébergement aux sans-abri pendant la pandémie de COVID-19 est une mesure relativement courante, mais pour y parvenir, la plupart des États échantillons ont soit lancé de nouvelles initiatives ou de nouveaux programmes, soit se sont appuyés sur des programmes existants, plutôt que de légiférer. Les gouvernements régionaux espagnols (communautés autonomes) ont créé des refuges pour héberger les sans-abri avec le soutien de fondations et d'organisations caritatives locales telles que la Croix-Rouge espagnole et l'agence de secours Caritas.⁴¹⁶ En Afrique du Sud, l'Agence sud-africaine de sécurité sociale a été chargée d'identifier des abris temporaires pour les sans-abri, répondant aux normes d'hygiène nécessaires. Un exemple antérieur à l'initiative COVID-19 est fourni par la Sierra Leone, qui a proposé des logements publics à ses citoyens afin de réduire l'exposition à la fièvre de Lassa.⁴¹⁷

D'autres États semblent avoir combiné la nécessité de trouver un logement – en partie pour permettre l'auto-isollement ou une distanciation sociale efficace – avec des plans à plus long terme visant à réduire l'exclusion liée au logement. En Nouvelle-Zélande, le gouvernement a mis des motels et d'autres unités résidentielles à la disposition des sans-abri, conformément à son plan d'action dit *Homelessness Action Plan 2020*.⁴¹⁸ Dans l'État australien de Victoria, le gouvernement de l'État a transféré plus de 2 000 personnes sans abri vers des hôtels.⁴¹⁹ Ce dispositif a été prolongé pour permettre aux personnes concernées de passer à un logement à long terme.⁴²⁰

Plus généralement, l'assistance apportée aux sans-abri par les États-échantillons a consisté en des conseils ciblés et un accès à des mesures sanitaires. Le gouvernement hondurien a mis en place un programme social dénommé *Operación Honduras Solidaria* pour distribuer des rations alimentaires aux personnes vulnérables en raison de la COVID-19, ainsi que du gel antibactérien et des masques.⁴²¹ L'unité médicale spéciale du ministère de la Défense espagnol a fourni quotidiennement aux sans-abri des kits d'hygiène spéciaux et des rations alimentaires, ainsi que des services médicaux et des informations générales.⁴²² En République de Corée, le gouvernement a travaillé avec des ONG pour identifier les lacunes dans les soins fournis aux sans-abri et aux habitants des quartiers informels. Des bénévoles de la communauté sont également intervenus pour apporter un soutien complémentaire lorsque les autorités locales n'avaient pas les moyens de le faire.⁴²³

Enfin, même là où aucun programme officiel n'a été constaté, certains recensements des USP indiquent que les gouvernements encouragent les sans-abri et les habitants des quartiers informels à observer de bonnes pratiques sanitaires. Par exemple, au Liberia, des services de lavage des mains dans les lieux publics ont été mis en place, et le gouvernement libérien a actualisé son initiative WASH⁴²⁴ (Eau, Accès, Assainissement et Hygiène), pour y inclure des messages de lutte contre la COVID-19.⁴²⁵

À l'instar du grand nombre de mesures prises pour atténuer l'impact de la COVID-19, le nombre d'initiatives adoptées pour soutenir les sans-abri dans un laps de temps relativement court est remarquable. Cependant, la plupart des mesures étaient réactives, même si elles s'appuyaient sur des initiatives préexistantes. L'impact potentiel d'une USP sur les sans-abri étant désormais connu, il devrait être pris en compte dans les lois, politiques et plans relatifs aux USP. Cela devrait garantir que lors des futures USP, les États seront prêts à mettre en œuvre les enseignements de la pandémie de COVID-19 et à prendre les mesures nécessaires pour protéger et soutenir ce groupe. Comme nous l'avons vu, il n'est pas strictement nécessaire que cette question figure dans la législation, mais elle devrait néanmoins être abordée dans d'autres instruments, notamment les plans d'urgence.



RECOMMANDATIONS

1. Les besoins des personnes sans abri devraient être reconnus et pris en compte dans les cadres nationaux de gestion des risques d'USP, y compris les lois, les politiques et les plans.
2. Les plans d'urgence en cas d'USP devraient identifier les mesures clés à prendre pour protéger les personnes sans abri en cas d'USP, notamment la fourniture d'un hébergement, de soins de santé, d'installations sanitaires et d'informations.

7.3 / PERTE DE LOGEMENT

La plupart des États-échantillons ont reconnu très tôt que l'impact économique de la pandémie de COVID-19 pourrait conduire les gens à perdre non seulement leurs moyens de subsistance, mais aussi potentiellement leur logement. Un certain nombre d'États-échantillons ont adopté des mesures visant à résoudre les problèmes liés au logement, principalement : (1) l'incapacité des locataires et des propriétaires à payer leur loyer ou à effectuer des versements hypothécaires, et (2) la nécessité de protéger les ménages contre l'expulsion ou la saisie lorsque, pour des raisons liées à la COVID-19, ils ne pouvaient pas payer leur loyer ou leur hypothèque. En outre, dans un certain nombre d'États-échantillons, la politique du logement a servi de moyen pour fournir une protection complémentaire aux personnes exposées à la violence domestique. Ce point est abordé plus en détail dans la section 8.6.

Une forme d'interdiction ou de délai de grâce pour les expulsions a été introduite par la législation en Australie, en Colombie, en Nouvelle-Zélande, en Espagne, au Royaume-Uni, en Floride et à New York. L'aide financière aux ménages et aux locataires est plus courante, bien que loin d'être universelle. L'Espagne se distingue en proposant un ensemble de mesures d'aide comprenant la suspension du paiement des loyers, le renouvellement automatique des baux arrivant à expiration et des microcrédits pour aider les locataires incapables de payer leur loyer.⁴²⁶ Des mesures similaires ont été mises en place en Colombie, notamment un décret spécifique⁴²⁷ prolongeant les contrats de location et exigeant que les propriétaires et les locataires parviennent à un accord sur



Afrique du Sud, 2020. Les activités de lutte contre la COVID-19 de la Croix-Rouge sud-africaine à Bloemfontein, Free State, comprennent diverses initiatives telles que des cuisines mobiles, des subventions sociales, des dépistages, des tests et des recherches. À Ricklands, la branche de Bloemfontein a mis en place un refuge pour les sans-abri au Rocklands Hall, où elle fournit également des repas allant du petit-déjeuner au dîner. © Moeletsi Mabe / FICR

le paiement des loyers. Au moment du recensement des USP, le gouvernement sri-lankais étudiait la possibilité de moratoires sur les prêts et les loyers,⁴²⁸ et au Honduras, les frais de financement ont été gelés.⁴²⁹ Un certain nombre d'États ont également mis en place des fonds d'aide face aux coûts de logement, ou dans le cadre de paquets de soutien plus larges comme c'est le cas du programme de solidarité en vertu du décret 518 du 4 avril 2020 en Colombie.⁴³⁰

Contrairement aux mesures instaurées pour aider les sans-abri, toutes ces mesures nécessitaient des textes législatifs. Cependant, la plupart semblent avoir été réactives, peu, voire aucun texte législatif permanent ne permettant que ces mesures soient prises par les gouvernements. Grâce à la COVID-19, davantage de textes législatifs seront désormais en place, mais les recensements des USP semblent indiquer qu'une grande partie des textes législatifs est spécifique à la COVID-19 et ne serait donc pas automatiquement applicable à une future USP. Une fois de plus, étant donné qu'un soutien similaire pourrait être nécessaire dans de futures USP, il serait judicieux que les États obtiennent des pouvoirs permanents pour prendre de telles mesures et s'assurer que le type de dispositions requises est inclus dans les lois, les politiques et/ou les plans relatifs aux USP.

Il est également important de reconnaître les différences de régime foncier et d'occupation des logements dans les États-échantillons. Comme indiqué dans un certain nombre de recensements des USP⁴³¹, le caractère informel ou l'absence de réglementation du régime foncier dans certains pays peut constituer un obstacle à l'instauration de mesures plus positives. Le Rapport sur la PRC recommande que les lois et/ou les politiques prévoient que l'aide au logement d'urgence (c'est-à-dire temporaire) soit fournie aux personnes touchées par une catastrophe sur la base du besoin plutôt que du statut d'occupation antérieur à la catastrophe.⁴³² Ce principe devrait s'appliquer aux autres types d'aide au logement fournis pendant une USP.



RECOMMANDATIONS

1. Les États devraient envisager d'instaurer ou de modifier des lois, politiques et plans permanents afin de déterminer le soutien financier et autre à fournir aux personnes risquant de perdre leur logement au cours d'une USP.
2. Les lois, politiques et/ou plans devraient garantir que le logement et l'aide au logement pendant une USP sont fournis en fonction des besoins plutôt que du statut d'occupation.

8 / PROTECTION DES GROUPES VULNÉRABLES

8.1 / VULNÉRABILITÉ DANS LES SITUATIONS D'URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE

Ce chapitre se concentre sur la protection de groupes spécifiques susceptibles d'être particulièrement vulnérables aux impacts, notamment secondaires, d'une USP. La FICR définit la vulnérabilité comme « la diminution de la capacité d'un individu ou d'un groupe à anticiper l'impact d'un danger d'origine naturelle ou humaine, à y faire face, à y résister et à s'en remettre ». ⁴³³ Le concept de vulnérabilité est relatif et dynamique. Bien qu'elle soit souvent associée à la pauvreté, la vulnérabilité peut également survenir « lorsque des personnes sont isolées, peu sûres et sans défense face à un risque, un choc ou un stress » ou lorsqu'elles éprouvent « un manque de capacité ou de ressources pour faire face à une catastrophe ». Les facteurs physiques, économiques, sociaux et politiques – notamment le racisme, la discrimination et d'autres formes d'exclusion – sont des déterminants importants du niveau de vulnérabilité des personnes et de l'étendue de leur capacité à résister aux dangers, à y faire face et à s'en remettre. ⁴³⁴

Le Rapport sur la PRC ⁴³⁵ identifie huit groupes de personnes qui, en fonction de leur situation particulière, peuvent être particulièrement vulnérables aux impacts des catastrophes : les femmes et les filles ; les enfants, en particulier les enfants non accompagnés et séparés ; les personnes âgées ; les personnes handicapées ; les migrants ; les groupes autochtones ; les minorités raciales et ethniques ; les minorités sexuelles et de genre. Il souligne également que d'autres groupes (tels que les minorités religieuses, politiques et les classes ou castes marginalisées) peuvent être touchés de manière disproportionnée par les catastrophes en fonction du contexte local. Le Rapport sur la PRC semble indiquer qu'au moins quatre facteurs sous-jacents sont à l'origine du fait que les groupes vulnérables subissent des impacts disproportionnés des catastrophes, à savoir : (1) la discrimination directe et indirecte dans les activités de préparation et de réponse en raison d'une marginalisation sociale préexistante, (2) la vulnérabilité du logement et des moyens de subsistance en raison d'une marginalisation économique préexistante, (3) les déficiences physiques, intellectuelles, psychosociales et sensorielles qui font qu'il est plus difficile d'échapper ou de s'abriter des dangers physiques pendant une catastrophe, et (4) l'exposition à un risque accru de comportements violents, d'exploitation ou autrement nuisibles pendant les catastrophes. ⁴³⁶

Les groupes identifiés dans le Rapport sur la PRC sont potentiellement tout aussi vulnérables lors d'une USP que lors d'autres types de catastrophes. Comme l'a illustré la pandémie de COVID-19, la transmission d'une nouvelle maladie et les maladies graves qui en découlent peuvent être beaucoup plus élevées parmi les groupes vulnérables, notamment les minorités raciales et ethniques, les communautés autochtones, les migrants et les personnes ayant un statut socio-économique inférieur, en raison d'une exposition accrue, d'un accès réduit aux mesures de santé publique (appropriées et adaptées) et/ou d'inégalités de santé préexistantes.

Toutefois, les USP peuvent également créer des catégories supplémentaires de personnes vulnérables. De toute évidence, les personnes particulièrement sensibles à la maladie (ou autre risque sanitaire) à l'origine des USP seront parmi les plus vulnérables. La nature des USP expose également les prestataires de soins de santé et de services sociaux à un risque beaucoup plus élevé. Bien qu'il soit généralement peu probable que les écoliers soient exposés à une maladie grave causée par la COVID-19, la pandémie a montré le sérieux impact qu'une USP peut néanmoins avoir sur ce groupe si les écoles sont physiquement fermées. Enfin, une USP peut avoir un impact sur les migrants et les groupes raciaux et ethniques marginalisés, qui peuvent rencontrer des difficultés pour accéder aux soins de santé et à l'assistance.

Tous ces groupes et d'autres encore seront examinés tour à tour dans ce chapitre. Cependant, comme l'indique le Rapport sur la PRC, ⁴³⁷ il existe un certain nombre de principes et de recommandations qui s'appliquent généralement à la protection des groupes vulnérables. Ces principes sont également applicables aux USP. En outre, ils s'appliquent aux huit groupes vulnérables identifiés dans le Rapport sur la PRC et aux autres groupes identifiés dans ce chapitre. Un certain nombre de principes ont déjà été évoqués dans le cadre des éléments clés

d'un cadre de gestion des risques d'USP (chapitre 4), et les recommandations suivantes se recoupent donc dans une certaine mesure avec celles qui y sont formulées.



RECOMMANDATIONS

1. Les lois, politiques et plans nationaux de gestion des risques d'USP devraient :
 - a. être suffisamment exhaustifs et souples pour protéger et répondre aux besoins de toutes les personnes touchées par une USP ;
 - b. prévoir la participation et la représentation à toutes les phases de la gestion des risques d'USP, des personnes suivantes :
 - i. les groupes susceptibles d'être particulièrement vulnérables aux impacts des USP, et
 - ii. les agences ou organisations (telles que les agences d'aide sociale, les Sociétés nationales CRRC) dont le rôle inclut la prise en charge ou la protection de ces groupes ;
 - c. interdire la discrimination (directe et indirecte) en ce qui concerne tous les éléments de la gestion des risques d'USP ;
 - d. prendre en compte et, le cas échéant, intégrer les principes, directives, normes et outils existants élaborés par la communauté humanitaire internationale pour la protection et la prise en compte des groupes vulnérables.
2. Les plans d'urgence en matière d'USP devraient prendre en compte les besoins spécifiques et autres des groupes vulnérables pendant les USP.
3. Les activités de préparation et de réponse aux USP devraient être également accessibles aux groupes vulnérables et, si nécessaire, adaptées pour répondre à leurs besoins spécifiques et autres.

Le Rapport sur la PRC formule également des recommandations spécifiques et détaillées concernant chacun des groupes vulnérables qu'il identifie. Compte tenu de leur longueur et de leur complexité, ces recommandations ne sont pas toutes reprises dans le présent rapport, mais elles sont également applicables lorsque les groupes particuliers sont touchés par une USP. Le cas échéant, ces recommandations sont réitérées dans ce chapitre.

8.2 / PERSONNES EXPOSÉES À LA MALADIE

Les personnes les plus immédiatement vulnérables lors d'une USP sont, bien entendu, celles qui sont sensibles à la maladie (ou autre risque sanitaire) elle-même. Bien que les personnes âgées et celles souffrant de problèmes de santé sous-jacents soient particulièrement sensibles à la COVID-19, différentes maladies peuvent - et vont - infecter ou affecter différents groupes. Par exemple, les jeunes adultes étaient particulièrement exposés lors de la pandémie de grippe de 1918, tandis que les femmes enceintes et leurs enfants à naître étaient particulièrement exposés lors des épidémies de virus Zika. D'autres maladies, comme la maladie à virus Ebola, ont été moins sélectives dans leur impact. La RAM est un exemple de danger pour la santé qui ne fait pas de distinction et qui peut toucher des populations entières plutôt que des groupes spécifiques. Il est donc important que les cadres de gestion des risques d'USP soient suffisamment souples pour tenir compte du fait que différents groupes peuvent être particulièrement sensibles au risque pour la santé publique concerné, d'une USP à l'autre (même si, comme nous l'avons vu plus haut, il est prévisible que certains groupes vulnérables « connus » seront généralement touchés de manière disproportionnée).

Les recensements des USP fournissent des informations sur les lois et les politiques mises en place par les gouvernements pour protéger les personnes particulièrement sensibles à la COVID-19.⁴³⁸ Elles indiquent que la plupart des États échantillons ont reconnu la nécessité de fournir une protection particulière aux personnes les plus exposées aux infections ou aux maladies, bien que de nombreuses approches différentes aient été adoptées. Elles indiquent également que les mesures adoptées pour protéger les groupes les plus sensibles devraient respecter un équilibre délicat entre (1) la garantie que ces groupes sont protégés autant que possible

et (2) l'absence de violation de leurs droits fondamentaux. La protection ou l'isolement volontaire ou obligatoire des personnes à risque pendant la pandémie de COVID-19 est le domaine où cet équilibre est le plus évident. L'État de New York a mis en œuvre la « loi Matilda » exigeant que les personnes âgées de 70 ans et plus, ainsi que celles dont le système immunitaire est affaibli ou qui souffrent de maladies sous-jacentes, restent à la maison. Si ces mesures sont évidemment prises dans l'intérêt médical des personnes protégées, elles soulèvent des questions quant aux droits à la liberté de circulation, d'association et de vie familiale des concernés.

Dans d'autres États-échantillons, une approche moins directive a été adoptée pour protéger les groupes vulnérables pendant la pandémie de COVID-19, parfois par le biais de lois, mais plus souvent par l'instauration de politiques offrant une assistance renforcée, notamment la livraison à domicile de médicaments aux personnes âgées, aux personnes souffrant de maladies chroniques et aux personnes vivant seules.⁴³⁹ Au Brésil, des mesures ont été prises pour permettre aux employés de l'État faisant partie de groupes à risque de travailler à domicile. Des ordonnances ont été adoptées⁴⁴⁰ pour protéger les autochtones brésiliens, un groupe particulièrement vulnérable en raison de facteurs tels que le mode de vie, le manque d'accès à des systèmes efficaces de surveillance et d'alerte rapide ainsi que l'insuffisance des services sanitaires et sociaux. Ces ordonnances ont instauré des restrictions accrues sur l'accès des visiteurs extérieurs aux régions autochtones, la mise en place d'hôpitaux temporaires près des communautés autochtones, un accès plus rapide aux tests COVID-19 et le don de produits d'hygiène.⁴⁴¹



RECOMMANDATIONS

1. Les lois, politiques et plans relatifs aux USP devraient être suffisamment souples pour tenir compte du fait que différents groupes peuvent être particulièrement sensibles au risque pour la santé publique concerné, d'une USP à l'autre.
2. Les lois, politiques et mesures pratiques visant à protéger les personnes les plus exposées aux impacts directs d'une USP devraient :
 - a. prendre en compte et être conformes aux droits des personnes concernées ;
 - b. refléter la situation des groupes spécifiques à protéger ;
 - c. dans la mesure où elles empiètent sur les droits fondamentaux, être limitées dans le temps et proportionnées à la menace pour la santé publique.

8.3 / PERSONNES ÂGÉES ET PERSONNES HANDICAPÉES OU SOUFFRANT DE PROBLÈMES DE SANTÉ SOUS-JACENTS

Les deux groupes identifiés par le Rapport sur la PRC⁴⁴² comme particulièrement vulnérables en cas de catastrophe sont les personnes âgées et les personnes handicapées ou malades.⁴⁴³ Bien que ces groupes aient des caractéristiques et des besoins distincts, ils sont considérés ensemble car de nombreux problèmes identifiés dans le cadre d'une USP leur sont communs. Dans le cas des catastrophes autres que des USP, les personnes âgées ou les personnes handicapées ou malades peuvent être plus vulnérables parce que leurs besoins ont été négligés dans la planification et la réponse aux catastrophes. Les facteurs associés à leur âge, leur handicap ou leur maladie peuvent également les exposer à un risque plus important de vulnérabilité à une catastrophe. Ces facteurs comprennent la mobilité physique, la diminution de la sensibilité sensorielle, les besoins nutritionnels particuliers, l'isolement social et les contraintes économiques.⁴⁴⁴

En outre, dans le cas d'une USP causée par une infection ou une maladie, ces groupes peuvent être encore plus vulnérables car leur âge, leur handicap ou leur maladie peuvent les rendre plus sensibles à la maladie elle-même. Certaines des mesures prises pour protéger les individus d'une USP – telles que la protection ou l'obligation de rester chez soi – peuvent également toucher de manière disproportionnée les personnes âgées ou les personnes handicapées ou malades. Même s'ils ne sont pas touchés par la maladie elle-même, comme nous l'avons vu lors de la pandémie de COVID-19, ces groupes peuvent être particulièrement touchés par l'impossibilité d'accéder à leurs services de santé ou d'aide sociale habituels.

Les recensements des USP fournissent quelques informations sur l'impact des USP (quoiqu'essentiellement la COVID-19) sur les personnes âgées et les personnes handicapées ou malades. Il apparaît que de nouvelles lois n'ont généralement pas été nécessaires pendant la pandémie de COVID-19. Plutôt, les gouvernements ont mis en place différents types et niveaux de mesures de soutien ou d'assistance. Au Brésil, par exemple, une aide financière a été fournie par le gouvernement fédéral aux maisons de soins infirmiers, aux maisons de repos et aux autres établissements dédiés aux soins des personnes âgées.⁴⁴⁵ En Espagne, un fonds de prévoyance de 300 000 000 € a été affecté pour garantir les soins, l'assistance, la sécurité et l'accès à la nourriture, en particulier pour les personnes âgées et les personnes handicapées.⁴⁴⁶ En Colombie, les personnes handicapées font l'objet de protections constitutionnelles spéciales⁴⁴⁷ pour garantir leur accès aux soins de santé. Ainsi, des « Directives pour la prévention de l'infection par la COVID-19 et les soins de santé à l'intention des personnes handicapées, de leurs familles, des personnes qui s'occupent des personnes handicapées et des acteurs du secteur de la santé » ont été publiées.⁴⁴⁸ En Sierra Leone, la Commission nationale pour l'action sociale a distribué des sacs de riz, de petits paiements et d'autres équipements aux personnes handicapées dans les villes chefs-lieux de district, et la sensibilisation des personnes handicapées se poursuit. Les ensembles de mesures les plus vastes sont probablement ceux signalés en Australie,⁴⁴⁹ bien qu'ils ne semblent pas reposer sur la législation.

Des réponses figurant dans les recensements des USP ne sont cependant pas aussi positives. En effet, certains recensements des USP expriment des inquiétudes quant aux lacunes dans la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées (pas seulement par rapport à la COVID-19, mais aussi aux USP précédentes). Elles identifient en particulier les obstacles à l'accès à l'information, aux soins de santé et au dépistage pendant la pandémie de COVID-19. Les EAU ont cherché à atténuer ces problèmes en mettant en place des laboratoires de dépistage mobiles et un programme de visites médicales à domicile pour les personnes souffrant de maladies chroniques. Le pays a également lancé une campagne nationale de sensibilisation par vidéo, avec des instructions en langage des signes et des impressions en braille pour les non-voyants, en arabe et en anglais.⁴⁵⁰ Dans d'autres États, cependant, les personnes handicapées sont identifiées comme particulièrement isolées et, au Liberia, elles sont décrites comme souffrant d'insécurité alimentaire en raison de la COVID-19.⁴⁵¹ Enfin, un problème constaté dans un certain nombre d'États est le traitement des personnes âgées dans les maisons de soins et leur capacité limitée à accéder aux services de santé ou, dans un cas, à être admises à l'hôpital.

Comme l'indique le Rapport sur la PRC,⁴⁵² les normes humanitaires escomptées pour le traitement des personnes âgées et des personnes handicapées en cas de catastrophe sont décrites dans le document : Humanitarian Inclusion Standards for Older People and People with Disabilities.⁴⁵³ Le cas échéant, ces normes devraient s'appliquer également aux USP.



RECOMMANDATIONS

1. Les lois, politiques et plans nationaux de gestion des risques d'USP devraient :
 - a. inclure des dispositions pour les besoins spécifiques des personnes âgées et des personnes handicapées ou malades en cas d'USP, que ces personnes soient ou non :
 - i. directement exposées à l'infection ou à la maladie en question elle-même, ou
 - ii. indirectement exposées aux impacts secondaires d'une USP ;
 - b. assurer la participation et la représentation des personnes âgées et des personnes handicapées ou malades dans toutes les phases de la gestion des risques d'USP ;
 - c. garantir que les informations et le soutien fournis en réponse à une USP soient accessibles aux personnes âgées et aux personnes handicapées ;
 - d. inclure des dispositions pour assurer la continuité des soins de santé et des services sociaux au profit des personnes âgées et des personnes handicapées ou malades pendant les USP ;
 - e. tenir compte des normes et directives internationales pertinentes existantes, notamment les normes d'inclusion humanitaire pour les personnes âgées et les personnes handicapées ainsi que la Charte pour la prise en compte des personnes handicapées dans l'action humanitaire.

8.4 / PRÉSERVATION D'UN ACCÈS PLUS LARGE AUX SOINS DE SANTÉ

La COVID-19 a montré que la capacité de la population en général à accéder aux soins de santé pour des raisons sans rapport avec l'infection ou la maladie au centre d'une USP peut être considérablement compromise pendant une USP. Bien que cette situation touche de manière disproportionnée les personnes âgées et les personnes handicapées ou malades, elle peut constituer un problème pour tous ceux qui ont besoin d'accéder aux soins de santé. Un exemple est le blocage des programmes de lutte contre le paludisme pendant la pandémie de COVID-19.⁴⁵⁴ Chose quelque peu surprenante, le rapport sur les recensements des USP indique qu'il n'y a pas eu de problèmes majeurs concernant l'accès aux soins de santé généraux pendant la COVID-19. Cela peut s'expliquer par le fait que les recensements se sont concentrés sur les lois en vigueur, qui ne contenaient peut-être pas de restrictions sur l'accès aux soins de santé. Les problèmes d'accès aux soins de santé ont toutefois été largement signalés tout au long de la pandémie de COVID-19, en raison de la redéfinition des priorités ou de la réorientation des services de soins de santé pour se concentrer sur la COVID-19, des craintes de contracter la COVID-19 dans les sites de soins de santé et des restrictions de confinement.

Il se peut que le problème ne soit pas la *présence* de lois, mais plutôt l'absence de lois protégeant le droit à la santé. Le droit à la santé est, en effet, évoqué dans peu de recensements d'USP. Il s'applique au traitement de l'infection ou de la maladie au cœur d'une USP, mais il a également un champ d'application beaucoup plus vaste. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels reconnaît « le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit en mesure d'atteindre », y compris l'obligation pour les États de prendre les mesures nécessaires pour la prévention, le traitement et la lutte contre les maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, et d'« assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie ».⁴⁵⁵ La Constitution de l'OMS dispose que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. » La mesure dans laquelle ce droit est reconnu dans les lois nationales et les cadres de gestion des risques d'USP n'apparaît pas clairement dans les recensements des USP, mais il s'agit d'un facteur essentiel que les États devraient prendre en compte dans le cadre de la gestion des risques d'USP.

Les obstacles informels à l'accès aux soins de santé sont signalés dans les recensements des USP, mais comme ils concernent principalement les groupes minoritaires, ils sont examinés dans la section 8.8 ci-dessous. Des obstacles plus généraux ont toutefois également été recensés. L'utilisation croissante des moyens technologiques et des réseaux sociaux pour fournir des informations sur la santé au public désavantage potentiellement ceux qui n'ont pas accès aux moyens technologiques ou qui ne sont pas habitués à les utiliser. La méfiance à l'égard des professionnels de la santé constitue un autre obstacle informel. Par exemple, le recensement des USP de la RD Congo a signalé que la volonté des personnes d'interagir avec les autorités sanitaires a été entravée par les expériences vécues lors de l'épidémie d'Ebola en 2018.⁴⁵⁶



RECOMMANDATIONS

1. Les lois, politiques et plans nationaux de gestion des risques d'USP devraient :
 - a. assurer la continuité des services de soins de santé généraux pendant une USP afin que la population puisse recevoir un traitement pour des affections ou des maladies sans rapport avec l'USP ;
 - b. tenir compte de l'importance de l'accès aux soins de santé et du droit à la santé ;
 - c. établir des mesures visant à réduire au minimum les obstacles informels à l'accès aux soins de santé.

8.5 / PERSONNES EN SITUATION DE RISQUE ÉCONOMIQUE ET FINANCIER

Le Rapport sur la PRC reconnaît que la marginalisation économique peut accroître la vulnérabilité aux catastrophes : des logements et des moyens de subsistance vulnérables peuvent exposer les gens à des impacts plus graves (par exemple, la mortalité, la morbidité, les pertes financières).⁴⁵⁷ Dans une situation d'USP, il existe d'autres facteurs : par exemple, la transmission peut être plus élevée chez les personnes au statut socio-économique faible ; la pauvreté peut être un obstacle à l'accès aux soins de santé (en particulier dans les États dont les systèmes de soins de santé sont principalement gérés par des prestataires privés), ou les mesures prises pour faire face aux USP peuvent avoir un impact disproportionné sur les personnes ayant des revenus faibles ou nuls. Une illustration fournie par le recensement des USP du Honduras est la façon dont le manque de réfrigérateurs dans les ménages à faible revenu et l'incapacité qui en résulte de conserver la nourriture font que ces ménages sont touchés de façon disproportionnée par les couvre-feux et les confinements. Si les membres de ces ménages ne peuvent pas quitter leur domicile, ils ne peuvent pas obtenir de nourriture fraîche et sont plus susceptibles de manquer de nourriture.⁴⁵⁸

La pandémie de COVID-19 a montré que les USP ont le potentiel d'avoir un impact économique au-delà de celui prévu dans le Rapport sur la PRC. L'une des caractéristiques les plus importantes de la pandémie a été les conséquences financières des mesures prises pour minimiser l'impact direct de la maladie. Les confinements, les couvre-feux, les limitations des heures de fonctionnement et les restrictions de voyage ont eu de graves répercussions économiques sur les entreprises et les travailleurs. En avril 2020, l'Organisation internationale du travail a prévu qu'à l'échelle mondiale, la COVID-19 pourrait entraîner l'équivalent de 195 millions de pertes d'emplois.⁴⁵⁹ Elle a estimé à près de 2,7 milliards le nombre de travailleurs touchés par les confinements, les secteurs les plus touchés étant : l'alimentation et l'hébergement, le commerce de détail et de gros, les services aux entreprises, l'administration et l'industrie manufacturière. L'impact sur les deux milliards de personnes qui travaillent dans l'économie informelle est particulièrement préoccupant.⁴⁶⁰ Ces chiffres reflètent la nature mondiale de la pandémie de COVID-19, mais l'impact économique d'USP beaucoup plus localisées peut être tout aussi grave pour les communautés touchées. Par exemple, la Banque mondiale a estimé que l'épidémie d'Ebola a quasiment réduit de moitié le nombre de Libériens ayant un emploi.⁴⁶¹ Dans les Caraïbes, le Programme des Nations unies pour le développement (**PNUD**) a estimé en 2017 que la perte de revenus du tourisme en raison du virus Zika pourrait s'élever à 10,5 milliards de dollars sur trois ans, impactant principalement de manière disproportionnée les pays les plus pauvres de la région.⁴⁶²

Presque sans exception, les recensements des USP indiquent que les États-échantillons ont réagi à la pandémie de COVID-19 en mettant en place divers ensembles de mesures de soutien financier pour les entreprises et les particuliers. Le nombre des différentes mesures rapportées fait que – même si les recensements des USP fournissent des preuves importantes des types de soutien offerts – une analyse exhaustive des mesures instaurées dépasse le cadre du présent rapport, en particulier parce que la plupart d'entre elles n'ont pas été instaurées par la législation ou d'autres instruments juridiques.

La forme d'assistance la plus couramment rapportée a été fournie aux entreprises pour les aider à survivre à tout ralentissement dû à la pandémie de COVID-19 et leur éviter de devoir licencier des employés. Des programmes de chômage technique ont été introduits dans un certain nombre d'États-échantillons, et les détails y afférents peuvent être consultés dans les recensements des USP.⁴⁶³ D'autres mesures gouvernementales ont consisté à exonérer ou à différer le paiement des impôts. En Afrique du Sud, par exemple, un projet de loi sur l'administration de l'allègement fiscal dans le cadre de la gestion des catastrophes a prévu le report de l'impôt provisoire pour les contribuables et les micro-entreprises remplissant les conditions requises, sans que le fisc sud-africain (South African Revenue Service) prélève de pénalités ou d'intérêts en raison de la réduction du paiement. Des interventions moins directes ont également été réalisées grâce à la collaboration des gouvernements avec les banques afin de fournir de nouvelles formes de financement, souvent à des conditions avantageuses, ou d'assouplir les modalités des accords de prêt ou de crédit existants. Le recensement des USP du Libéria a fait état de mesures spécifiques pour faire face à une chute globale des transferts de fonds effectués par les migrants en raison de la COVID-19, afin d'atténuer l'impact de la COVID-19⁴⁶⁴ sur l'industrie agricole et, par conséquent, sur les moyens de subsistance de la plupart des Libériens.

Comme indiqué dans la section 7.3 ci-dessus, l'une des conséquences des impacts économiques de la COVID-19 a été l'incapacité des ménages à continuer à payer leur loyer ou leur hypothèque. En réponse, une forme d'interdiction ou de délai de grâce pour les expulsions a été instaurée par la législation dans plusieurs des États-échantillons. En outre, selon la Banque mondiale, 81 pays ont promulgué des mesures d'aide en matière de services publics et d'obligations financières, notamment des renoncements et des reports.⁴⁶⁵ L'Organisation internationale du travail a constaté que 86 pays ont proposé des mesures de protection sociale, par exemple en accordant des grâces en ce qui concerne les factures d'eau et d'électricité.⁴⁶⁶

Dans la plupart des cas, ces mesures ont dû être prises rapidement en réponse à la COVID-19. Bien que ces initiatives aient inévitablement comporté des insuffisances, le nombre de celles qui ont été mises en place et la rapidité avec laquelle elles l'ont été sont remarquables. Cela met toutefois en lumière la nécessité – tel que déjà recommandé dans d'autres parties du présent rapport – de : (1) l'inclusion des agences ou des organisations susceptibles d'être appelées à fournir un soutien économique ou financier dans les dispositifs de préparation aux USP, et (2) la mise en place de lois et/ou de politiques permanentes susceptibles d'être déclenchées en cas d'USP, plutôt que d'avoir à en créer en cas d'apparition d'une USP. Par exemple, dans quelques États de l'échantillon,⁴⁶⁷ des dispositions permanentes pour les fonds de secours d'urgence existent et ont été activées lorsque cela était nécessaire pendant la pandémie de COVID-19.



RECOMMANDATIONS

1. Les lois, politiques et plans nationaux de gestion des risques d'USP devraient :
 - a. prévoir l'octroi d'un soutien financier aux entreprises et aux ménages dans le cas où une USP aurait des répercussions économiques importantes, en accordant la priorité aux plus vulnérables et aux personnes économiquement marginalisées
 - b. assurer la participation et/ou la représentation, à toutes les phases de la gestion des risques d'USP, des agences et des organisations qui peuvent être amenées à fournir un soutien économique et financier pendant une USP.

8.6 / PROTECTION DES PERSONNES EXPOSÉES À LA VIOLENCE

La plupart des recensements des USP indiquent que les incidents de violence domestique (y compris la violence entre partenaires intimes et la violence contre les enfants) ont augmenté pendant la pandémie de COVID-19. Cette constatation est largement fondée sur des articles de presse faisant état d'une augmentation du nombre de cas signalés à la police ou à d'autres autorités et/ou d'appels à des organisations d'aide aux victimes de violences domestiques.⁴⁶⁸ Comme l'observe le Recensement des USP de la Chine, de nombreuses personnes n'ont pas été en mesure d'échapper à la violence ou aux abus ou d'obtenir la protection de leur famille et de leurs amis en raison des restrictions de déplacement. En outre, la fermeture des écoles peut avoir supprimé l'une des principales protections des enfants contre les abus : avec un si grand nombre d'enfants éduqués à la maison, les enseignants n'ont pas été en mesure de surveiller leur bien-être aussi facilement, voire pas du tout, de repérer et de signaler tout signe d'abus. Si très peu de recensements des USP commentent la situation, celle de la Sierra Leone note que l'épidémie d'Ebola a eu un impact négatif significatif sur la vie des enfants. Des milliers de jeunes filles ont été rendues vulnérables en raison des impacts économiques très durs de la pandémie, occasionnant des rapports sexuels transactionnels pour obtenir de la nourriture et d'autres produits essentiels, des viols et d'autres formes de rapports sexuels abusifs, ainsi qu'une augmentation du nombre de grossesses chez les adolescentes.

Un certain nombre d'États-échantillons ont pris des mesures législatives spécifiques pour résoudre ces problèmes. Le décret colombien n° 460 du 22 mars 2020 prévoit la mise en place de *Comisarias de Familia* pour lutter contre la violence familiale pendant l'état d'urgence.⁴⁶⁹ Les maires et les gouverneurs colombiens ont reçu l'ordre de fournir des ressources à ceux qui en ont besoin et de répondre aux cas de violence familiale et de maltraitance des enfants « de la manière la plus immédiate ».⁴⁷⁰ La loi brésilienne n° 14.222 du 7 juillet 2020 a été mise en

œuvre en réponse à une recrudescence des violences domestiques suite à l'épidémie de COVID-19. Elle visait à garantir des services publics pour lutter contre la violence domestique et à fournir une assistance aux personnes qui en étaient victimes, même à distance. La loi a également qualifié d'« urgentes » toutes les questions liées à la violence domestique et/ou à la protection de l'enfance pendant la situation d'urgence liée à la COVID-19 afin d'accélérer l'assistance et le soutien.⁴⁷¹ De même, en Mongolie, le gouvernement était tenu de prendre des mesures pour intensifier la prévention de la violence domestique, fournir des services aux personnes concernées, faire les investissements nécessaires dans des refuges temporaires et assurer un financement téléphonique 24 heures sur 24.⁴⁷²

D'autres États semblent avoir pris des mesures moins formelles, en s'appuyant le plus souvent sur la législation ou les programmes existants ou en apportant un financement supplémentaire. L'Espagne, par exemple, s'est principalement appuyée sur ses mécanismes existants de lutte contre la violence sexiste. En Australie, un financement a été fourni par le gouvernement fédéral pour soutenir les personnes victimes de violence domestique, familiale et sexuelle pendant la COVID-19. Au Honduras, des ressources ont été mobilisées pour soutenir les personnes victimes de violence, principalement sous l'impulsion du FNUAP et avec le soutien d'institutions publiques et d'organisations à but non lucratif. En RD Congo, en réponse à la recrudescence de la violence sexuelle et sexiste (**VSBG**), le HCR a renforcé des mesures de sensibilisation spécifiques, notamment des messages sur la protection contre la VSBG et sur la manière dont les personnes concernées peuvent accéder aux services.

L'un des problèmes les plus importants auxquels sont confrontées les personnes victimes de violence domestique et de maltraitance est la garantie de la possibilité de s'échapper pendant le confinement. Certains des États-échantillons ont assorti les règles de confinement de dérogations permettant aux personnes en danger de quitter leur domicile et, lorsque cela est autrement interdit, de rester loin de leur lieu de résidence.⁴⁷³ Au Royaume-Uni, par exemple, la législation initiale mettant en œuvre les restrictions de confinement comprenait une dérogation expresse permettant à une personne de quitter son domicile pour « éviter une blessure ou une maladie ou pour échapper à un risque de préjudice ».

Le risque pour la protection de l'enfance lié à la fermeture des écoles n'est pas évoqué dans les recensements des USP, à l'exception de celle de la Sierra Leone. S'inspirant de l'expérience acquise lors de l'épidémie d'Ebola, la Sierra Leone a produit un Plan d'intervention d'urgence pour l'éducation en période de COVID-19, qui comprend des stratégies visant à contrer les risques en matière de protection de l'enfance découlant des fermetures d'écoles (par exemple, la recrudescence de la violence faite aux enfants, la violence sexiste, l'exploitation sexuelle et le mariage des enfants).⁴⁷⁴ Les impacts négatifs des fermetures physiques d'écoles sur les enfants sont abordés plus en détail dans la section 8.7 ci-dessous.

Le Rapport sur la PRC reconnaît la propension de la violence domestique à augmenter pendant les catastrophes et à mettre à rude épreuve les services de protection existants. Il fait référence à des recherches qui ont révélé que les services de protection ont tendance, cependant, à ne pas disposer de plans d'urgence pour assurer la continuité des services pendant les catastrophes. Le Rapport sur la PRC formule plusieurs recommandations sur la base de ces conclusions.⁴⁷⁵ Comme indiqué plus haut, le risque de recrudescence de la violence domestique peut être encore plus important lors d'une USP, par rapport à d'autres types de catastrophes. Par conséquent, les recommandations du Rapport sur la PRC sont également pertinentes pour les USP, bien qu'elles soient sans doute encore plus importantes dans ce contexte.



RECOMMANDATIONS

1. Les lois et/ou politiques devraient exiger des agences responsables des services de prévention et de protection contre la violence domestique ou familiale qu'elles élaborent des plans d'urgence visant à assurer la continuité des services pendant les USP.
2. Les cadres de gestion des risques d'USP (notamment les lois, les politiques et les plans d'urgence) devraient prévoir des dispositions pour permettre aux personnes exposées à la violence domestique d'accéder à un refuge ou à un hébergement temporaire et à d'autres services de protection pendant une USP.
3. Les lois imposant des restrictions de confinement pendant une USP devraient expressément permettre aux personnes subissant ou risquant de subir des violences domestiques :
 - a. de quitter et/ou rester loin de leur domicile ou de leur lieu de résidence, et
 - b. d'accéder aux services de protection, de santé mentale et de soutien psychosocial.

8.7 / ÉCOLIERS

La scolarité peut être perturbée pendant la plupart des types de catastrophes. Les écoles peuvent servir d'abris pendant les catastrophes et peuvent aussi être physiquement endommagées par les catastrophes. Les pays sont – ou devraient être – habitués à gérer l'impact d'une urgence ou d'une catastrophe sur les écoles et les perturbations de l'éducation qui peuvent en résulter. La principale différence avec les USP, comme l'a illustré la COVID-19, est que les perturbations peuvent être beaucoup plus importantes et de plus longue durée.

Sans exception, les États-échantillons ont physiquement fermé les écoles au début de la pandémie de COVID-19, et la plupart sont passés à l'enseignement en ligne. L'UNESCO a signalé qu'en mai 2020, des fermetures d'écoles ont eu lieu dans 160 pays, touchant plus de 1,15 milliard d'apprenants.⁴⁷⁶ La pandémie de COVID-19 n'est pas la seule à avoir provoqué des fermetures d'écoles. L'épidémie d'Ebola a eu un impact sur l'éducation au Liberia et en Sierra Leone et pourrait bien avoir influencé les mesures prises par ces États pendant la pandémie de COVID-19. Par exemple, le gouvernement de la Sierra Leone a mis en place un groupe de travail d'urgence dédié à l'éducation afin d'atténuer l'impact de la pandémie sur les enfants et l'apprentissage, et a produit relativement tôt un plan de réponse à l'urgence éducative face à la COVID-19.⁴⁷⁷ Ce plan visait, entre autres, à promouvoir la continuité de l'apprentissage. Il décrit des stratégies visant à réduire le nombre d'abandons scolaires et à contrer les risques en matière de protection de l'enfance découlant de la fermeture des écoles (par exemple, la recrudescence de la violence faite aux enfants, la violence sexiste, l'exploitation sexuelle et le mariage des enfants). Le ministère de l'Éducation de la RD Congo, avec le soutien de l'UNICEF, a également rédigé un plan national de réponse pour le secteur de l'éducation.⁴⁷⁸

L'impact le plus évident de la fermeture des écoles, le manque d'enseignement, a été traité dans la plupart des États-échantillons par l'enseignement ou l'apprentissage en ligne. La manière de le faire varie toutefois d'un État à l'autre. Dans certains États, la législation a permis de faciliter le passage à l'apprentissage à domicile. Par exemple, au Brésil, l'ordonnance n° 343 du 17 mars 2020 prévoyait le remplacement temporaire des cours en personne par un enseignement virtuel au sein du système éducatif national, permettant aux enfants d'avoir un accès continu aux contenus scolaires.⁴⁷⁹ En Mongolie, une résolution a suspendu l'enseignement en classe à tous les niveaux des établissements d'enseignement jusqu'au 1er septembre 2020.⁴⁸⁰ Dans d'autres États, cependant, le passage à l'apprentissage en ligne a été réalisé sans qu'il soit nécessaire d'adopter des textes législatifs.

Le passage à l'apprentissage en ligne n'a pas été universel. Premièrement, il reposait sur l'hypothèse selon laquelle il existe une capacité à passer de l'apprentissage physique à l'apprentissage à distance. Il est peu probable qu'il s'agisse d'une option lorsque, comme le rapporte le recensement des USP du Honduras, le système éducatif du pays avait déjà du mal à fournir une éducation universelle. Deuxièmement, l'apprentissage en ligne nécessite des équipements et des infrastructures. La mise au point, à grande vitesse, de ressources d'apprentissage numérique complètes nécessite l'accès à la technologie nécessaire. Au Honduras, on a estimé que sur les

2,9 millions d'apprenants, environ la moitié ne recevait aucun cours pendant la pandémie de COVID-19, faute d'ordinateurs ou de connexion Internet à domicile.⁴⁸¹ Les États-échantillons ont adopté un certain nombre de mesures pour résoudre ces problèmes, notamment le prêt d'ordinateurs portables ou l'utilisation de méthodes de communication (par exemple, la radio) non tributaires de la technologie moderne.⁴⁸²

Il est important de reconnaître que, même avec l'apprentissage à domicile en place, si les enfants ne sont pas en mesure de fréquenter physiquement l'école pendant de longues périodes, cela peut avoir des répercussions négatives importantes sur leur éducation, leur épanouissement social et leur santé physique et mentale. Les enfants tributaires de repas scolaires gratuits ou à prix réduit pour se nourrir et avoir une alimentation saine peuvent particulièrement en pâtir. Les parents dont le niveau d'instruction et les ressources sont limités, ou qui devraient faire du télétravail, peuvent avoir du mal à faciliter ou à soutenir l'apprentissage à domicile, tandis que les jeunes enfants peuvent manquer de maturité et de capacité pour adhérer à l'apprentissage en ligne. En outre, les enfants sont potentiellement exposés à un risque accru d'abus, car ils peuvent être contraints de passer toute la journée dans un foyer abusif, n'étant plus dans des classes où les enseignants peuvent surveiller leur bien-être. Une autre conséquence de la fermeture des écoles – d'où l'importance fondamentale d'intégrer l'éducation dans la planification ou la préparation des USP – est l'impact de la fermeture des écoles sur les parents susceptibles de ne pas pouvoir travailler ou d'obtenir des fournitures essentielles s'ils doivent rester à la maison pour s'occuper de leurs enfants ou les éduquer. C'est pourquoi la position de l'OMS, de l'UNICEF et de l'UNESCO – ainsi que de nombreux gouvernements nationaux – est que les écoles devraient être le dernier endroit à fermer et le premier à rouvrir.

Le présent rapport a déjà examiné l'importance d'inclure le secteur de l'éducation – et le secteur scolaire en particulier – dans les cadres de gestion des risques d'USP afin de s'assurer que les impacts sur l'éducation sont prévus dans les activités de préparation aux USP (voir section 4.5). L'analyse ci-dessus renforce ces recommandations.



RECOMMANDATIONS

1. Les lois, politiques et plans de gestion des risques d'USP devraient établir et respecter le principe selon lequel la fermeture des écoles devrait être un dernier recours en cas d'USP.
2. Les lois, politiques et plans nationaux de gestion des risques d'USP devraient favoriser la participation et la représentation des écoles et des autorités scolaires dans toutes les phases de la gestion des risques d'USP.
3. Les lois et/ou les politiques devraient exiger des autorités scolaires et, le cas échéant, des écoles prises individuellement, qu'elles maintiennent des plans d'urgence pour faire face aux problèmes susceptibles de survenir au cours d'une USP, notamment :
 - a. identifier des moyens alternatifs d'assurer l'enseignement si les écoles devaient physiquement fermer ;
 - b. répondre aux besoins des enfants susceptibles d'avoir des difficultés à accéder à un apprentissage alternatif ;
 - c. identifier des mesures pratiques (par exemple, des protocoles de biosécurité) pour permettre aux écoles de rester ouvertes (ou de rouvrir) pendant une USP.

8.8 / MIGRANTS ET GROUPES RACIAUX ET ETHNIQUES MARGINALISÉS

Le Rapport sur la PRC considère que les migrants et les groupes raciaux et ethniques marginalisés risquent d'être touchés de manière disproportionnée par une catastrophe en raison de la discrimination et de la marginalisation économique. La discrimination dans la préparation et la réponse aux catastrophes peut non seulement être directe, mais aussi indirecte lorsque les programmes et les mesures ne sont pas adaptés aux besoins spécifiques de ces groupes – par exemple, l'absence d'informations sur les risques et les avertissements dans diverses

langues. Les migrants en situation irrégulière peuvent courir un risque particulièrement élevé du fait de leur inéligibilité aux programmes gouvernementaux et/ou de leur réticence à se rapprocher des services officiels par crainte de mesures coercitives.⁴⁸³ Le potentiel pour ces groupes d'avoir des difficultés à accéder aux soins de santé nécessaires ou à d'autres aides publiques pendant une USP, bien qu'il ne soit pas expressément indiqué dans le Rapport sur la PRC, est un élément pour lequel ses recommandations peuvent néanmoins être pertinentes.

Les recensements des USP ont tendance à fournir essentiellement des informations concernant l'impact des USP – et de la COVID-19 en particulier – sur les migrants. Il y a, malheureusement, moins d'informations relatives aux impacts sur les groupes raciaux et ethniques marginalisés. C'est pourquoi cette section examinera d'abord les impacts sur les migrants, puis des impacts des USP sur les autres groupes.

8.8.1 / Migrants

Le Rapport sur la PRC recommande que les activités de préparation et de réponse aux catastrophes soient conçues pour répondre aux besoins spécifiques des migrants, notamment en veillant à ce que les informations leur soient accessibles et à ce que les migrants en situation irrégulière aient accès aux activités de préparation et de réponse aux catastrophes.⁴⁸⁴ Il recommande que les lois et/ou les politiques s'inspirent des Directives pour la protection des migrants dans les pays en proie à un conflit ou à une catastrophe naturelle, qui fournissent des orientations complètes sur la protection et l'inclusion des migrants.⁴⁸⁵

Les recensements des USP révèlent que les problèmes particuliers qui touchent les migrants au cours d'une USP peuvent être notamment : (1) l'accès aux soins de santé, (2) l'accès au soutien financier et (4) l'impact conséquent des restrictions de voyage sur le statut d'immigration des migrants.

S'agissant de l'accès aux soins de santé, les recensements des USP révèlent un large éventail d'approches, depuis les États qui offrent un accès total aux soins de santé jusqu'à ceux qui excluent les migrants des services de soins de santé ou ne leur offrent qu'un accès partiel ou conditionnel. Dans de nombreux cas, la différence de traitement signalée peut être due à des lois ou politiques sous-jacentes « normales », plutôt qu'à des mesures spécifiques à la COVID-19. Dans l'ensemble, la majorité des États de l'échantillon autorisent – ou ont autorisé pendant la pandémie de COVID-19 – l'accès aux soins de santé pour les migrants, même si dans certains cas, cet accès est payant ou restreint. Les approches en matière de fourniture de soins de santé se répartissent en cinq grandes catégories :

- 1. Aucun accès aux soins de santé :** par exemple, au Tadjikistan, les réfugiés auraient été privés de toutes les prestations et subventions de l'État destinées aux groupes sociaux vulnérables.⁴⁸⁶
- 2. Accès aux soins de santé, mais moyennant paiement :** par exemple, au Sri Lanka, les travailleurs migrants paient pour avoir accès au réseau de santé privé. En Sierra Leone, tous les soins médicaux sont généralement payants (à l'exception de ceux destinés aux femmes enceintes et allaitantes et des enfants de moins de cinq ans), bien que cette situation s'inscrive dans le contexte de graves pénuries de médicaments et de matériel médical de base⁴⁸⁷ et celui d'un système de santé qui, selon son recensement des USP, est confronté à des défis dus au sous-financement, à une lourde charge de morbidité, à un nombre largement insuffisant et à une répartition inégale des agents de santé qualifiés.⁴⁸⁸
- 3. Accès aux soins de santé pour lesquels une redevance serait normalement perçue, mais il existe des exceptions spécifiques :** c'est l'approche adoptée au Royaume-Uni, qui dispose d'une liste de maladies pour lesquelles des frais ne peuvent être imposés. Cette liste a été modifiée pour y inclure la COVID-19.⁴⁸⁹ Des dispositions similaires semblent avoir été prises à New York, où l'on a considéré que la réception de soins liés à la COVID-19 ne fait pas d'une personne une « charge publique » et/ou n'influe pas sur sa capacité à demander un statut d'immigration plus permanent.
- 4. En principe, un plein accès aux soins de santé, bien qu'en pratique la possibilité de recevoir un traitement peut être limitée :** cette limitation peut être due à la nécessité de fournir des documents d'identification. Ce point est évoqué dans les recensements des USP du Brésil et de l'Afrique du Sud. Le recensement des USP de l'Afrique du Sud rapporte que les sans-papiers sont confrontés à des difficultés importantes pour accéder aux soins de santé (et à d'autres aides) en l'absence de documents d'identification et de sécurité sociale délivrés par le gouvernement. En Chine, si les services de santé de base sont considérés comme un droit essentiel, dans la pratique, ils peuvent être moins accessibles aux travailleurs migrants s'ils ne souscrivent pas à une assurance sociale.⁴⁹⁰ Par ailleurs, le principe du plein accès peut être étrié par la



Bosnie-Herzégovine, 2020. La Croix-Rouge de Bosnie-Herzégovine fournit des vêtements chauds, de la nourriture, de la literie et du thé chaud aux migrants déplacés de force après l'incendie du camp de Lipa, dans le nord-ouest du pays. © Croix-Rouge de Bosnie-Herzégovine

demande : au Libéria, pendant l'épidémie d'Ebola, bien qu'il n'y ait pas eu de déni de droit aux soins de santé, la priorité a été donnée aux communautés locales en raison du manque de ressources.⁴⁹¹

5. Plein accès au même titre que les ressortissants nationaux : l'Espagne en est un exemple ; en effet, elle reconnaît l'accès au système national de santé comme un droit fondamental de toute personne en Espagne, toutes les personnes étrangères en Espagne (y compris celles qui ne sont pas enregistrées ou autorisées en tant que résidents) ayant droit aux soins de santé dans les mêmes conditions que les ressortissants espagnols.⁴⁹² De même, en Colombie, en vertu de la Constitution et de la loi n° 100 de 1993⁴⁹³, l'accès aux soins de santé d'urgence est garanti à toute personne vivant sur le territoire colombien, indépendamment de son statut d'immigrant.⁴⁹⁴

L'accès des migrants à une aide plus générale n'est pas aussi fréquemment évoqué dans les recensements des USP. Cependant, l'accès à la sécurité sociale, aux prestations sociales et à d'autres types d'assistance économique peut souvent dépendre du statut d'immigration d'une personne, y compris du type exact de visa qu'elle détient. La majorité des recensements des USP semblent indiquer que la plupart des prestations financières ou sociales fournies pendant la pandémie de COVID-19 n'étaient accessibles qu'aux citoyens ou aux résidents permanents. Par exemple, en République de Corée, la majorité des migrants (y compris les sans-papiers, les réfugiés et les demandeurs d'asile) n'avaient pas les mêmes droits que les citoyens et les résidents en ce qui concerne les aides d'urgence en cas de catastrophe.⁴⁹⁵ Il existe toutefois des exceptions à cette approche générale. En Afrique du Sud, par exemple, les réfugiés, les demandeurs d'asile et certains titulaires de permis spéciaux pouvaient prétendre à la subvention sud-africaine dite *COVID-19 Social Relief of Distress*. En Nouvelle-Zélande, un programme de soutien aux ressortissants étrangers a été mis en place, auquel pouvaient avoir accès les ressortissants étrangers incapables de retourner dans leur pays d'origine en raison des restrictions liées à la COVID-19.⁴⁹⁶

Dans d'autres États, les recensements des USP suggèrent que l'assistance était plus limitée ou problématique. En Colombie, pays qui compte le plus grand nombre d'immigrants vénézuéliens⁴⁹⁷, certains rapports indiquent que des Vénézuéliens n'ont pas reçu d'assistance⁴⁹⁸, tandis que d'autres indiquent que la Colombie a demandé un soutien international urgent et mis de côté des fonds pour soutenir ces migrants.⁴⁹⁹ Au moment de la rédaction du présent rapport, la Colombie avait toutefois annoncé qu'elle enregistrerait des centaines de milliers de migrants et de réfugiés vénézuéliens se trouvant actuellement dans le pays sans papiers, afin de leur fournir des permis de séjour légaux et de faciliter leur accès aux soins de santé et aux possibilités d'emploi légal.⁵⁰⁰ Au Honduras, le Centre d'aide aux migrants rapatriés a été fermé par le gouvernement en raison d'inquiétudes liées à la propagation du virus suite à l'accueil de migrants revenant de pays où les taux d'infection sont élevés. Selon certains rapports, les migrants originaires du Salvador ou du Nicaragua qui traversaient le Honduras pour se rendre aux États-Unis étaient livrés à eux-mêmes, aucun plan gouvernemental n'ayant été mis en place à leur intention.⁵⁰¹

L'accès aux prestations peut, dans certains systèmes d'immigration, avoir un impact négatif sur le statut d'immigration et/ou compromettre les demandes de résidence permanente. À New York, ce problème a été

évité par le fait que certains services ou aides liés à la COVID-19 – notamment les tests COVID-19, les services de soins de santé, l'aide alimentaire, les allocations de chômage, la protection des locataires et l'aide juridique – ont été considérés comme n'ayant pas d'effet négatif sur les demandes de carte verte américaine.⁵⁰²

Un autre aspect d'une USP grave – comme l'a révélé la pandémie de COVID-19 – est que la fermeture généralisée des frontières d'autres pays peut créer des problèmes pour les migrants : (1) qui souhaitent être rapatriés et/ou (2) dont le visa a peut-être expiré, mais qui sont physiquement incapables de quitter le pays. Le premier point a été examiné au chapitre 6. En ce qui concerne l'expiration des visas, dans de nombreux États-échantillons, ce problème a été résolu par l'assouplissement des exigences en matière de visa. Par exemple, le gouvernement colombien a autorisé les personnes dont les documents d'immigration avaient expiré à rester dans le pays en attendant l'urgence sanitaire et la résolution de leur problème de visa.⁵⁰³ De même, aux Émirats arabes unis, les périodes de congé ont été prolongées et des dérogations ont été accordées pour les violations de visa résultant de la pandémie. Les visas de touriste, de visiteur ou de résident qui avaient expiré ont connu une prolongation automatique.⁵⁰⁴

8.8.2 / Groupes raciaux et ethniques marginalisés

Comme nous l'avons déjà indiqué, les recensements des USP tendent à ne pas fournir d'informations spécifiques concernant les groupes raciaux et ethniques marginalisés. Le principal impact signalé est que ces groupes peuvent rencontrer des obstacles linguistiques et culturels pour accéder à l'information, aux soins de santé et à d'autres formes d'assistance pendant une USP. Par exemple, le recensement des USP de Colombie rapporte que les Roms ne pouvaient pas être traités par des agents de santé du sexe opposé.⁵⁰⁵ Certains des États-échantillons ont pris des mesures pour surmonter les obstacles linguistiques et culturels. Par exemple, aux Émirats arabes unis, les autorités ont publié des documents de sensibilisation du public en plusieurs langues (arabe, ourdou et anglais).⁵⁰⁶ En Australie, le gouvernement du Commonwealth a financé une campagne de communication nationale visant à fournir des informations sur la COVID-19 dans plus de 20 langues.⁵⁰⁷

Les recensements des USP contiennent également des exemples limités de nouvelles lois ou politiques spécifiques adoptées pour faire face à l'impact potentiel de la COVID-19 sur les groupes autochtones. Le Brésil a pris des mesures pour protéger sa population autochtone⁵⁰⁸, et l'Australie a pris des décisions restreignant l'accès à ses communautés autochtones éloignées afin de réduire au minimum le risque de transmission. Le gouvernement australien a également créé le groupe consultatif aborigène et insulaire du détroit de Torres sur la COVID-19 afin de conseiller le ministère de la Santé sur les questions de santé liées à la COVID-19 et d'aider à la circulation de l'information dans le secteur de la santé aborigène et insulaire du détroit de Torres.⁵⁰⁹ Ce groupe consultatif a mis en œuvre un nouveau plan d'intervention d'urgence du secteur de la santé australien pour le nouveau coronavirus (COVID-19).⁵¹⁰



RECOMMANDATIONS

Les lois, politiques et plans nationaux de gestion des risques d'USP devraient :

1. assurer la participation ainsi que la représentation des migrants et des groupes raciaux et ethniques marginalisés dans toutes les phases de la gestion des risques d'USP ;
2. établir des mesures visant à éliminer les obstacles linguistiques et culturels à l'accès aux soins de santé, à l'information et à d'autres formes de soutien pendant une USP ;
3. garantir que les migrants ont un accès complet aux soins de santé pendant une USP, quel que soit leur statut d'immigration ;
4. traiter les problèmes des migrants dus aux restrictions de voyage et aux fermetures de frontières pendant une USP, notamment :
 - a. en prorogeant les autorisations et les visas pour les migrants qui ne sont pas en mesure de partir ; et/ou
 - b. en prévoyant des dérogations aux restrictions de voyage et à la fermeture des frontières (sous réserve de garanties sanitaires appropriées) afin de permettre le rapatriement des migrants.

PARTIE D

FACILITÉS JURIDIQUES À L'INTENTION DES ACTEURS HUMANITAIRES



© Société de la Croix-Rouge philippine

9 / FACILITÉS JURIDIQUES À L'INTENTION DES ACTEURS HUMANITAIRES

9.1 / INTRODUCTION

La dernière partie du présent rapport traite de l'une des raisons initiales du lancement du projet Droit et USP : l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la capacité du réseau de la FICR et d'autres organisations humanitaires, tant nationales qu'internationales, à fournir une assistance aux personnes touchées par la pandémie et par d'autres catastrophes survenues au cours de celle-ci.

L'impact pratique de la pandémie de COVID-19 sur les opérations humanitaires a été considérable. Comme indiqué à la section 9.3.1, dans certains États, il existait une incertitude quant à savoir si les Sociétés nationales CRCR étaient exemptées des restrictions liées à la COVID-19 sur la liberté de circulation et étaient donc autorisées à se déplacer librement dans tout le pays et à accéder aux communautés. Dans certains États, les restrictions liées à la COVID-19 ont empêché le réseau de la FICR d'accéder à ses entrepôts et à son stock prépositionné. En outre, sur les cent (100) « déploiements » du réseau de la FICR liés à la pandémie jusqu'à la fin septembre 2020, 86 ont dû être effectués à distance.

Afin d'étudier l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les Sociétés nationales CRCR et d'autres acteurs humanitaires, la FICR a commandé les recensements des décrets d'état d'urgence au début de la pandémie. Elles ont été produites entre mars et mai 2020 et se concentrent principalement sur les facilités juridiques à l'intention des acteurs humanitaires ainsi que sur la coordination entre les différents acteurs et le type de restrictions instaurées pour freiner la propagation de la COVID-19. Au fur et à mesure du développement du projet, ces recensements ont été élargis pour y inclure (1) tous les types d'USP, pas seulement la COVID-19, et (2) les facilités dont disposent les « premiers intervenants »,⁵¹¹ tant nationaux qu'internationaux.

Comme indiqué au début du présent rapport, si les recensements des décrets d'état d'urgence constituent une source d'information précieuse, elles ont néanmoins des limites. Premièrement, comme elles ont été préparées au début de la riposte à la COVID-19, elles ne peuvent fournir qu'un instantané de la situation à ce moment précis. Deuxièmement, les recensements des décrets d'état d'urgence traitent principalement de l'effet sur les composantes du réseau de la FICR et contiennent moins d'informations sur les autres organisations humanitaires. Troisièmement, étant donné que les recensements se concentrent sur la COVID-19, l'analyse ou les enseignements qui en sont tirés ne sont pas nécessairement pertinents pour les USP qui sont à une échelle beaucoup plus petite ou de nature différente.

9.2 / FACILITÉS JURIDIQUES

Ce chapitre porte sur les facilités juridiques à l'intention des acteurs humanitaires, tant nationaux qu'internationaux. Le terme « facilités juridiques » désigne les droits juridiques spéciaux accordés à une organisation spécifique (ou à une catégorie d'organisations) pour lui permettre de mener ses activités de manière efficace et effective. Les facilités juridiques peuvent prendre la forme de droits positifs (c'est-à-dire de faire une chose particulière), d'accès à des processus réglementaires simplifiés et accélérés ou de dérogations spéciales à une loi ou une exigence légale. Depuis sa création en 2001, l'IFRC Disaster Law s'est attachée à garantir que des facilités juridiques soient accordées à certains intervenants en cas de catastrophe afin d'assurer une réponse efficace aux catastrophes.

C'est d'abord et avant tout la responsabilité du gouvernement de l'État touché de répondre aux besoins humanitaires causés par une catastrophe à l'intérieur de ses frontières. Les Sociétés nationales CRCR et les autres organisations humanitaires nationales présentes dans l'État touché jouent un rôle de soutien essentiel dans les opérations nationales de réponse aux catastrophes. Afin de remplir ce rôle de manière efficace et effective, les Sociétés nationales CRCR et les autres organisations humanitaires nationales ont besoin de facilités juridiques.

La Liste de vérification PRC, approuvée par les États parties aux Conventions de Genève et les composantes du Mouvement CRCR en 2019 lors de la 33e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (Conférence internationale), identifie les types de facilités juridiques requises. Elles comprennent (sans s'y limiter) : des exonérations de taxes prélevées sur les activités, les biens et les équipements de secours (y compris les droits de douane et la TVA), des protections en matière de responsabilité pour le personnel et les bénévoles, et la reconnaissance automatique ou accélérée des qualifications professionnelles au-delà des frontières infranationales.

Dans le cas où une catastrophe dépasse la capacité de réponse nationale, une assistance internationale peut s'avérer nécessaire. Les Lignes directrices IDRL,⁵¹² adoptées à l'unanimité par les États parties aux Conventions de Genève et les composantes du Mouvement CRCR en 2007 lors de la 30e Conférence internationale, comprennent des recommandations sur les facilités juridiques minimales qui devraient être accordées aux États et aux organisations humanitaires éligibles à l'assistance pour les interventions internationales en cas de catastrophe. Ces facilités comprennent (sans s'y limiter) : des processus de dédouanement accélérés et simplifiés pour les biens et équipements de secours, l'accélération du traitement des visas pour le personnel de secours, la facilitation du transport des secours, des exonérations de taxes, droits et redevances sur les activités de secours et des moyens simplifiés pour les organisations humanitaires d'acquérir une personnalité juridique nationale temporaire afin d'opérer légalement dans les États. Il existe un chevauchement important entre les facilités juridiques identifiées par Les Lignes directrices IDRL et la Liste de vérification PRC, notamment, par exemple, en ce qui concerne les exonérations fiscales et la reconnaissance des qualifications professionnelles.

Bien que toutes les facilités juridiques figurant dans la Liste de vérification PRC et les Lignes directrices IDRL ne soient pas applicables à une USP – et ne soient donc pas toutes abordées dans cette partie – il est généralement conseillé aux États d'élaborer des lois et des politiques permanentes qui prévoient les facilités juridiques identifiées dans la Liste de vérification PRC et les Lignes directrices IDRL. Il s'agit d'un aspect important de la préparation juridique aux catastrophes en général, et pas seulement aux USP.



RECOMMANDATIONS

Conformément à la Liste de vérification PRC et aux Lignes directrices IDRL, les États devraient élaborer des lois et des politiques permanentes qui accordent des facilités juridiques : (a) aux organisations humanitaires nationales pour l'intervention en cas de catastrophe nationale (y compris une USP) et (b) aux États prêtant assistance ainsi qu'aux organisations humanitaires éligibles prêtant assistance pour l'intervention en cas de catastrophes internationales (y compris une USP).

Mozambique, 2019. Personnel local travaillant au centre de traitement du choléra qui fait partie de l'hôpital de campagne de la Croix-Rouge à Nhamatanda. La zone de traitement du choléra est une zone clôturée et sécurisée où l'on ne peut entrer et sortir que par des points de pulvérisation de chlore.

© Saara Mansikkamäki, Croix-Rouge finlandaise



9.3 / IMPACT DES RESTRICTIONS LIÉES À LA COVID-19

Des restrictions ont été instaurées par pratiquement tous les gouvernements en réponse à la COVID-19. Dans de nombreux cas, elles ont eu un impact significatif sur les opérations du réseau de la FICR et d'autres organisations humanitaires. Ces restrictions n'étaient pas toujours compatibles avec les exigences du RSI visant à éviter toute interférence inutile avec le trafic international, ni avec les recommandations temporaires émises par l'OMS au début de la pandémie. L'impact potentiel de ces restrictions a été reconnu dès le début de la pandémie et a incité l'Assemblée mondiale de la santé à appeler les États à :

« veiller à ce que les restrictions de mouvements de personnes, de matériel médical et de médicaments, dans le contexte de la pandémie de COVID-19, soient temporaires et spécifiques et à aménager des exceptions pour les mouvements de personnel humanitaire et d'agents de santé, y compris d'agents de santé communautaires, leur permettant de s'acquitter de leurs fonctions, de même que pour le transfert du matériel et des médicaments nécessaires aux activités des organisations humanitaires ».⁵¹³

Les restrictions ayant un impact particulier sur l'aide humanitaire (tant internationale que nationale) se répartissent en quatre grandes catégories : (1) les restrictions à la circulation interne, notamment les ordres de mise à l'abri sur place et de confinement ; (2) les exigences de fermeture obligatoire des entreprises ou les restrictions au commerce ; (3) les restrictions ayant pour effet d'empêcher ou d'inhiber la circulation transfrontalière des personnes, notamment la fermeture des frontières, la suspension des visas et la mise en quarantaine, et (4) l'imposition de restrictions à l'importation ou à l'exportation de biens, notamment les EPI et les fournitures médicales. En outre, certains problèmes ont été causés non pas par l'instauration de nouvelles restrictions, mais par la nécessité – et parfois l'incapacité – pour les gouvernements de lever ou de renoncer aux exigences existantes en vue de la réalisation des opérations. À cet égard, les domaines identifiés dans les Lignes directrices IDRL et la Liste de vérification PRC sont pertinents, notamment l'autorisation ou l'agrément du personnel ainsi que l'exonération de tarifs et de taxes pour les fournitures médicales. Ces différentes questions sont examinées successivement ci-dessous.

9.3.1 / Restrictions à la circulation interne et aux affaires

Les restrictions à la circulation interne ont été mises en place de plusieurs manières. Dans certains États, elles étaient imposées par des ordres de mise à l'abri sur place : en effet, les personnes avaient l'ordre de rester sur leur lieu de résidence. Dans d'autres, les déplacements étaient limités à une certaine distance autour d'un domicile ou à certaines zones infranationales ou locales. Dans d'autres cas encore, les déplacements pouvaient être autorisés à certaines heures, mais des couvre-feux étaient imposés. Dans tous les cas, les obstacles potentiels pour les travailleurs des services de santé, d'urgence et humanitaires sont évidents.

Dans la majorité des cas, les États ont reconnu la nécessité de fournir certains services en dépit de ces restrictions. Les lois prévoient donc fréquemment des dérogations pour certaines catégories telles que le personnel des services d'urgence, les agents de santé ou, sous une appellation plus générale, les prestataires de « services essentiels ». En Colombie, par exemple, des dispositions ont été prises pour garantir que le plein exercice des droits du personnel médical et de toute autre personne liée au service de santé ne fasse pas l'objet d'entrave ou d'obstruction.⁵¹⁴ Au Venezuela, les acteurs publics et privés du secteur de la santé ont été exemptés.⁵¹⁵ En Jordanie, les agents de santé ont été exemptés des règles du couvre-feu afin de permettre aux établissements de santé de fonctionner et d'accueillir les patients.⁵¹⁶ Au Kenya, les professionnels de la santé et les agents de santé ont été exemptés du couvre-feu national⁵¹⁷ et le pays a également prévu une dérogation pour les « prestataires de services critiques et essentiels »⁵¹⁸, tandis que l'Afrique du Sud a permis aux personnes de quitter leur lieu de résidence « dans le seul but d'accomplir un service essentiel ».⁵¹⁹ Dans d'autres pays, les dispositions permanentes ne tiennent pas compte des restrictions spécifiques. Par exemple, l'Emergency Management Assistance Compact des États-Unis garantit que tous les États peuvent recevoir de l'aide d'autres États américains en cas d'urgence.⁵²⁰

Lorsque des dérogations étaient prévues pour les « travailleurs essentiels » ou les « services essentiels » (ou similaires), ces termes étaient parfois définis dans la législation. Cependant, dans de nombreux cas, les définitions étaient traitées dans des politiques ou des orientations, qui n'étaient pas toutes accessibles aux cartographes. Les recensements des décrets d'état d'urgence font également état de variations considérables dans les définitions.

Même lorsque les agents ou les services de « soins de santé » étaient pris en compte en tant que travailleurs essentiels, on ne savait pas toujours exactement ce que cela signifiait, ni les services de soins de santé couverts. Cela peut être un problème particulier pour les Sociétés nationales CRCR et autres organisations humanitaires : un certain nombre de recensements rapportent qu'elles étaient implicitement incluses dans les exceptions. S'appuyer sur des exceptions implicites n'est cependant pas idéal : cela crée une incertitude quant à la question de savoir si les organisations (ainsi que leur personnel et leurs bénévoles) sont exemptées et peut finalement laisser la décision entre les mains des agents d'application.

Certains États-échantillons⁵²¹ avaient des dispositions excluant spécifiquement les Sociétés nationales CRCR. Aux Philippines, par exemple, une « quarantaine domestique stricte » a été instaurée pour l'ensemble de Luzon. Les agents de santé et les bénévoles de la Croix-Rouge philippine ont été désignés comme « agents de santé et d'urgence de première ligne », préservant ainsi leur capacité à se déplacer dans Luzon et à mener leurs activités. Plus généralement, la législation nationale instaurée pour faciliter la réponse et le relèvement après la pandémie de COVID-19 a reconnu la Croix-Rouge philippine comme « la principale agence humanitaire auxiliaire du gouvernement dans l'aide à la population (sous réserve de remboursement), dans la distribution de biens et de services accessoires à la lutte contre la COVID-19 ». ⁵²² Ces dispositions sont toutefois inhabituelles : peu de dérogations pour les « travailleurs essentiels » font spécifiquement référence aux Sociétés nationales CRCR ou à d'autres organisations humanitaires.

Les fermetures obligatoires d'entreprises ou les limitations de la capacité des entreprises à commercer constituent un autre grand type de restriction instaurée. Il est rare de trouver un rapport faisant état d'une interdiction absolue d'activité. Plutôt, les mesures ont eu tendance à viser les entreprises non essentielles. Dans la majorité des cas, les « entreprises essentielles » ont pu fonctionner, mais sous certaines conditions. ⁵²³ Comme pour les restrictions de déplacement, il existe un nombre limité d'exemples de Sociétés nationales CRCR et d'autres organisations humanitaires qui sont expressément exemptées de ce type de restriction. Une fois encore, cela signifie que les Sociétés nationales CRCR et les organisations humanitaires devaient s'assurer qu'elles s'inscrivent dans le cadre des activités essentielles faisant l'objet d'autorisation ou de dérogation, notamment les soins de santé et les services de soins résidentiels, ⁵²⁴ l'aide sociale ou le soulagement de la détresse des personnes âgées, ⁵²⁵ la gestion des catastrophes, ⁵²⁶ les activités d'urgence ⁵²⁷ ou, plus généralement, la prestation d'un « service essentiel ». La Colombie fait exception : ses restrictions étaient assorties de dérogations expresses pour les activités de toutes les organisations internationales de santé. ⁵²⁸ L'absence de dérogations expresses et l'incertitude qui en découle ont eu un impact majeur sur les Sociétés nationales CRCR et ont occasionné un manque à gagner important. Bien que ce dernier point ait pu être résolu par des programmes gouvernementaux de soutien financier, toute incertitude quant à la capacité des Sociétés nationales CRCR et d'autres organisations humanitaires à poursuivre leurs activités est problématique et devrait être évitée.



RECOMMANDATIONS

1. Les lois qui instaurent des restrictions sur les déplacements internes ou les activités commerciales pendant une USP devraient expressément exempter les Sociétés nationales CRCR et les autres organisations humanitaires concernées afin de leur permettre de continuer à exercer leurs fonctions (sous réserve des garanties sanitaires appropriées).
2. Si des dérogations sont prévues pour les « travailleurs essentiels » ou les « services essentiels », la définition de ce terme devrait être claire et inclure le personnel ainsi que les bénévoles des Sociétés nationales CRCR et des autres organisations humanitaires concernées.

9.3.2 / Fermeture des frontières et/ou restrictions d'entrée

Bien que l'OMS ait initialement déconseillé la fermeture des frontières, dès que la menace d'une transmission mondiale de la COVID-19 est devenue évidente, de nombreux États ont fermé leurs frontières pour tenter de gérer les risques de contamination transfrontalière. ⁵²⁹ Dans certains États, la fermeture n'était pas due à une

mesure gouvernementale directe, mais résultait de l'annulation des services par les opérateurs de transport. Dans d'autres États, si les frontières sont restées ouvertes, les gouvernements ont limité le nombre de voyageurs autorisés à entrer et/ou les voyageurs à l'arrivée ont été soumis à des exigences de quarantaine ou d'auto-isollement. Ce n'est que dans un très petit nombre d'États que les frontières sont restées totalement ouvertes et que les voyageurs ont pu entrer sans restriction.⁵³⁰ Dans ce dernier cas, le personnel humanitaire ne devrait pas avoir de problème pour entrer, sous réserve des exigences en matière d'immigration ou de visa (voir ci-dessous). Dans tous les autres cas, cependant, la fermeture des frontières ou les restrictions d'entrée pourraient avoir un impact significatif sur la fourniture de l'aide humanitaire.⁵³¹

Un certain nombre d'États-échantillons ont prévu des dérogations expresses pour les organisations ou opérations humanitaires. En Guinée, par exemple, les vols humanitaires ont été autorisés à opérer normalement malgré la fermeture de l'aéroport international dans le cadre de l'état d'urgence.⁵³² De même, au Soudan, l'Autorité de l'aviation a accordé des dérogations pour les vols humanitaires et d'assistance médicale.⁵³³ Bien que cela ne soit pas spécifiquement indiqué, on suppose que les dérogations accordées aux vols couvrent également le personnel à bord. L'Angola et l'Ouganda ont tous deux expressément exempté les Nations unies et les organisations humanitaires des interdictions d'entrée.⁵³⁴ Dans d'autres États, des dérogations étaient prévues, mais leur application aux organisations humanitaires devait être sous-entendue ou tacite. Les Pays-Bas, par exemple, ont autorisé l'entrée aux « personnes ayant une fonction ou une raison », ce qui s'étend aux organisations internationales et humanitaires.⁵³⁵ Le Nigeria a accordé des dérogations aux vols « d'urgence » et « essentiels », ⁵³⁶ terminologie utilisée dans un certain nombre d'autres États.

Les lois d'autres États accordent à un fonctionnaire spécifique le pouvoir discrétionnaire d'accorder des dérogations aux fermetures ou restrictions aux frontières. Dans ces cas, il existe généralement une interdiction générale d'entrée de tout non-ressortissant, mais une dérogation peut être accordée par un ministre ou un fonctionnaire, normalement sur demande préalable. En Australie, par exemple, le chef des forces de défense australiennes⁵³⁷ et le commissaire de la police fédérale australienne peuvent autoriser l'entrée à titre exceptionnel. En Pologne, le commandant en chef des gardes-frontières peut autoriser l'entrée des étrangers.⁵³⁸ Ces dispositions offrent sans aucun doute une certaine souplesse et peuvent même avoir été créées pour répondre aux besoins d'entrée des organisations humanitaires. Toutefois, ces pouvoirs discrétionnaires augmentent le risque de retard en raison de la nécessité d'introduire et d'examiner une demande. En outre, bien que les recensements des décrets d'état d'urgence ne fournissent pas de preuves suggérant que ce fut le cas au cours de la pandémie de COVID-19, il existe également un risque que ces pouvoirs discrétionnaires soient exercés de manière arbitraire ou qu'ils fassent l'objet d'abus.

Les dérogations discrétionnaires, bien que soumises à ces limitations, offrent au moins une certaine perspective d'entrée aux acteurs humanitaires. Dans un certain nombre d'États, il a été signalé l'absence de dérogation pour le personnel humanitaire. Le Cambodge, la Thaïlande et Haïti, par exemple, auraient mis en place des fermetures de frontières ou des restrictions d'entrée sans aucune disposition permettant d'accorder des dérogations.⁵³⁹ Il a également été noté que suite au cyclone tropical Harold dans le Pacifique, les agences internationales n'ont pas pu entrer dans les États touchés pour apporter leur assistance.⁵⁴⁰

Les fermetures absolues et les fermetures soumises à des dérogations discrétionnaires sont en contradiction avec les Lignes directrices IDRL, qui soutiennent le principe selon lequel les États devraient faciliter l'entrée du personnel des acteurs humanitaires éligibles. Elles ont clairement le potentiel d'avoir un impact négatif sur la fourniture de l'aide internationale au cours d'une USP, qu'il s'agisse de l'USP elle-même ou de toute autre catastrophe pouvant survenir au cours de l'USP.



RECOMMANDATIONS

Les lois établissant des fermetures ou des restrictions aux frontières pendant une USP devraient expressément exempter le personnel des organisations humanitaires éligibles (sous réserve de garanties sanitaires appropriées).

L'obligation de quarantaine, même si une frontière reste ouverte, constitue une autre restriction à l'entrée. Elle peut être stricte, obligeant les personnes à se rendre dans un logement de quarantaine fourni par le gouvernement pendant un certain temps. Le Myanmar, par exemple, a exigé de tous les ressortissants étrangers non seulement qu'ils fournissent la preuve de l'absence d'infection, mais aussi qu'ils soient placés en quarantaine dans une structure du gouvernement du Myanmar pendant 14 jours.⁵⁴¹ Des exigences similaires ont été imposées par le gouvernement kenyan.⁵⁴² D'autres exigences peuvent être moins formelles, demandant aux individus de s'isoler dans un endroit de leur choix.

Le risque ici est que, même s'il est autorisé à entrer, le personnel humanitaire soit empêché de remplir immédiatement les fonctions pour lesquelles il est entré dans le pays. Cela peut être en rapport avec l'USP, mais peut également entraver la réponse à une autre catastrophe survenant au même moment. Dans de nombreux cas, il existe des pouvoirs permettant de déroger aux exigences de quarantaine, généralement à la discrétion des responsables médicaux. Par exemple, en République de Corée, une dérogation à la période de quarantaine obligatoire de quatorze jours pouvait être accordée au personnel humanitaire par la délivrance d'un certificat de dérogation d'isolement.⁵⁴³ Ces dérogations discrétionnaires permettent aux États de se prononcer sur le risque posé par le personnel humanitaire entrant en fonction de la nature de la maladie et de sa prévalence dans le pays d'origine, et de mettre en balance ce risque avec l'impact du retard de l'aide humanitaire. L'appartenance à une organisation humanitaire ne confère pas à une personne une immunité contre les maladies. Les États peuvent donc légitimement souhaiter s'assurer que les personnes qui leur viennent en aide n'introduiront ou ne transmettront pas de maladie, en particulier lorsque – comme dans le cas de la COVID-19 – les tests n'offrent pas toutes les garanties qu'une personne n'est pas infectée ou incapable de transmettre la maladie.



RECOMMANDATIONS

1. Les États qui envisagent d'instaurer des exigences de quarantaine ou d'auto-isolement pour les voyageurs entrant sur leur territoire pendant une USP devraient, dans la mesure du possible, en exempter le personnel humanitaire.
2. Si les dérogations automatiques pour le personnel humanitaire ne sont pas appropriées, les lois et/ou les politiques devraient établir des critères clairs et objectifs pour l'octroi de dérogations.

Les exigences en matière d'immigration et de visa constituent une autre forme de restriction à l'entrée. Les Lignes directrices IDRL recommandent aux États d'accorder des visas et tout permis de travail nécessaire, idéalement sans frais, pour le temps nécessaire à la réalisation des activités de secours en cas de catastrophe ou de relèvement initial.⁵⁴⁴ Un certain nombre de recensements de décrets d'état d'urgence indiquent que, bien que des restrictions aux frontières n'aient pas été imposées en réponse à la COVID-19, la suspension des règles normales en matière de visa a eu un effet similaire. En Indonésie, par exemple, les visas des étrangers ayant déjà vécu en Chine ont été les premiers suspendus, suivis peu après par la suspension de tous les déplacements sans visa pour les étrangers.⁵⁴⁵ L'Inde a suspendu de la même manière les visas des étrangers.⁵⁴⁶

Certains éléments indiquent que des États ont pris des mesures pour permettre l'accès de spécialistes étrangers. Par exemple, la Commission européenne a publié des directives en réponse à la COVID-19, qui conseillent aux États membres de faciliter le passage des frontières pour les professionnels de la santé et de leur permettre de travailler sans entrave dans un établissement de santé d'un autre État membre.⁵⁴⁷ La plupart des pays de l'OCDE ont exempté les professionnels de santé ayant une offre d'emploi des restrictions en matière de visa et/ou des interdictions de voyage. La plupart de ces assouplissements ne s'appliquaient qu'au personnel médical. Or, les opérations humanitaires ne se limitent normalement pas au personnel médical, mais impliquent généralement d'autres personnels. En outre, les recensements des décrets d'état d'urgence semblent indiquer une incohérence importante dans l'approche entre les États.

L'entrée du personnel international peut également être facilitée par des accords bilatéraux : le Liechtenstein, la Suisse et l'Autriche, par exemple, auraient conclu un accord d'entraide en cas de crise et de catastrophe⁵⁴⁸, ce qui permet aux acteurs humanitaires et aux premiers intervenants d'entrer rapidement dans ces pays, en

contournant toute restriction de voyage. De même, l'Arménie a conclu un accord avec l'Iran et l'Indonésie pour le déploiement de personnel de santé pendant les USP.⁵⁴⁹ Ces exemples suggèrent que des recherches complémentaires pourraient être menées afin d'identifier l'existence de tels accords et d'explorer l'utilisation accrue de ces modèles pour faciliter la circulation du personnel lors de futures USP.



RECOMMANDATIONS

Conformément aux Lignes directrices IDRL, les lois et/ou les politiques devraient, dans la mesure du possible, lever l'obligation de visa et de permis de travail pour le personnel des organisations humanitaires éligibles ou en accélérer considérablement la délivrance.

9.3.3 / Qualifications professionnelles

L'un des obstacles à la fourniture d'une assistance en cas de catastrophe, identifié dans les Lignes directrices IDRL et la Liste de vérification PRC, est la reconnaissance (ou la non-reconnaissance) des qualifications professionnelles étrangères, ou interétatiques dans le cas des États fédéraux. Consciente de l'importance de cette question, l'OMS fournit des orientations sur la manière dont les pays peuvent autoriser les professionnels de la santé d'autres régions ou territoires à exercer dans des zones où les besoins sont importants, et son outil d'EEC évalue les États sur la manière dont ils mettent en œuvre les systèmes d'envoi et d'accueil du personnel médical en cas d'urgence. Dans l'UE, la législation permet de reconnaître les qualifications professionnelles des médecins, des infirmiers et des vétérinaires, entre autres, dans toute l'UE.⁵⁵⁰ Cette « libre circulation des professionnels » n'est pas spécifique aux USP, mais peut être exploitée en cas d'urgence.⁵⁵¹ Aux États-Unis, les lois d'urgence de nombreux États contiennent des dispositions relatives à la « réciprocité en matière de permis d'exercice », qui garantissent la reconnaissance des permis d'exercice médicaux d'autres États (mais pas étrangers) pour la durée limitée d'une urgence ou d'une catastrophe déclarée.⁵⁵² Un grand nombre de nouvelles dispositions de ce type ont été rapidement instaurées via les lois d'urgence afin de répondre à la pandémie de COVID-19.⁵⁵³ Bien que la question de la reconnaissance des qualifications professionnelles ne soit pas commentée dans les recensements des décrets d'état d'urgence, l'expérience de la pandémie de COVID-19 montre qu'elle est très pertinente pour les USP. La recommandation des Lignes directrices IDRL et de la Liste de vérification PRC sur ce sujet est très pertinente pour les USP et est donc réitérée ici.



RECOMMANDATIONS

Conformément aux Lignes directrices IDRL et à la Liste de vérification PRC, les lois et/ou les politiques devraient prévoir la reconnaissance automatique ou accélérée des qualifications et des permis d'exercice étrangers et/ou interétatiques en cas d'USP ou d'autres catastrophes.

9.3.4 / Restrictions à l'importation ou à l'exportation de biens et d'équipements

En général, l'importation et l'exportation de biens ont été moins restreintes pendant la pandémie de COVID-19 que la circulation des personnes. Les recensements des décrets d'état d'urgence font état de très peu d'exemples de fermetures de frontières affectant la circulation des biens et des équipements. Par exemple, l'Afrique du Sud a fermé toutes ses frontières terrestres, mais a continué à autoriser le transport de carburant et de biens essentiels.⁵⁵⁴ De même, le Rwanda a autorisé l'arrivée de biens et de cargaisons malgré la fermeture de ses frontières⁵⁵⁵, et la Colombie et le Pérou ont autorisé l'entrée de toute cargaison⁵⁵⁶. En effet, pratiquement tous les recensements des décrets d'état d'urgence ont évoqué l'ouverture des frontières, des ports et des aéroports aux cargaisons, ce qui aurait permis dans presque tous les cas la circulation transfrontalière de biens et d'équipements humanitaires.⁵⁵⁷



Bangladesh, Cox's Bazar, 2017. Hôpital de campagne finno-norvégien du Rubber Garden, à Kutupalong. © Croix-Rouge finlandaise

Le seul domaine où des difficultés sont apparues est celui des biens et équipements utilisés pour se protéger et traiter la COVID-19. À la fin du mois de juillet 2020, près de 90 États avaient instauré des restrictions à l'exportation à la suite de la pandémie de COVID-19.⁵⁵⁸ Les États-Unis, par exemple, ont publié une règle temporaire interdisant l'exportation de certains biens et équipements, notamment les respirateurs, les masques chirurgicaux et les gants médicaux, sans l'approbation explicite de l'Agence fédérale américaine de gestion des urgences.⁵⁵⁹ L'Union européenne a instauré un contrôle des exportations d'EPI utilisés par les médecins et les infirmiers, de masques faciaux, d'écrans faciaux, de blouses chirurgicales, de gants et d'autres équipements vers les pays non membres de l'UE, sans autorisation expresse.⁵⁶⁰ Ces types de restrictions pourraient également affecter le transit de marchandises par des pays tiers.

Par ailleurs, un certain nombre d'initiatives ont permis de lever des restrictions préexistantes ou de faciliter la circulation des biens et des équipements. L'accord de l'OMC sur la facilitation des échanges (AFE), par exemple, contient des dispositions visant à accélérer la circulation, la mainlevée et le dédouanement des marchandises et de celles en transit. La Conférence des Nations unies sur le commerce et le développement (CNUCED) a exhorté les pays à s'attaquer à la facilitation des échanges.⁵⁶¹ Au niveau régional, des initiatives sont signalées, notamment le *Sistema de la Integración Centroamericana*, lancé pour accélérer ou faciliter le transit des articles d'aide humanitaire expédiés par voie terrestre dans les sept États d'Amérique centrale, et le Protocole centraméricain pour l'expédition, le transit et la réception de l'aide humanitaire.

L'une des difficultés parmi celles qui ressortent des recensements des décrets d'état d'urgence est le manque d'informations centrales sur les diverses restrictions commerciales mises en place. Il semble qu'il ait parfois été difficile pour les cartographes d'identifier les restrictions à l'importation ou à l'exportation en vigueur à un moment donné. La législation ou les annonces politiques étaient généralement accessibles, mais il n'était pas certain qu'elles aient toujours été à jour. En l'absence de sources d'information officielles consolidées, un certain nombre d'initiatives privées très utiles ont permis de combler certaines lacunes.⁵⁶² L'Organisation mondiale des douanes a publié une liste régulièrement mise à jour des États ayant adopté des mesures de restriction temporaire à l'exportation de fournitures médicales en réponse à la COVID-19.⁵⁶³ Il est clairement bénéfique pour les organisations humanitaires d'avoir accès à des informations actualisées sur les éventuelles restrictions à l'exportation. La création d'une base de données plus permanente n'est peut-être pas réalisable, car les types de

contrôles à l'importation et à l'exportation évoqués ont tendance à être décidés spontanément en réponse à des urgences spécifiques. Néanmoins, la fourniture d'informations sur les contrôles à l'exportation et à l'importation semble être un outil vital et ne devrait probablement pas être abandonnée aux acteurs privés.



RECOMMANDATIONS

1. Les États devraient continuer à veiller à ce que les lois et/ou les politiques qui imposent la fermeture des frontières en réponse à une USP ne restreignent pas la circulation transfrontalière des biens et équipements de secours.
2. Tout en reconnaissant que les États peuvent souhaiter contrôler l'exportation de certaines fournitures au cours d'une USP pour répondre aux besoins de leurs propres populations, les États devraient exempter les organisations humanitaires de toute restriction qui entraverait leur capacité à importer ou exporter des biens et équipements de secours.
3. Les États devraient élaborer des lois et des politiques permanentes pour faciliter la circulation transfrontalière de biens et d'équipements de secours pour les opérations internationales de réponse aux catastrophes, en s'inspirant des Lignes directrices IDRL et des directives 17 (biens et équipements) et 18 (biens et équipements) en particulier.
4. Lors des futures USP, des dispositions devraient être prises – en s'inspirant de l'exemple de la base de données de l'Organisation mondiale des douanes pendant la pandémie de COVID-19 – pour fournir des informations actualisées sur les contrôles applicables aux importations et aux exportations dans le monde entier.

9.3.5 / Taxes et tarifs

Les Lignes directrices IDRL et la Liste de vérification PRC recommandent que les organisations humanitaires éligibles soient exonérées de la TVA et des autres taxes ou droits directement liés à la fourniture de l'aide en cas de catastrophe.⁵⁶⁴ Dans le contexte de la COVID-19, cette recommandation semble avoir été adoptée dans un certain nombre d'États considérés par les recensements des décrets d'état d'urgence, notamment en ce qui concerne l'importation d'EPI et de produits pharmaceutiques. Par exemple, le gouvernement de la RD Congo a exonéré l'importation et la vente de produits pharmaceutiques, ainsi que de matériels et d'équipements médicaux liés à la pandémie de tous les droits, taxes, prélèvements et redevances.⁵⁶⁵ Singapour a exonéré du paiement des droits de douane l'importation de produits répertoriés liés à la COVID-19.⁵⁶⁶ Le gouvernement chinois a également exonéré de droits de douane les matériaux et biens importés directement par son ministère de la Santé pour être utilisés dans la prévention et le contrôle de la pandémie de COVID-19. Il a également élargi le champ d'application de l'exonération des droits d'importation, de la TVA à l'importation et de la taxe à la consommation en ce qui concerne les biens donnés dans le cadre de la prévention et du contrôle de la maladie.⁵⁶⁷ De même, le Venezuela a exonéré de la TVA toute importation de matériaux nécessaires à la fabrication de médicaments, de polymères, de pièces de rechange pour les machines et les équipements de réfrigération ainsi que d'aliments spécifiques.⁵⁶⁸



RECOMMANDATIONS

Conformément aux Lignes directrices IDRL et à la Liste de vérification PRC, les États devraient exonérer les organisations humanitaires éligibles (tant nationales qu'internationales) des taxes et droits directement associés à leurs activités de réponse aux USP.

ANNEXE 1

QUESTIONS RELATIVES AU RECENSEMENT DES DÉCRETS D'ÉTAT D'URGENCE

1. Existe-t-il une coordination entre les acteurs étatiques et non étatiques, par exemple par le biais d'un mécanisme national de réponse d'urgence ?
2. Le rôle de la Croix-Rouge (CR) ou des acteurs humanitaires est-il évoqué ? Dans quels domaines/secteurs ? Quelles responsabilités sont attribuées à la CR ?
3. Existe-t-il des dérogations aux restrictions de voyage qui faciliteront la circulation des équipes de secours de la CR / humanitaires et/ou de l'aide à travers les frontières ? Quelles sont les exigences de quarantaine ou autres conditions (le cas échéant) ?
4. Existe-t-il dérogations aux quarantaines, aux couvre-feux et autres restrictions de déplacement qui permettent à la CR / aux organisations humanitaires d'accéder aux populations vulnérables (y compris pour une aide psychosociale ou non médicale) ?
5. Des facilités ou des dérogations légales spéciales ont-elles été mises en place pour l'importation d'aide médicale ou d'autres articles ou personnels de secours (loi sur les interventions en cas de catastrophe internationale) ? Quelles sont les exigences de quarantaine ou autres conditions (le cas échéant) ?
6. La CR (ou les organisations humanitaires) sont-elles classées dans la catégorie des services « essentiels » ou « d'urgence », aux fins des dérogations aux restrictions sur les activités commerciales et les heures d'ouverture ?
7. Quelles autres mesures sont prévues dans les décrets d'état d'urgence (pour les acteurs gouvernementaux, les communautés, les agents de santé, etc.) ?
8. Des restrictions interdisant l'exportation d'équipements médicaux de protection ont-elles été adoptées ou mises en place ?

ANNEXE 2

QUESTIONS RELATIVES AU RECENSEMENT DES URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE

Cadres juridiques et institutionnels relatifs aux urgences de santé publique

1. Veuillez établir une liste des principales lois, politiques, stratégies et plans relatifs aux urgences de santé publique (y compris les pandémies ou épidémies). Pour chaque instrument, veuillez :
 - a. fournir le nom et la date de l'instrument ;
 - b. identifier les principaux sujets qu'il aborde ;
 - c. fournir une copie officielle de l'instrument et, si possible, une traduction en anglais.
2. Veuillez établir une liste des principaux lois, politiques, stratégies et plans relatifs à d'autres types d'urgences / catastrophes (par exemple, les inondations, les tremblements de terre, les déversements de produits chimiques, les ruptures de barrage, les tsunamis, etc.) Pour chaque instrument, veuillez :
 - a. fournir le nom et la date de l'instrument ;
 - b. identifier les principaux sujets qu'il aborde ;
 - c. fournir une copie officielle de l'instrument et, si possible, une traduction en anglais.
3. Le gouvernement dispose-t-il de pouvoirs d'exception spéciaux pour répondre aux urgences de santé publique ? Si oui :
 - a. Quels sont les pouvoirs du gouvernement ? ;
 - b. Quelles sont les autorités gouvernementales qui peuvent les exercer ? ;
 - c. Dans quelles circonstances ces pouvoirs peuvent-ils être exercés ? ;
 - d. Dans quelle loi sont prévus ces pouvoirs (par exemple, la Constitution, le décret d'urgence, la loi sur la santé publique, la loi sur la gestion des catastrophes, une combinaison de ces lois) ?
4. Le gouvernement dispose-t-il de pouvoirs d'exception spéciaux pour répondre à d'autres types de catastrophes/urgences ? Si oui :
 - a. Quels sont les pouvoirs du gouvernement ? ;
 - b. Quelles sont les autorités gouvernementales qui peuvent les exercer ? ;
 - c. Dans quelles circonstances ces pouvoirs peuvent-ils être exercés ? ;
 - d. Dans quelle loi sont prévus ces pouvoirs (par exemple, la Constitution, le décret d'urgence, la loi sur la santé publique, la loi sur la gestion des catastrophes, une combinaison de ces lois) ?
5. Quels acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux la loi identifie-t-elle comme responsables de la réponse aux urgences de santé publique ? Veuillez énumérer chaque acteur concerné et décrire ses rôles et responsabilités (tels que reflétés dans les lois, politiques, stratégies ou plans pertinents).

6. Quels acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux la loi identifie-t-elle comme responsables de la réponse à d'autres types d'urgences / de catastrophes ? Veuillez énumérer chaque acteur concerné et décrire ses rôles et responsabilités (tels que reflétés dans les lois, politiques, stratégies ou plans pertinents).
7. Existe-t-il un mécanisme de coordination des acteurs impliqués dans la réponse aux urgences de santé publique ? Si oui :
 - a. Qui est inclus dans le mécanisme de coordination ?
 - b. Quel acteur gouvernemental assure le commandement et le contrôle de la réponse ?
8. Existe-t-il un mécanisme de coordination pour les acteurs impliqués dans la réponse à d'autres types d'urgences / de catastrophes ? Si oui :
 - a. Qui est inclus dans le mécanisme de coordination ?
 - b. Quel acteur gouvernemental assure le commandement et le contrôle de la réponse ?
9. Quel est le rôle de l'Agence de protection civile du Bureau national de gestion des catastrophes (ou l'équivalent) en matière d'urgences de santé publique ? Comment cela se compare-t-il à son rôle par rapport à d'autres types d'urgences / catastrophes ?
10. Quel est le rôle du ministère de la Santé en matière d'urgences de santé publique ? Comment cela se compare-t-il à son rôle par rapport à d'autres types d'urgences / catastrophes ?
11. La loi oblige-t-elle le gouvernement à notifier à l'Organisation mondiale de la Santé tout événement susceptible de constituer une urgence de santé publique de portée internationale ?

Cadres juridiques et institutionnels relatifs à la COVID-19

12. Veuillez établir une liste des principaux instruments juridiques et politiques que le gouvernement utilise pour répondre à la pandémie de COVID-19. Pour chaque instrument, veuillez :
 - a. fournir le nom et la date de l'instrument ;
 - b. indiquer s'il est antérieur à la COVID-19 ou s'il a été instauré en réponse à la COVID-19;
 - c. identifier les principaux sujets qu'il aborde ;
13. fournir une copie officielle de l'instrument et, si possible, une traduction en anglais. Le gouvernement utilise-t-il des pouvoirs spéciaux d'urgence pour répondre à la pandémie de COVID-19 ? Si oui :
 - a. Quels sont les pouvoirs du gouvernement ?
 - b. Quelles sont les autorités gouvernementales qui les exercent ?
 - c. Dans quelle loi sont prévus ces pouvoirs (par exemple, la Constitution, le décret d'état d'urgence, la loi sur la santé publique, la loi sur la gestion des catastrophes, une combinaison de ces lois) ?

REMARQUE : Dans la mesure du possible, si vous répondez aux questions 14 à 26 ci-dessous, veuillez inclure des informations sur la COVID-19 et sur une autre urgence de santé publique qui a touché votre pays (par exemple, Zika, Ebola, SRAS, MERS, rougeole).

Mobilité humaine

14. La COVID-19 ou toute autre urgence de santé publique dans votre pays ont-elles entraîné des fermetures ou des restrictions aux frontières ? Si oui, ces fermetures ou restrictions aux frontières ont-elles fait l'objet d'une dérogation pour les demandeurs d'asile ?
15. La COVID-19 ou toute autre urgence de santé publique dans votre pays a-t-elle entraîné des changements dans le contenu ou la mise en œuvre des lois régissant les demandeurs d'asile et les réfugiés ? Si oui, quels types de changements ?

Par exemple : suspension des procédures de demande d'asile et autres ; retours forcés aux frontières ; non-admission de personnes cherchant une protection internationale ; expulsion de réfugiés et de demandeurs d'asile ; arrêt de la recherche et du sauvetage en mer ; refus de débarquement de personnes secourues en mer.

16. La COVID-19 ou toute autre urgence de santé publique a-t-elle entraîné des changements dans les schémas de migration dans votre pays ?

Par exemple : les migrants souhaitant être rapatriés en raison de la situation de santé publique dans le pays ou encore, les migrants souhaitant éviter d'être rapatriés à l'expiration de leur visa en raison de la situation de santé publique dans leur pays d'origine.

17. Si la réponse à la question 16 est « oui », le gouvernement a-t-il mis en œuvre ou adopté des lois ou des politiques visant à soutenir :

- a. le rapatriement des migrants qui souhaitaient retourner dans leur pays d'origine, et/ou
- b. le maintien du séjour des migrants qui ne souhaitent pas retourner dans leur pays d'origine ?

Abri et logement

18. Est-ce qu'en raison de la COVID-19 ou de toute autre urgence de santé publique dans votre pays, des personnes ont perdu ou risqué de perdre leur logement ? Si oui, le gouvernement a-t-il mis en œuvre ou adopté des lois ou des politiques pour aider les personnes dans cette situation ?

Par exemple : moratoires sur les expulsions ; pauses, ou gels des loyers ou des paiements hypothécaires ; hébergement d'urgence.

19. Pendant la crise de COVID-19 ou toute autre urgence de santé publique dans votre pays, le gouvernement a-t-il mis en œuvre ou adopté des lois ou des politiques visant à aider les sans-abri et les habitants des quartiers informels à suivre les mesures de santé publique (par exemple, le lavage des mains, l'utilisation de moustiquaires, l'abri sur place) ?

Protection des groupes vulnérables

20. La COVID-19 ou toute autre urgence de santé publique dans votre pays a-t-elle entraîné une perte généralisée des moyens de subsistance ? Si oui, le gouvernement a-t-il mis en œuvre ou adopté des lois ou des politiques visant à fournir une aide financière aux personnes ayant perdu leurs moyens de subsistance ? Ou encore, à empêcher les personnes de perdre leurs moyens de subsistance ?

21. La COVID-19 ou toute autre urgence de santé publique dans votre pays a-t-elle entraîné une récession économique ? Si oui, le gouvernement a-t-il mis en œuvre ou adopté des lois ou des politiques visant à :

- a. fournir une aide financière aux entreprises en difficulté, ou
- b. suspendre ou assouplir temporairement les lois sur l'insolvabilité / la faillite ?

Ces lois ou politiques s'appliqueraient-elles à la Société de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge de votre pays ou à d'autres organisations à but non lucratif ?

22. Pendant la crise de COVID-19 ou toute autre urgence de santé publique dans votre pays, les migrants (y compris les sans-papiers) ont-ils été légalement autorisés à accéder aux soins de santé et aux programmes d'assistance publique ? Si oui, ont-ils bénéficié du même type de droits que les citoyens / résidents ?

23. Pendant la crise de COVID-19 ou toute autre urgence de santé publique dans votre pays, les personnes déplacées (PDI) ont-elles été victimes de discrimination (directe ou indirecte) dans l'accès aux soins médicaux et à d'autres formes d'assistance ?

24. La COVID-19 ou toute autre urgence de santé publique dans votre pays a-t-elle entraîné une recrudescence de la violence domestique et/ou des problèmes de protection des enfants ? Si oui, cette situation a-t-elle été résolue en renforçant les systèmes existants ou en adoptant de nouvelles lois ou politiques ?

25. Pendant la crise de COVID-19 ou toute autre urgence de santé publique dans votre pays, le gouvernement a-t-il mis en œuvre ou adopté des lois ou des politiques visant à protéger les personnes particulièrement

sensibles à la maladie concernée ? (Par exemple, les personnes âgées dans le cas de la COVID-19, les femmes en âge de procréer dans le cas du Zika.)

- 26.** Pendant la COVID-19 ou toute autre urgence de santé publique dans votre pays, le gouvernement a-t-il adopté ou mis en œuvre des lois ou des politiques pour garantir que les personnes âgées et les personnes handicapées aient un accès continu aux soins de santé, aux autres services essentiels et aux fournitures essentielles (par exemple, la nourriture, les médicaments) ?
- 27.** Pendant la crise de COVID-19, des politiques de « triage » ont-elles été mises en œuvre pour régir l'attribution de respirateurs aux patients ? Si oui, quelle entité a élaboré la politique de triage ? Quels patients ont bénéficié d'un accès prioritaire aux respirateurs ?
- 28.** Pendant la crise de COVID-19 ou toute autre urgence de santé publique dans votre pays, le gouvernement a-t-il mis en œuvre ou adopté des lois ou des politiques visant à atténuer l'interruption de la scolarité des enfants et à fournir des espaces sûrs à ceux qui risquent d'être victimes d'abus ou de négligence à la maison ?
- 29.** Pendant la crise de COVID-19 ou toute autre urgence de santé publique dans votre pays, certains groupes ont-ils été confrontés à des obstacles informels pour accéder aux informations, aux soins de santé et à d'autres formes d'assistance ? Par exemple : des obstacles linguistiques, des obstacles culturels, l'incapacité à accéder physiquement aux services.
- 30.** Dans l'éventualité où un vaccin efficace contre la COVID-19 serait mis au point, existe-t-il des lois ou des politiques qui permettraient de :
 - a.** promouvoir ou garantir la disponibilité du vaccin pour toutes les personnes, indépendamment de facteurs tels que les moyens financiers, le statut migratoire, l'âge, la race, etc. ;
 - b.** rendre la vaccination obligatoire ou en faire une condition préalable à la présence au travail ou à l'école ?

NOTES DE FIN DE DOCUMENT

- 1 <<https://www.undrr.org/terminology/disaster>>.
- 2 <<https://www.undrr.org/terminology/disaster-risk>>.
- 3 <<https://www.undrr.org/terminology/disaster-management>>.
- 4 Ce rapport utilise la définition de la GRC adoptée par le réseau de la FICR (voir <https://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/5/2020/04/DRM_policy_Final_EN.pdf>). La définition de l'UNDRR est légèrement différente : La « Gestion des risques de catastrophe » désigne l'application de politiques, de stratégies et d'autres mesures afin de prévenir de nouveaux risques de catastrophe, de réduire les risques de catastrophe existants et de gérer les risques résiduels (par la préparation, l'intervention et le relèvement en cas de catastrophe), contribuant au renforcement de la résilience et à la réduction des pertes liées aux catastrophes. Les mesures de gestion des risques de catastrophe peuvent être classées en ; gestion prospective des risques de catastrophe, gestion corrective des risques de catastrophe et gestion compensatoire des risques de catastrophe (également appelée gestion des risques résiduels) : <<https://www.undrr.org/terminology/disaster-risk-management>>.
- 5 <<https://www.undrr.org/terminology/disaster-risk-reduction>>.
- 6 OMS, Définitions : situations d'urgence <<https://www.who.int/hac/about/definitions/en/>>.
- 7 RSI, Art 5(1) et Annexe 1.
- 8 RSI, Art 13(1).
- 9 OMS, « Une seule santé – De quoi s'agit-il ? », 21 septembre 2017 <<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/one-health>>.
- 10 OMS, « Qu'est-ce qu'une pandémie ? » 24 février 2010 <https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/>.
- 11 OMS, « Santé publique pour les rassemblements de masse : Considérations clés », 2015 <https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2015.5/en/>.
- 12 OMS, « Définitions : Situations d'urgence » : <<https://www.who.int/hac/about/definitions/en/>>. Dans la définition publiée, le mot « centres » est utilisé. On estime toutefois que la définition devrait plutôt faire référence aux « décès ».
- 13 <<https://www.undrr.org/terminology/vulnerability>>.
- 14 Organisation mondiale de la Santé (OMS), Tableau de bord des maladies à coronavirus de l'OMS (COVID-19), <<https://covid19.who.int/>> (consulté le 1er avril 2021).
- 15 FICR, Lignes directrices relatives à la facilitation et à la réglementation nationales des opérations internationales de secours et d'assistance au relèvement initial en cas de catastrophe (Lignes directrices IDRL) (2007) <<https://disasterlaw.ifrc.org/media/1327>> ; FICR Liste de contrôle sur la facilitation et la réglementation des opérations internationales de secours et d'assistance au relèvement initial en cas de catastrophe (Liste de contrôle IDRL) (2017) <<https://disasterlaw.ifrc.org/media/1325>>.
- 16 FICR, Effective law and regulation for disaster risk reduction: a multi-country report (Étude multi-pays : Législation et réglementation en vigueur pour la réduction des risques de catastrophes) (FICR et PNUD 2014) <<https://disasterlaw.ifrc.org/media/1372>> ; et FICR et PNUD, La liste de vérification sur la législation et la réduction des risques de catastrophe (Une version annotée, octobre 2015) <<https://disasterlaw.ifrc.org/media/1354>>.
- 17 FICR, Législation, préparation et riposte en cas de catastrophe ; rapport de synthèse multi-pays (Rapport sur la PRC) <<https://disasterlaw.ifrc.org/media/1302>> ; et FICR, La liste de vérification sur la législation relative à la préparation aux catastrophes et à l'intervention (Liste de vérification PRC) (2019) <<https://disasterlaw.ifrc.org/media/1287>>.
- 18 OMS, « Que sont le Règlement sanitaire international et les Comités d'urgence ? » <<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/emergencies-international-health-regulations-and-emergency-committees>>.
- 19 « Cadre d'action de Sendai pour la réduction des risques de catastrophes 2015-2030 » (Cadre de Sendai), Docs ONU. A/CONF.224/CRP.1 <<https://www.ecologie.gouv.fr/sites/default/files/Le%20Cadre%20de%20Sendai.pdf>>.
- 20 Bangkok Principles for the Implementation of the Health Aspects of the Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030 (Principes de Bangkok pour la mise en œuvre des aspects sanitaires du Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015-2030) (Principes de Bangkok) <https://www.preventionweb.net/files/47606_bangkokprinciplesfortheimplementati.pdf>.
- 21 Conseil mondial de suivi de la préparation, « Un monde en désordre : rapport annuel 2020 du Conseil mondial de suivi de la préparation », OMS, 2020, Avant-propos, p 3 <https://www.gpmb.org/docs/librariesprovider17/default-document-library/annual-reports/gpmb-2020-annualreport-fr.pdf?sfvrsn=87647c0e_3>.
- 22 Conseil mondial de suivi de la préparation, « Un monde en péril : Rapport annuel sur l'état de préparation mondial aux situations d'urgence sanitaire », OMS, 2019, Avant-propos, p 6 <[gpmb-2019-annualreport-fr.pdf](https://www.gpmb-2019-annualreport-fr.pdf)>.
- 23 Rapport sur la PRC, chapitres 7, 8 et 9.
- 24 Voir Recensement USP au Royaume-Uni Q4 : National Risk Register of Civil Emergencies (Registre national des risques d'urgences civiles) (édition 2017) <https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/644968/UK_National_Risk_Register_2017.pdf>.
- 25 OEIWG, « Rapport du groupe de travail intergouvernemental d'experts à composition non limitée chargé des indicateurs et de la terminologie relatifs à la réduction des risques de catastrophe », AGNU 71e session Docs ONU. A/71/644 <https://www.preventionweb.net/files/50683_oiewgreportfrench.pdf>.
- 26 Commission du droit international, « Projet d'articles sur la protection des personnes en cas de catastrophe ». La définition de « catastrophe » est « un événement ou une série d'événements calamiteux provoquant des pertes massives en vies humaines, de grandes souffrances humaines et une détresse aiguë, des déplacements massifs de population, ou des dommages matériels ou environnementaux de grande ampleur, perturbant ainsi gravement le fonctionnement de la société », Projet d'article 3, Doc ONU. A/69/10
- 27 OMS, « Définitions : Situations d'urgences » <<https://www.who.int/hac/about/definitions/en/>>. Dans la définition publiée, le mot « centres » est utilisé. On estime toutefois que la définition devrait plutôt faire référence aux « décès ».
- 28 Par exemple, le Glossaire de la terminologie de la gestion des urgences sanitaires et des risques de catastrophe définit une USP comme « un type d'événement ou de menace imminente qui a ou qui peut avoir un ensemble de conséquences sanitaires, et qui requiert une action coordonnée, généralement en urgence et souvent inhabituelle. Remarque : une urgence sanitaire peut représenter un risque important de morbidité ou de mortalité significative dans une communauté. »
- 29 OMS, Définitions : situations d'urgence <<https://www.who.int/hac/about/definitions/en/>>.
- 30 OMS, « Qu'est-ce qu'une pandémie ? » 24 février 2010 <https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/en/>.
- 31 OMS, « Santé publique pour les rassemblements de masse : Considérations clés », 2015 <https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2015.5/en/>.
- 32 BBC, « Peste bubonique en Chine : OMS 'suit' les cas soulignant que la situation ne présentait pas une 'menace' élevée », 7 juillet 2020 <<https://www.bbc.co.uk/news/world-asia-china-53325988>>.
- 33 Mark Honigsbaum, Le Siècle de la Pandémie (Penguin, 2020).
- 34 OMS, Fiche d'information sur la maladie à virus Ebola, 10 février 2020 <<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease>>.

- 35 OMS, « La flambée de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo constitue une urgence de santé publique de portée internationale », 17 juillet 2019 <<https://www.who.int/fr/news/item/17-07-2019-ebola-outbreak-in-the-democratic-republic-of-the-congo-declared-a-public-health-emergency-of-international-concern>>.
- 36 OMS, « Fin officielle de la dixième flambée d'Ebola en République démocratique du Congo – maintenir la vigilance face aux résurgences et continuer de soutenir les survivants », 25 juin 2020 <<https://www.who.int/fr/news/item/25-06-2020-10th-ebola-outbreak-in-the-democratic-republic-of-the-congo-declared-over-vigilance-against-flare-ups-and-support-for-survivors-must-continue>>.
- 37 OMS, « Coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) », 11 mars 2019 <[https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-\(mers-cov\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov))>.
- 38 Milan Brahmbhatt et Arindam Dutta, On SARS Type Economic effects during Infectious Diseases Outbreaks (Sur les effets économiques du type SRAS pendant les épidémies de maladies infectieuses), Document de travail n. 4466 de la Banque mondiale, janvier 2008, p 5. <<http://documents1.worldbank.org/curated/en/101511468028867410/pdf/wps4466.pdf>>.
- 39 <<https://www.who.int/csr/don/archive/year/2018/en/>>.
- 40 <<https://www.who.int/csr/don/archive/year/2019/en/>>.
- 41 <<https://www.who.int/csr/don/archive/year/2020/en/>>.
- 42 Center for Disease Control and Prevention (Centre de contrôle et de prévention des maladies) <<https://www.cdc.gov anthrax/bioterrorism/index.html>>.
- 43 L'utilisation d'armes biologiques est régie par des instruments internationaux tels que la Convention sur l'interdiction de la mise au point, de la fabrication et du stockage des armes bactériologiques (biologiques) ou à toxines et sur leur destruction (CIAB) et par les conventions relatives au terrorisme. Bien que la CIAB prévoit que les États doivent porter assistance à d'autres États exposés à un danger en raison d'une violation, les dispositions relatives à la gestion d'un incident sont limitées.
- 44 Il peut cependant y avoir des circonstances où, par exemple, une urgence sans rapport avec la situation peut perturber l'accès à la prévention ou au traitement et provoquer une épidémie
- 45 Voir <<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/malaria>>.
- 46 Voir <<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>>.
- 47 OMS, « Plan d'action mondial sur la résistance microbienne », 2015 <<https://www.who.int/antimicrobial-resistance/publications/global-action-plan/en/>>.
- 48 AGNU, Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la résistance aux agents antimicrobiens, 71e session de l'AGNU, 5 octobre 2016, UN Doc. A/RES/71/1/3 <<https://digitallibrary.un.org/record/845917>>.
- 49 Recensement USP Nigéria Q1 : le paragraphe 11 fait référence à un plan d'action sur la RAM qui est intégré dans le plan d'action national du Nigeria pour la sécurité sanitaire.
- 50 Voir, par exemple, BBC, 'COVID-19: World leaders call for international pandemic treaty' (« COVID-19 : Les dirigeants mondiaux appellent à un traité international sur les pandémies »), 30 mars 2021 <<https://www.bbc.co.uk/news/uk-56572775>>.
- 51 Nations Unies, « Transformer notre monde : Programme de développement durable d'ici 2030 », Docs ONU. A/RES/70/1 <<https://sdgs.un.org/sites/default/files/documents/7843outcomedocfrench.pdf>>.
- 52 Cible 3.d des ODD
- 53 Cible 3,3 des ODD.
- 54 Cible 3,8 des ODD.
- 55 Cible 3.b des ODD.
- 56 Global Health Security Agenda 2024 Framework (Cadre de l'Agenda 2024 pour la sécurité sanitaire mondiale) <<https://ghsagenda.org/wp-content/uploads/2020/06/ghsa2024-framework.pdf>>.
- 57 Ibid, p 3
- 58 Ibid, p 5.
- 59 Ibid, Annexe 7.
- 60 Ibid, p 5
- 61 Ibid, p 5.
- 62 Le Cadre d'action de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015– 2030, ONU. Docs. A/CONF.224/CRP.1; <https://www.unisdr.org/files/43291_frenchsendaiframeworkfordisasterris.pdf>.
- 63 Ibid.
- 64 Pour un résumé de la relation entre le Cadre de Sendai et la santé publique, voir UNISDR, Factsheet: Health in the Context of the Sendai Framework for Disaster Risk Reduction (« Fiche technique : La santé dans le contexte du Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe ») <http://towardsasafeworld.org/sites/default/files/150901_Sendai_Health_Factsheet-UNISDR.pdf>.
- 65 Bangkok Principles for the implementation of the health aspects of the Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030 (Principes de Bangkok pour la mise en œuvre des aspects sanitaires du Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015-2030) <https://www.preventionweb.net/files/47606_bangkokprinciplesfortheimplementati.pdf>.
- 66 Principes de Bangkok, Principe 1.
- 67 Ibid, principe 2.
- 68 Ibid, principe 7.
- 69 33e Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Résolution 3, « Agir maintenant en travaillant ensemble pour prévenir les épidémies et les pandémies, et y faire face », 9-12 décembre 2019, (Résolution 3, 33e Conférence internationale), 33IC/19/R3 <https://rcrcconference.org/app/uploads/2021/07/33IC_12.3-Epidemic-Pandemic-background-doc-FINAL-FR.pdf>.
- 70 AGNU, Résolution de l'Assemblée générale adoptée le 10 septembre 2020, Action globale et coordonnée face à la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19), UNDOCS A/74/L.92 <<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/N20/231/11/PDF/N2023111.pdf?OpenElement>>.
- 71 73e Assemblée mondiale de la santé, Résolution sur l'Action face au COVID-19, 19 mai 2020, WHA73.1 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-fr.pdf>.
- 72 Résolution 2532(2020) du Conseil de sécurité des Nations unies, 1er juillet 2020 <<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/N20/169/84/PDF/N2016984.pdf?OpenElement>>.
- 73 Ibid, résolution 7(1).
- 74 Ibid, résolution 7(2).
- 75 Ibid, résolution 7(3).
- 76 RSI, Art 44.

- 77 « Protéger l'humanité contre les crises sanitaires futures, Rapport du Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires », A/70/723, 9 février 2016 ; <<https://digitallibrary.un.org/record/822489>>.
- 78 Décision n° 1082/2103 du Parlement européen et du Conseil du 22 octobre 2013 relative aux menaces transfrontières graves sur la santé <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32013D1082&from=FR>>.
- 79 L'Association des nations de l'Asie du Sud-Est (ANASE), 2010, The ASEAN Agreement on Disaster Risk Management and Emergency Response (L'accord de l'ANASE sur la gestion des risques de catastrophes et les interventions d'urgence) <<https://asean.org/asean-agreement-on-disaster-management-and-emergency-response-vientiane/>>.
- 80 Décision n° 1313/2013/UE du Parlement européen et du Conseil du 17 décembre 2013 relative au mécanisme de protection civile de l'Union <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.2013.347.01.0924.01.FRA#~:text=La%20pr%C3%A9sente%20d%C3%A9cision%20renforce%20la,d%C3%A9chelle%20et%20de%20compl%C3%A9mentarit%C3%A9.>.
- 81 The 2008 Caribbean Disaster Emergency Response Agreement (L'accord 2008 d'intervention d'urgence en cas de catastrophe dans les Caraïbes) <https://www.jus.uio.no/english/services/library/treaties/13/13-02/caricom_disaster.xml>.
- 82 Recensement USP Samoa, Q1.
- 83 Recensement USP Tuvalu, Q 1(1)(c).
- 84 <<https://www.carpha.org>>.
- 85 Agreement Establishing the Caribbean Public Health Agency (Accord portant création de l'Agence de santé publique des Caraïbes), juin 2011 <https://www.carpha.org/Portals/0/Documents/CARPHA_IGA.pdf>.
- 86 International Sanitary Regulations: Proceedings of the Special Committee and Fourth World Health Assembly on WHO Regulations (Règlement sanitaire international : Débats de la Commission Spéciale et de la Quatrième Assemblée mondiale de la Santé sur les règlements de l'OMS) <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85636/Official_record37_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 87 <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/96615/9242580074.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.
- 88 References in this Report are to the 3rd Edition <<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241580496>>.
- 89 RSI, Art 2.
- 90 RSI, Art 47.
- 91 RSI, Art 48.
- 92 RSI, Art 50.
- 93 RSI, Art 51.
- 94 RSI, Art 12.
- 95 RSI, Art 15.
- 96 RSI, Art 1(1).
- 97 Voir RSI, Art 12.
- 98 RSI, Art 6.
- 99 RSI, Art 10.
- 100 RSI, Arts 10(4) et 11.
- 101 RSI, Art 13.
- 102 RSI, Art 15.
- 103 RSI, Art 1(1).
- 104 RSI, Art 18.
- 105 RSI, Arts 19 à 41.
- 106 RSI, Art 23(1).
- 107 RSI, Art 28.
- 108 RSI, Arts 30 à 32.
- 109 Pour un examen détaillé des capacités essentielles et des déficiences de leur mise en œuvre, voir Giulio Bartolini, L'échec des « capacités essentielles » dans le cadre du Règlement sanitaire international de l'OMS, ICLQ vol 70, janvier 2021' pp 233-250 (Bartolini).
- 110 RSI, Art 5(1) et Annexe 1.
- 111 RSI, Art 13(1).
- 112 RSI, articles 5(2) et 13(2).
- 113 Voir, par exemple, OMS, « Rapport annuel sur l'application du Règlement sanitaire international (2005). Rapport du Directeur général » (18 mai 2016) A69/20 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_20-fr.pdf>.
- 114 RSI, Art 4(1).
- 115 RSI, Art 22(1)(h).
- 116 RSI, Art 22(1)(i).
- 117 RSI, Art 6.
- 118 RSI, Art 13(5).
- 119 RSI, Art 44.
- 120 RSI, Art 3(1).
- 121 RSI, Art 54(1).
- 122 Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A (H1N1) 2009 (Examen H1N1), 5 mai 2011, A64/10 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-fr.pdf?ua=1>.
- 123 Rapport du comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI, 16 janvier 2015, EB136/22 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_22Add1-fr.pdf>.
- 124 Rapport du Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte (Examen Ebola), 13 mai 2016 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-fr.pdf?ua=1>.
- 125 Rapport du groupe d'experts chargés de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola, juillet 2015 <<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/ebola-panel-report-fr.pdf>>.

- 126 Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) during the COVID-19 Response (Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) pendant la riposte à la Covid-19) <<https://www.who.int/teams/ihr/ihr-review-committees/covid-19>>.
- 127 Voir, par exemple : OMS, « Action de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire renforcer l'action mondiale de l'OMS face aux situations d'urgence », 16 janvier 2021 EB 148/18 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_18-fr.pdf> ; et l'allocution liminaire du Directeur général de l'OMS à l'occasion de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies - 4 décembre 2020 <<https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-united-nations-general-assembly-special-session-4-december-2020>>.
- 128 Groupe d'évaluation intérimaire d'Ebola, Sommaire, p 5.
- 129 Examen H1N1, p12.
- 130 Examen Ebola, p 9
- 131 Examen du virus H1N1, conclusion sommaire 1 ; Examen du virus Ebola, p9 ; Comité d'évaluation intérimaire du virus Ebola, p5.
- 132 Ibid, Conclusion sommaire 3.
- 133 Examen Ebola, p 9.
- 134 Protéger l'humanité contre les crises sanitaires futures, Rapport du Groupe de haut niveau sur l'action mondiale face aux crises sanitaires, A/70/723, 9 février 2016 <<https://digitallibrary.un.org/record/822489>>.
- 135 Ibid, p 14.
- 136 Ibid, p 8.
- 137 Ibid, p 9.
- 138 Ibid, Recommandation 1, p 12.
- 139 Ibid, paragraphe 98.
- 140 Ibid, Recommandation 3, p 13.
- 141 Voir <<https://extranet.who.int/sph/ihrmef>>.
- 142 OMS, « Guide pour la conduite d'une revue intra-action (« RIA ») de la COVID-19 », 23 juillet 2020 <https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Country_IAR-2020.1>.
- 143 <<https://extranet.who.int/sph/spar>>.
- 144 OMS, « Document d'orientation sur l'outil d'autoévaluation pour l'établissement de rapports annuels par les États Parties », p 15 <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/273029>>.
- 145 Ibid. Le score par rapport à l'indicateur de capacité Législation et financement était en moyenne de 62 % dans le monde en 2018 et de 67 % en 2019. En 2019, les scores pour cette capacité ventilés par région de l'OMS étaient de : 43 % dans la Région africaine de l'OMS, 74 % dans la Région des Amériques, 64 % dans la Région de la Méditerranée orientale, 80 % dans la Région européenne, 67 % dans la Région de l'Asie du Sud-Est et 74 % dans la Région du Pacifique occidental : <<https://extranet.who.int/e-spar>>.
- 146 OMS, « Outil d'évaluation externe conjointe : Règlement sanitaire international (2005) » (deuxième édition, 2018) <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259961/9789241550222-eng.pdf?sequence=1>> 9.
- 147 Ibid, p14.
- 148 OMS, 'WHO Benchmarks for International Health Regulations (IHR) Capacities' (« Repères de l'OMS pour les capacités en matière de règlement sanitaire international (RSI) ») (2019) <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311158/9789241515429-eng.pdf?sequence=1>>.
- 149 Ibid, p7.
- 150 Ibid.
- 151 Ibid, point de référence 1.
- 152 Global Health Crises Task Force, Final Report (Groupe de travail sur les crises sanitaires mondiales, Rapport final) <<https://www.un.org/en/pdfs/Final%20Report.Global%20Health%20Crises%20Task%20Force.pdf>>.
- 153 Ibid, p 3.
- 154 <<https://www.who.int/ihr/procedures/health-security-national-action-plan/en/>>.
- 155 OMS, 'NAPHS for all: a country implementation guide for national action plan for health security (NAPHS)' (« NAPHS pour tous : guide de mise en œuvre par les pays du plan d'action national pour la sécurité sanitaire (NAPHS) »), 2019 <https://www.who.int/ihr/publications/country_implementation_guide_for_naphs/en/>.
- 156 OMS, « Cadre de gestion des risques liés aux situations d'urgence et aux catastrophes dans le contexte de la santé » 2019 <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/348822>>.
- 157 https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_IHR_2009.2/en/.
- 158 <https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_IHR_2009.4.4/en/>.
- 159 <https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_IHR_2009.3/en/>.
- 160 OMS, « IHR : Une brève introduction », p 8.
- 161 Ibid, pp 8 et 9.
- 162 Bartolini, p 233.
- 163 OMS, « Rapport annuel sur l'application du Règlement sanitaire international (2005) » A73/14 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_14-fr.pdf>.
- 164 Stefania Negri, « Contrôle des maladies transmissibles » dans le Manuel de recherche sur le droit de la santé mondiale de Gian Luca Burci et Brigit Toebes (Eds) (Edward Elgar, 2018).
- 165 L'absence de sanctions exécutoires a été décrite par le Comité d'examen de la grippe H1N1 comme « la plus importante lacune structurelle du RSI... Par exemple, si un pays n'explique pas pourquoi il a adopté des mesures plus restrictives en matière de trafic et de commerce que celles recommandées par l'OMS, aucune conséquence juridique ne s'ensuit » : Comité d'examen de la grippe H1N1, paragraphe 24.
- 166 L'OMS a déjà mis en place un comité d'examen et un groupe indépendant pour la préparation et la réponse aux pandémies afin d'évaluer la réponse mondiale au COVID-19 : voir la résolution WHA73.1 de l'Assemblée mondiale de la santé, (73e session, 19 mai 2020) <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-fr.pdf> ; et voir « Le Comité d'examen du fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) pendant la riposte à la COVID-19 » <<https://www.who.int/teams/ihr/ihr-review-committees/covid-19>> ; et « L'annonce de la conduite d'une évaluation indépendante de la riposte mondiale à la COVID-19 », (OMS, 9 juillet 2020) ; <<https://www.who.int/fr/news/item/09-07-2020-independent-evaluation-of-global-covid-19-response-announced>>.
- 167 Le manque de moyens financiers, y compris l'absence d'un régime de financement international ou la capacité d'offrir aux États des incitations à mettre en œuvre le RSI, a également été cité comme un facteur expliquant les difficultés des États à mettre en œuvre le RSI. Cependant, comme les recensements USP n'ont pas abordé cette question, le rapport n'a pas examiné en détail le financement des mesures d'application.
- 168 Voir la section 3.3.5. Notes de fin de page | 163
- 169 Bartolini, p 239 -240.

- 170 En 2018, 191 États ont soumis des rapports. Pour 2019, le nombre est tombé à 166 (soit 84 %), mais cela peut être dû à l'impact de la pandémie de COVID-19 : voir OMS, Rapport annuel sur l'application du Règlement sanitaire international (2005) (Rapport annuel 2020 sur le RSI), 12 mai 2020 A73/14, paragraphe 9 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_14-fr.pdf>.
- 171 Bartolini, p 244.
- 172 Ibid, p 247 ; et voir Conseil mondial de suivi de la préparation, Un Monde en Désordre, p 43.
- 173 Voir, par exemple, JH Ausubel et DG Victor, « Vérification des accords internationaux » Examen annuel de l'énergie et de l'environnement 17 : 1-43 1992 Rockefeller University <<https://phe.rockefeller.edu/publication/verification-international-environmental-agreements/>>.
- 174 La Convention internationale pour la sauvegarde de la vie humaine en mer de 1974, 1184 UNTS 3 ; la Convention internationale pour la prévention de la pollution par les navires de 1973/1978, 1340 UNTS 16 ; la Convention internationale sur le jaugeage des navires de 1969, 1291 UNTS 3 ; la Convention internationale sur les lignes de charge de 1966, 640 UNTS 133 ; la Convention internationale sur les normes de formation des gens de mer, de délivrance des brevets et de veille de 1978, 1361 UNTS 2 ; et le Règlement international pour prévenir les abordages en mer de 1972, 1050 UNTS 16.
- 175 III Code, Préambule.
- 176 OMI, Manuel de l'auditeur pour le système d'audit des États membres de l'OMI, section 12.
- 177 Bartolini, p 247.
- 178 Résolution 3 de la 33e Conférence internationale, paragraphe 3(2) et (3).
- 179 Recensement des décrets d'urgence en Argentine, Q1.
- 180 Code IMO III, paragraphe 3
- 181 Voir, par exemple, FICR et PNUD, 'The Handbook on Law and Disaster Risk Reduction' (« Le manuel sur le droit et la réduction des risques de catastrophe »), 2015, p 21 <<https://disasterlaw.ifrc.org/media/1349>>.
- 182 Résolution 3(2) de la 33e Conférence internationale.
- 183 Recensement USP Sri Lanka, Q1.
- 184 Recensement USP Nigeria, QIV.1.
- 185 Recensement USP Sierra Leone, Q1 et Q7.
- 186 Bartolini, p 247.
- 187 OMI, Manuel de l'auditeur pour le système d'audit des États membres de l'OMI, section 12.
- 188 Par exemple, la Convention internationale pour la sauvegarde de la vie humaine en mer exige que « les parties communiquent au Secrétaire général de l'OMI et déposent auprès de lui le texte des lois, décrets, ordonnances et règlements et autres instruments qui ont été promulgués sur les diverses questions relevant du champ d'application de [la Convention] ». Protocole de 1988 relatif à la Convention internationale pour la sauvegarde de la vie humaine en mer, article III. D'autres conventions maritimes contiennent des dispositions similaires : voir, par exemple, la Convention internationale pour la prévention de la pollution par les navires, article 11(1)(b) et la Convention internationale sur les normes de formation des gens de mer, de délivrance des brevets et de veille, article III(1)(a). L'OMI permet aux États de télécharger leur législation maritime nationale dans les zones accessibles au public de son système mondial intégré d'information sur les transports maritimes <<https://gis.imo.org/Public/Default.aspx>>.
- 189 Voir Bartolini, p 248.
- 190 Voir <<https://www.worldbank.org/en/topic/pandemics/brief/pandemic-emergency-financing-facility>>.
- 191 Voir <<https://www.theglobalfund.org/fr/>>.
- 192 Voir <<https://www.gavi.org/fr/>>.
- 193 Voir <<https://cepi.net>>.
- 194 Voir, par exemple, <<https://www.imo.org/fr/OurWork/TechnicalCooperation>>.
- 195 <https://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_IHR_2009.3/en/>.
- 196 Voir <<https://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/WHO-Thematic-Platform-Health-EDRM-Research-Network-2018.pdf?ua=1>>.
- 197 Plate-forme thématique de l'OMS pour le réseau de recherche sur les urgences sanitaires et la gestion des risques de catastrophes (TPRN) : Rapport de la réunion d'experts de Kobe. Int. J. Environ. Res. Santé publique 2019, 16, 1232 <doi:10.3390/ijerph1607123>.
- 198 Un certain nombre de systèmes régionaux d'alerte précoce qui sont en place pour prévenir les catastrophes de manière plus générale peuvent également s'appliquer aux USP : par exemple, au sein de l'UE et de l'ANASE.
- 199 Recensement USP Brésil : Ordonnance n° 1865 du 10 août 2006. Voir OMS, Règlement sanitaire international (2005) : Boîte à outils pour la mise en œuvre de la législation nationale, p 136.
- 200 RSI, art 7(1). Le point focal national RSI doit agir conformément à l'instrument de décision RSI et notifier également à l'OMS toute mesure sanitaire mise en œuvre en réponse.
- 201 Recensement USP Suisse, Q12 ; art 80(3) Loi fédérale sur la lutte contre les maladies humaines transmissibles, 28 septembre 2012.
- 202 Cela peut être particulièrement vrai s'il existe un doute quant à la responsabilité. A titre d'exemple, Recensements USP a souligné le rôle contesté des gouvernements central et provinciaux dans la déclaration d'une USP.
- 203 Voir également le chapitre 4.
- 204 Recensement USP Australie : Loi sur la sécurité sanitaire nationale 2007 (Australie), section 19.
- 205 Pour une discussion générale de ces développements, voir S. Whitbourn, La « Protection du Savoir : Le concept évolutif de l'alerte précoce et les obligations des États d'informer du risque de catastrophe et d'avertir de la catastrophe », Manuel de Cambridge sur la réduction des risques de catastrophes et le droit international, Eds KLH Samuel, M Aronsson-Storrier and K Nakjavani Bookmiller (Cambridge University Press, 2019), pp131 -149.
- 206 Cadre de Sendai, paragraphe 18(g).
- 207 CDI, Projet d'articles sur la protection des personnes en cas de catastrophe et commentaires y relatifs , 2 mai au 10 juin et 4 juillet au 12 août 2016, A/71/10 <https://legal.un.org/ilc/texts/instruments/french/commentaries/6_3_2016.pdf>, projet d'art 9(1).
- 208 Ibid, commentaire sur le projet d'article 8.
- 209 Rapport sur la PRC, chapitre 4, p 67.
- 210 Ibid, p 77.
- 211 Ibid.
- 212 Ibid, p 29.
- 213 Ibid, p 33.
- 214 Ibid, p 37.
- 215 Ibid, p 37.

- 216 La manière de décrire les personnes impliquées dans la gestion des risques liés à la santé publique est un problème en soi. Une partie de la terminologie utilisée peut être perçue comme excluant certains groupes ou individus ou suggérant que ces groupes ou individus ont un rôle moindre que celui qu'ils devraient avoir. Cependant, on peut peut-être faire une distinction entre (1) ceux - généralement les autorités publiques - qui ont des devoirs spécifiques qui leur sont assignés, généralement dans la législation, et (2) ceux qui ne sont peut-être pas au cœur de la réponse, mais qui peuvent néanmoins apporter une contribution en fournissant un soutien, des ressources ou des conseils ou en représentant d'autres personnes qui peuvent être affectées. Compte tenu de cette distinction, le présent rapport utilise le terme « acteur » pour décrire les principales organisations susceptibles d'exercer des fonctions exécutives, tandis que les termes « partie prenante » ou « participant » sont utilisés pour décrire l'ensemble des personnes impliquées dans la gestion des risques liés à la santé publique.
- 217 Principes de Bangkok, Principe 1.
- 218 Ibid, principe 2.
- 219 Recensement USP Royaume-Uni, Q1. Voir, par exemple, en Angleterre et au Pays de Galles, le Public Health (Control of Diseases) Act 1984 <<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1984/22/contents>>. Le Royaume-Uni a cependant également dû adopter une loi d'urgence, la Coronavirus Act 2020, afin de combler certaines lacunes et d'accorder des pouvoirs accrus, mais cette loi peut toujours être décrite comme une loi sur la santé publique.
- 220 Ibid, Loi de 2004 relative aux urgences civiles (Royaume-Uni) <<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2004/36/contents>>.
- 221 Recensement USP Australie, Q2.1. Voir la loi sur la biosécurité de 2015 (Australie, Cth), la loi sur la sécurité sanitaire nationale de 2007 (Australie, Cth) ; la loi sur la santé publique et le bien-être de 2008 (Victoria) ; le règlement sur la santé publique et le bien-être de 2019 (Victoria) ; la loi sur la santé publique de 2010 (Nouvelle-Galles du Sud) ; le règlement sur la santé publique de 2012 (NSW).
- 222 Recensement USP Brésil, Q1 et Q12 et voir l'ordonnance 188 du 3 février 2020.
- 223 Ibid, décret n° 10.211 du 30 janvier 2020.
- 224 Recensement USP Libéria : Loi sur la santé publique telle que révisée (2019) (Libéria) <http://www.moh.gov.lr/wp-content/uploads/FINISHED-DRAFT-REVISED-PUBLIC-HEALTH-LAW-REPUBLIC-OF-LIBERIA-2019_Validation.pdf>.
- 225 Recensement USP Chine, Q1 et Q2.
- 226 Recensement USP République de Corée Q2.1 ; et voir la loi sur la quarantaine (loi n° 9846) (ROK) <http://elaw.klri.re.kr/eng_service/lawView.do?hseq=53531&lang=ENG> et la loi sur le contrôle et la prévention des maladies infectieuses (loi n° 17067) (ROK) <http://elaw.klri.re.kr/eng_service/lawView.do?hseq=53530&lang=ENG>.
- 227 Ibid : Loi-cadre sur la gestion des catastrophes et la sécurité (loi n° 15344) <http://elaw.klri.re.kr/eng_service/lawView.do?hseq=46614&lang=ENG>.
- 228 Recensement USP Sri Lanka, Q1 : par exemple, l'ordonnance sur la quarantaine de 1897, la Constitution du Sri Lanka, l'ordonnance sur la sécurité publique de 1947 et la loi sur la gestion des catastrophes de 1947.
- 229 Ibid : Loi n° 9 du 24 janvier 1979 en vertu de laquelle sont délivrées les mesures sanitaires (Colombie).
- 230 Recensement USP Colombie : Loi 1753 de 2015 (Colombie).
- 231 Ibid : Décret 1547 du 21 juin 1984 portant création du Fonds national des calamités et établissant les règles de son organisation et de son fonctionnement.
- 232 Ibid : Loi n° 1523 du 24 avril 2012 en vertu de laquelle est adoptée la politique nationale de gestion des risques de catastrophes et en vertu de laquelle est établi le système national de gestion des risques de catastrophes et d'autres dispositions (Colombie).
- 233 Ibid : Constitution de la Colombie <https://www.constituteproject.org/constitution/Colombia_2005.pdf>.
- 234 Recensement USP États-Unis, Q3.
- 235 Recensement USP Afrique du Sud : Loi 57 de 2002 sur la gestion des catastrophes (Afrique du Sud) <https://www.gov.za/sites/default/files/gcis_document/201409/a57-020.pdf>.
- 236 Recensement USP Honduras : Décret législatif n° 9-90E, « Loi relative aux urgences nationales » ('Ley de Contingencias Nacionales') (Honduras), 18 décembre 1990 ; décret législatif n° 217-93, « Loi relative aux urgences nationales » ('Ley de Contingencias Nacionales'), 13 octobre 1993, modifiant le décret législatif n° 9-90E (Honduras).
- 237 Ibid, Accord exécutif 032-2010, 30 juillet 2010 (Honduras).
- 238 Loi de 1993 sur la préparation aux catastrophes et la gestion des urgences (Jamaïque) <<https://moj.gov.jm/sites/default/files/laws/The%20Disaster%20Preparedness%20and%20Emergency%20Management%20Act.pdf>>.
- 239 Voir les Principes de Bangkok, Principe 7.
- 240 Recensement USP Tuvalu : Loi sur la santé publique 2008, s 2.
- 241 Il est entendu que le gouvernement indien a présenté un projet de loi sur la santé publique (prévention, contrôle et gestion des épidémies, modification des catastrophes par le bioterrorisme) en 2017 pour prendre des dispositions complètes, mais le projet de loi ne semble pas être devenu une loi. Voir Parikshit Goyal, « La loi sur les épidémies de 1897 a besoin d'une révision urgente », Hebdomadaire économique et politique Vol.55, N° 45, 7 novembre 2020 <<https://www.epw.in/node/157579/pdf>>.
- 242 Recensement du décret d'urgence ougandais : <https://www.kcca.go.ug/uDocs/public%20health%20act%20Chapter_281.pdf>.
- 243 Recensement du décret d'urgence de la Zambie : <<http://www.parliament.gov.zm/sites/default/files/documents/acts/Public%20Health%20Act.pdf>>. Nigeria>.
- 244 Recensement USP Nigeria : <<http://lawsofnigeria.placng.org/laws/Q2.pdf>>.
- 245 Recensement du décret d'urgence de la Grenade.
- 246 Recensement du décret d'urgence du Lesotho : Ordre de santé publique 1970 (Lesotho).
- 247 Recensement USP Libéria : Lois sur la santé publique 1976 (Libéria).
- 248 Recensement USP Singapour : Loi sur les maladies infectieuses (Singapour), s 2. Bien que la loi contienne une liste de maladies désastreuses spécifiées, elle inclut également « toute autre maladie qui est : (i) causée ou suspectée d'être causée par un micro-organisme ou tout agent pathogène ; (ii) capable ou suspectée d'être capable de se transmettre aux êtres humains par quelque moyen que ce soit ; et (iii) dont le directeur [des services médicaux] a des raisons de croire que, si elle n'est pas étudiée ou contrôlée, elle risque d'entraîner une épidémie de la maladie. »
- 249 Recensement USP République de Corée : Loi sur le contrôle et la prévention des maladies infectieuses (Corée), Art 2(5)
- 250 Recensement USP îles Marshall : Loi sur les mesures d'urgence de 1979 (Îles Marshall), s 1102 <http://www.vertic.org/media/National%20Legislation/Marshall_Islands/MH_Emergencies_Act.pdf>.
- 251 Recensement USP Australie : voir Loi de 1986 sur la gestion des urgences (Victoria) ; Loi de 1989 sur la gestion des urgences et des secours de l'État (NSW).
- 252 Recensement USP Iran, Q2.
- 253 UNDRR, 'Review of COVID-19 Disaster Risk Governance in Asia-Pacific: Towards Multi-Hazard and Multi-Sectoral Disaster Risk Reduction' (« Examen du document COVID-19 Gouvernance des risques de catastrophes en Asie-Pacifique : Vers une réduction des risques de catastrophes multirisques et multisectorielles »), 2020 <<https://www.undrr.org/publication/review-covid-19-disaster-risk-governance-asia-pacific-towards-multi-hazard-and-multi>>.
- 254 Glossaire en ligne de l'UNDRR <<https://www.undrr.org/terminology>> (disponible uniquement en anglais).
- 255 Centre pour le contrôle et la prévention des maladies (É.-U.) Zoonotic Diseases <<https://www.cdc.gov/onehealth/basics/zoonotic-diseases.html>>.

- 256 <<http://www.fao.org/3/al868e/al868e00.pdf>>.
- 257 Preneshni R Naicaker, 'The impact of climate change and other factors on zoonotic diseases' (« L'impact du changement climatique et d'autres facteurs sur les zoonoses »), Archives de microbiologie clinique, 2011 <<https://www.acmicrob.com/microbiology/the-impact-of-climate-change-and-other-factors-on-zoonotic-diseases.pdf>>.
- 258 Recensement USP États-Unis : North American Plan for Animal and Pandemic Influenza (Plan nord-américain pour la grippe animale et pandémique), 33-35, 2 avril 2012 <<https://www.phe.gov/Preparedness/international/Pages/napapi.aspx>>.
- 259 Recensement USP Royaume-Uni, Q2 : Loi sur la santé animale 1981 ss 29 and 30 ; et Loi sur la santé animale 2002 (Angleterre et Pays de Galles).
- 260 Recensement USP Libéria : Loi sur la santé publique (Liberia), chapitre 17.
- 261 Ibid : Loi sur la santé publique (Liberia), art. 17.3. Une personne focale est désignée pour remplir les fonctions de réglementation des zoonoses. Les mesures de réduction des risques comprennent des pouvoirs d'inspection des lieux où les zoonoses peuvent être hébergées.
- 262 Recensement USP en République de Corée fait exception à la règle : la principale législation en matière d'USP, la loi sur le contrôle et la prévention des maladies infectieuses, indique clairement, par son titre même, qu'elle concerne aussi bien la prévention que le contrôle de l'USP.
- 263 Bien que la coordination et la collaboration soient considérées ici comme un sujet distinct, elles sont étroitement liées et se recoupent avec les questions de leadership, de participation et de représentation abordées ailleurs.
- 264 Rapport sur la PRC, p33.
- 265 Recensement USP Colombie, Q5.
- 266 Recensement USP Afrique du Sud, Q 2,3,7 et 8.
- 267 Recensement USP Royaume-Uni, Q5-7.
- 268 Recensement USP EAU, Q7.
- 269 Recensement USP Bulgarie, Q7 et 8.
- 270 Recensement USP Sierra Leone, Q7
- 271 Recensement USP Royaume-Uni : Loi de 2002 relative aux urgences civiles (Règlement de 2005 sur les plans d'urgence) (Royaume-Uni).
- 272 Rapport sur la PRC, p 37.
- 273 Les recensements USP révèlent certaines variations dans la manière dont les rôles de leadership ont été identifiés : dans certains cas, il y avait une disposition expresse dans la législation ; dans d'autres, cela a été laissé aux plans, politiques ou orientations.
- 274 Recensement USP de la Nouvelle-Zélande : voir Loi de 2006 sur la préparation aux épidémies (Nouvelle-Zélande), s 5.
- 275 Recensement USP Congo.
- 276 Rapport sur la PRC, p36.
- 277 Recensement USP Brésil, Q5.
- 278 Recensement USP République de Corée, Q2.5.
- 279 Recensement USP Colombie, Q5.
- 280 Recensement USP Papouasie-Nouvelle-Guinée, Q3.
- 281 Recensement USP République de Corée, Q2.5(a) : L'indice de sécurité de la Corée pour les gouvernements locaux met les informations directement à la disposition des citoyens par le biais de cartes de sécurité publique accessibles sur Internet et via une application mobile. Il est conçu pour renforcer la sensibilisation des citoyens aux risques et fournir un service d'alarme avec des informations en temps réel grâce au GPS des appareils mobiles. Il comprend également une catégorie pour les risques de santé publique.
- 282 Recensement USP Liberia, Q5 et 6.
- 283 Voir, par exemple, le recensement USP Royaume-Uni. Au Royaume-Uni, l'accent est mis sur la planification au niveau du gouvernement local comme pierre angulaire de la GRC. Voir la loi relative aux urgences civiles de 2004 et les règlements de 2005 relatifs aux urgences civiles de 2004 (planification des urgences). Dans le cadre de ce système, les intervenants locaux, principalement les services d'urgence, mais aussi les autorités locales et les agences ayant une présence locale, sont soumis à l'obligation d'évaluer les risques et de préparer des plans d'urgence. Il est important de noter que les autorités sanitaires locales et les organismes représentant les médecins sont couverts par ces obligations et sont tenus de collaborer avec les autres intervenants par le biais de forums locaux sur la résilience (LRF).
- 284 Recensement USP Colombie, Q2.7 : Loi 1505 du 5 janvier 2012.
- 285 Ibid. Le système prévoit également des incitations au volontariat, comme l'octroi aux membres de prestations de sécurité sociale, de possibilités d'éducation et d'allocations pour les frais de subsistance.
- 286 Rapport sur la PRC, p 32.
- 287 Rapport sur la PRC, p 36.
- 288 Cible 3.d des ODD.
- 289 Le terme « aide sociale » est utilisé pour couvrir les soins fournis aux individus, qu'il s'agisse de personnes âgées, de personnes handicapées ou d'enfants. Elle peut être fournie de manière formelle par des organisations ou de manière informelle par des communautés, des familles ou des individus.
- 290 Conventions de Genève ; Statuts du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge adoptés par la 25e Conférence internationale de la Croix-Rouge à Genève en 1986, amendés en 1995 et 2006 ; Résolution 2 de la 30e Conférence internationale et Résolution 4 de la 31e Conférence internationale.
- 291 Les clauses d'objet de ce type de législation sont normalement formulées de manière à inclure l'exécution et l'assistance dans des travaux visant, par exemple, « l'amélioration de la santé et la prévention des maladies » ou, selon une formulation courante, « en cas de catastrophes ou de désastres publics, à fournir des secours aux victimes ».
- 292 Recensement du décret d'urgence en Haïti, Q2 ; et FICR, « Mise à jour #9 sur le plan des opérations de l'épidémie de COVID-19 », 2 avril 2020.
- 293 Recensement du décret d'urgence du Soudan, Q2.
- 294 Recensement du décret d'urgence de la Guinée, Q2.
- 295 Recensement du décret d'urgence de la Guinée, Q2.
- 296 Recensement du décret d'urgence du Soudan
- 297 Recensement du décret d'urgence des Bahamas, Q2
- 298 Recensement du décret d'urgence du Guatemala, Q2.
- 299 Recensement du décret d'urgence de la Zambie, Q2.
- 300 Recensement du décret d'urgence du Nigeria : voir art. 1(B)(3), Plan national d'intervention en cas de catastrophe (Agence nationale de gestion des urgences) (2002) (Nigeria) <<https://www.refworld.org/docid/5b3f83af4.html>>.
- 301 Recensement du décret d'urgence du Nigeria, Q2.

- 302 Cette section se concentre sur les écoles. Il convient de noter que dans de nombreux États, les universités et les collèges peuvent être touchés par une USP et que beaucoup l'ont été pendant la pandémie COVID-19. Cependant, il n'a pas été demandé aux recensements USP de faire un rapport sur ces institutions ou leurs étudiants.
- 303 Fin avril 2020, des écoles avaient dû fermer dans 190 pays, interrompant l'éducation d'environ 1,58 milliard d'élèves, soit un peu moins de 92 % du nombre total d'élèves et d'étudiants. Voir UNESCO, <<https://en.unesco.org/news/unesco-figures-show-two-thirds-academic-year-lost-average-worldwide-due-covid-19-school>>.
- 304 Rapport sur la PRC, p 66.
- 305 Le rapport sur les perspectives économiques mondiales du Fonds monétaire international publié en octobre 2020 commente, à propos de la pandémie de COVID-19, que « de nombreux pays ont pris ... des mesures budgétaires s'élevant à 11,7 billions de dollars pour contenir la pandémie et ses dommages à l'économie, ainsi que des mesures de la banque centrale s'élevant à plus de 7,5 billions de dollars. » FMI, World Economic Outlook, October 2020: A Long and Difficult Ascent (Perspectives de l'économie mondiale, octobre 2020 : Une ascension longue et difficile) <<https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2020/09/30/world-economic-outlook-october-2020>>. Le poids économique et social global de l'épidémie/pandémie d'Ebola de 2013 à 2016 a été estimé à 53,19 milliards de dollars. Voir Caroline Huber, Lyn Finelli, Warren Stevens, le poids économique et social de l'épidémie d'Ebola de 2014 en Afrique de l'Ouest, Le Journal des maladies infectieuses, Volume 218, Numéro Supplément_5, 15 décembre 2018, Pages S698-S704 <<https://doi.org/10.1093/infdis/jiy213>>. Voir également : Blogs de la Banque mondiale, Estimation du coût économique d'Ebola <<https://blogs.worldbank.org/developmenttalk/estimating-economic-cost-ebola>> et Centre américain de contrôle et de prévention des maladies, « Coût de l'épidémie d'Ebola » <<https://www.cdc.gov/vhf/ebola/pdf/cost-ebola-multipage-infographic.pdf>>. La Banque mondiale a estimé que la perte de PIB en 2003 pour les économies de Hong Kong, Singapour et Taïwan en raison du SRAS était de l'ordre de 13 milliards de dollars, soit 1,1 % du PIB. Le même rapport a estimé l'impact de l'épidémie de peste, beaucoup plus localisée, survenue à Surat, en Inde, en 1994, qui a entraîné une perte de 260 millions de dollars dans les échanges commerciaux, une perte d'exportations de 420 millions de dollars et des pertes économiques globales, y compris la perte de tourisme, de plus de 2 milliards de dollars. Voir le document de travail de recherche sur les politiques 4466 de la Banque mondiale, Milan Brahmabhatt, Arindam Dutta, « Sur les effets économiques du type SRAS pendant les épidémies de maladies infectieuses », janvier 2008, p 8 <<http://documents1.worldbank.org/curated/en/101511468028867410/pdf/wps4466.pdf>>.
- 306 Par exemple, au Royaume-Uni. Voir Recensement USP Royaume-Uni, Q6.
- 307 Rapport sur la PRC, p 36.
- 308 Voir, par exemple, le recensement USP Royaume-Uni, Q5. La structure anglaise des soins de santé comprend des ministères, un service de santé national autonome quasi-gouvernemental, des autorités locales, des groupes de mise en service clinique, des médecins généralistes et des prestataires de soins primaires, des trusts d'hôpitaux, de santé mentale, de soins communautaires et d'ambulances, des prestataires de soins de santé privés et des prestataires de soins sociaux publics et privés. Et voir Nuffield Trust : <<https://www.nuffieldtrust.org.uk/chart/the-structure-of-the-health-and-social-system-in-england>>.
- 309 Recensement USP Brésil, Q5.
- 310 Rapport sur la PRC, p 59.
- 311 Ibid, p 59.
- 312 Ibid, p 60.
- 313 Ibid, p 61.
- 314 Recensement USP Honduras, Q2 : Accord exécutif 032-2010, 30 juillet 2010 (Honduras).
- 315 Recensement USP en Nouvelle-Zélande, Q1.
- 316 Recensement USP en Suisse, Q1.
- 317 Recensement USP Royaume-Uni, Q5.
- 318 Recensement USP Singapour, Q13 : Constitution de la République de Singapour, Art 64A, tel qu'inséré par la Constitution de la République de Singapour (Amendment) Act 2020 (No 24 de 2020) ; <<https://sso.agc.gov.sg/Act/CONS1963#pr64A>>.
- 319 Rapport sur la PRC, p 63.
- 320 Ibid, p 66.
- 321 Liste de vérification PRC, point 3 et pp 18 et 19.
- 322 Recensement USP République de Corée : et, par exemple, Hyeonhee Shin, « L'exercice d'urgence organisé par la Corée du Sud en décembre a facilité le dépistage et le confinement du coronavirus », Reuters, 30 mars 2020 <<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-southkorea-drills-idUSKBN21H0BQ>>.
- 323 Le recensement USP Inde, par exemple, indique que les protections générales accordées au gouvernement indien en vertu de sa législation (empêchant en fait les poursuites judiciaires concernant les mesures prises en réponse à une PHE) ont suscité opposition et controverse, en particulier parce que l'imposition de quarantaines a été largement considérée comme une mesure portant atteinte aux droits fondamentaux de libre circulation. Il a également été noté que le confinement à l'échelle nationale a été annoncé avec peu de consultation ou de préavis, ce qui a donné l'impression que le gouvernement central avait effectivement contourné la procédure appropriée : voir recensement USP Inde, Q13.
- 324 Recensement USP Sierra Leone.
- 325 Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique (H1N1) 2009, 5 mai 2011, A64/10 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-fr.pdf?ua=1> ; Rapport du comité d'examen sur un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place de capacités nationales de santé publique et sur l'application du RSI, 16 janvier 2015, EB136/22 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB136/B136_22Add1-fr.pdf> ; Rapport du Comité d'examen du rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte, 13 mai 2016 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-fr.pdf?ua=1> ; Report of the Ebola Interim Assessment Panel, July 2015 (Rapport du Groupe d'évaluation intérimaire d'Ebola, juillet 2015) <<https://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/report-by-panel.pdf>>.
- 326 Voir Comité d'experts sur le SRAS, 'SARS in Hong Kong: From Experience to Action' (« SARS à Hong Kong : De l'expérience à l'action »), octobre 2003 <<https://www.coronavirus.gov.hk/eng/sars-expert-committee.html>> ; et « Rapport de la Commission indépendante SARS », décembre 2006, Ontario <http://www.archives.gov.on.ca/en/e_records/sars/report/index.html>.
- 327 Voir, par exemple, Bureau du Cabinet du Royaume-Uni, 'The 2009 Influenza Pandemic - An independent review of the UK response to the 2009 influenza pandemic' (« La pandémie de grippe 2009 - Un examen indépendant de la réponse du Royaume-Uni à la pandémie de grippe 2009 »), juillet 2010 <https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/61252/the2009influenzapandemic-review.pdf>.
- 328 OMS « Guide pour la conduite d'une revue intra-action (RIA) de la COVID-19 » (OMS, 23 juillet 2020) <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333419>>.
- 329 Rapport sur la PRC, chapitre 5, pp 79 - 91.
- 330 Ibid, p 80.
- 331 Ibid, p 79.
- 332 Voir, par exemple, Recensement USP Suisse, Q12 : Loi fédérale sur les principes statutaires pour les ordonnances du Conseil fédéral sur la lutte contre l'épidémie de COVID-19 et les ordonnances 1, 2, 3 sur les mesures de lutte contre le coronavirus (COVID-19) ; Recensement USP Mongolie, Q11 : Law of Mongolia on the Prevention and Fight against COVID-19 Coronavirus Infection and Minimising the Effect on Social Amendment Economic Development (Loi de Mongolie sur la prévention et la lutte contre l'infection par le coronavirus COVID-19 et la réduction des effets sur le développement économique et social) ; Recensement USP Royaume-Uni, Q11 : Coronavirus Act 2020 (Loi 2020 sur le coronavirus) ; et voir Q11 ou Q12 en général dans la plupart des autres Recensements.

- 333 Dans certains États, une déclaration formelle n'est pas toujours nécessaire pour déclencher les pouvoirs d'urgence pendant une USP. Dans ces pays, il peut suffire qu'un décideur soit convaincu de l'existence d'une USP ou qu'une USP réponde à certains critères préétablis.
- 334 Les exceptions signalées concernent la République de Corée et les Émirats arabes unis, bien que cela puisse refléter les différentes significations des « pouvoirs d'urgence » dans les États types.
- 335 Rapport sur la PRC, p 80.
- 336 On trouve un exemple dans le recensement USP aux États-Unis, dans la Loi de 1988 sur les secours en cas de catastrophe et l'aide d'urgence de Robert T Stafford (US).
- 337 Rapport sur la PRC, p 79.
- 338 Voir, par exemple, Institut Raoul Wallenberg, 'Pandemic preparedness and response: National COVID-19 Law and policy in human rights perspective' (« Préparation et réponse aux pandémies : Droit national et politique dans la perspective des droits de l'homme »), Projet de consultation, 28 janvier 2021, p 63 <<https://rwi.lu.se/wp-content/uploads/2021/01/Pandemic-preparedness-and-response-in-human-rights-perspective-final-report.pdf>> (Le rapport de l'Institut Wallenberg).
- 339 Ibid, p 63.
- 340 Rapport sur la PRC, p 83.
- 341 Ibid, p 90
- 342 Ibid, p 90
- 343 Recensement USP Brésil, Q7 : Décret n° 7.616 du 17 novembre 2011 (Brésil).
- 344 Recensement USP Singapour, Q3 : Loi sur les maladies infectieuses 1977 (Singapour), s 58.
- 345 Recensement USP Nouvelle-Zélande, Q3 : Loi sur la préparation aux épidémies 2006 (Nouvelle-Zélande), s 5
- 346 Recensement USP Vietnam, Q3 : Loi sur la prévention et le contrôle des maladies infectieuses 2007 (Vietnam), art 42.
- 347 Par exemple, les présidents au Liberia et en RD Congo ; le Conseil d'État en Chine.
- 348 Rapport sur la PRC, p 90.
- 349 Ibid.
- 350 Recensement USP Colombie, Q3 : Constitution de Colombie, art 215.
- 351 Recensement USP Nouvelle-Zélande, Q3 : Loi sur la préparation aux épidémies 2006 (Nouvelle-Zélande), s 5.
- 352 Recensement USP Papouasie-Nouvelle-Guinée, Q2 : Constitution de la PNG, s 228.
- 353 Rapport sur la PRC, p 89.
- 354 Recensement USP Colombie, Q1.4 : Loi 1523 du 24 avril 2012 Politique nationale de gestion des risques de catastrophes (Colombie).
- 355 Par exemple, Recensement USP Royaume-Uni Q1 : Santé publique (contrôle des maladies) 1984 (Angleterre et Pays de Galles), art. 45D.
- 356 Recensement USP Bulgarie, Q3 : Loi sur la santé (Bulgarie), art 63.
- 357 Recensement USP Singapour : Infectious Diseases Act (Loi sur les maladies infectieuses) (Chap. 137) (Singapour), s 17A <<https://sso.agc.gov.sg/Act/IDA1976#pr17A->>.
- 358 Rapport sur la PRC, p 81.
- 359 Les termes semblent avoir été utilisés de manière interchangeable dans les lois nationales, mais pas nécessairement de manière cohérente avec les définitions du droit international, en particulier dans le RSI. Une question à approfondir pourrait être de savoir s'il existe une différence matérielle ou si les distinctions d'usage peuvent avoir des conséquences juridiques substantielles.
- 360 Rapport sur la PRC, p 90
- 361 Les critères d'auto-isollement, en particulier de mise en quarantaine ou d'auto-isollement obligatoire, semblent varier considérablement. Certaines législations exigent qu'il y ait des motifs raisonnables de croire qu'une personne est infectée ; d'autres exigent des informations permettant de soupçonner qu'une personne est infectée ; dans d'autres cas, l'auto-isollement peut être imposé lorsqu'il y a des motifs raisonnables de croire qu'une personne a été en contact avec un individu infecté, tandis que dans d'autres cas, le seuil pour, en fait, l'assignation à résidence ou à l'hôtel peut être qu'un agent de la force publique soupçonne une personne d'être infectée ou d'avoir été récemment exposée au risque d'infection.
- 362 Voir, par exemple, Griffiths News 'A timeline of COVID 19 and Human Rights: Derogations in time of public emergency' (« Une chronologie de COVID 19 et des droits de l'homme : Dérogations en cas d'urgence publique »), Griffiths University, 5 mai 2020 <<https://news.griffith.edu.au/2020/05/05/a-timeline-of-covid-19-and-human-rights-derogations-in-time-of-public-emergency/>> ; Natasha Holcroft-Emmess, 'Coronavirus: States Derogating to Suspend Human Rights Obligations' (« Coronavirus : États qui dérogent à leurs obligations en matière de droits de l'homme pour les suspendre »), Oxford Human Rights Hub, 27 mars 2020 <<http://ohrh.law.ox.ac.uk/coronavirus-states-derogating-to-suspend-human-rights-obligations/>> ; Karima Bennouna, 'Lest We Should Sleep: COVID-19 and Human Rights' (« Lest We Should Sleep : COVID-19 et les droits de l'homme ») (American Journal of International Law, Vol 114, Issue 4) <<https://doi.org/10.1017/ajil.2020.68>> ; le rapport de l'Institut Wallenberg.
- 363 'OHCHR & Human Rights Committee Address Derogations During Covid-19' (« Le HCDH et le Comité des droits de l'homme se penchent sur les dérogations pendant le Covid-19 »), 29 avril 2020 <<https://ijrcenter.org/2020/04/29/ohchr-human-rights-committee-address-derogations-during-covid-19/>> ; et voir UN Doc. CCPR/C/128/2, 24 avril 2020.
- 364 Rapport de l'Institut Wallenberg, p 63.
- 365 Association américaine pour la Commission internationale de juristes, 'Syracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights' (« Principes de Syracuse sur les dispositions relatives à la prescription et à la dérogation dans le Pacte international relatif aux droits civils et politiques »), 1985 <<https://www.icj.org/wp-content/uploads/1984/07/Siracusa-principles-ICCPR-legal-submission-1985-eng.pdf>>.
- 366 Ibid, paragraphe 25.
- 367 Borrowdale v Director General of Health and Others [2020] NZHC 2090 <https://www.courtsofnz.govt.nz/assets/cases/Borrowdale-v-D-F-of-Health-V_1.pdf>.
- 368 Dolan v Secretary of Health and Social Care [2020] EWHC 1786 (Admin) <<https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/07/DolanJudgment-FINAL-003-1-1.pdf>>. Les tribunaux anglais se sont montrés moins enclins à rejeter les contestations des restrictions au culte religieux : voir The Queen (on the application of Hussain) v Secretary of Health and Social Care [2020] EWHC 1392 (Admin) <<https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/06/Transcript-of-Judgment-CO-1846-2020-Hussain-v-SS-for-Health-Social-Care.pdf>>.
- 369 Voir le Rapport sur la PRC, p 88.
- 370 Recensement USP RD Congo, Q3.
- 371 Recensement USP Papouasie-Nouvelle-Guinée, Q ; Constitution de la PNG, ss 238 et 239.
- 372 Recensement USP Nouvelle-Zélande : Loi sur la préparation aux épidémies 2006 (Nouvelle-Zélande), s 16
- 373 Les recensements en santé publique font peu mention des pouvoirs limités dans le temps. Cela peut s'expliquer par le fait que la législation sur les pandémies a été modifiée ou remplacée si fréquemment que les clauses d'expiration étaient souvent redondantes.

- 374 Association de droit international, 'Paris Minimum Standards of Human Rights Norms in a State of Emergency' (« Normes minimales de Paris en matière de droits de l'homme dans un état d'urgence »). Voir, par exemple, Richard B. Lillich, « Normes minimales de Paris en matière de droits de l'homme dans un état d'urgence » (1985) 79 Am.J.Intl.L.1072 <<https://doi.org/10.2307/2201848>>.
- 375 Recensement USP Inde, Q13.
- 376 L'inconvénient est qu'il n'est pas toujours facile de se référer aux posts Facebook ou Twitter s'il est nécessaire d'accéder aux détails des mesures juridiques adoptées, il reste donc une place pour un enregistrement plus formel des matériaux.
- 377 L'analyse de cette partie est basée sur les réponses fournies dans les Recensements des USP. Bien que les questions du recensement aient cherché à obtenir des informations sur tous les USP, la majorité des réponses sont orientées uniquement vers l'impact de la COVID-19. Cela signifie que l'analyse aussi est principalement basée sur - et enregistre - les lois et politiques adoptées par les États en réponse à la pandémie COVID-19. Il existe quelques exceptions, mais les recensements des USP fournissent donc des informations limitées sur les mesures qui ont pu être prises avant 2020. Pour cette raison, il convient d'être prudent avant de faire trop de généralisations sur l'ensemble des USP en se basant uniquement sur la pandémie COVID-19.
- 378 Rapport sur la PRC, chapitre 7.
- 379 Rapport sur la PRC, chapitre 8.
- 380 Rapport sur la PRC, chapitre 9.
- 381 Rapport sur la PRC, pp 104 - 105.
- 382 Recensement USP Inde, Q16.
- 383 Et ce, bien que le Comité d'urgence relevant du RSI ait initialement refusé de recommander de telles restrictions au motif que, de manière générale, les preuves avaient montré que la restriction de la circulation des personnes et des biens pendant les USP pouvait être inefficace, détourner des ressources d'autres interventions, interrompre l'aide et le soutien technique nécessaires, perturber les entreprises et avoir des effets négatifs sur les économies des pays touchés par les urgences. OMS, Comité d'urgence, Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) (Déclaration sur la deuxième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la flambée de nouveau coronavirus (2019-nCoV)), 30 janvier 2020 <<https://reliefweb.int/report/world/statement-second-meeting-international-health-regulations-2005-emergency-committee>>. Dans certaines circonstances spécifiques, cependant, il a été reconnu que les mesures qui restreignent la circulation des personnes peuvent s'avérer temporairement utiles, notamment dans des contextes où les capacités et les moyens de réponse sont limités, ou en cas de forte intensité de transmission parmi les populations vulnérables.
- 384 Recensement USP Honduras, Q14-17.
- 385 Voir, par exemple, Nature, 'What the data says about border closures and COVID spread' (« Ce que disent les données sur la fermeture des frontières et la propagation du COVID »), 22 décembre 2020 <<https://www.nature.com/articles/d41586-020-03605-6>>.
- 386 Recensement USP en Nouvelle-Zélande, Q15.
- 387 Recensement USP Liberia, Q14.
- 388 Recensement USP Australie, Q3.1.
- 389 Recensement USP Colombie, Q 12 et 14.
- 390 Recensement USP Colombie, Q14.
- 391 Recensement USP Liberia, Q14.
- 392 Recensement USP Sierra Leone, Q14.
- 393 OMS, 'Updated WHO recommendations for international traffic in relation to COVID-19 outbreak' (« Recommandations actualisées de l'OMS concernant le trafic international en rapport avec la flambée épidémique de COVID-19 »), 29 février 2020 <<https://www.who.int/news-room/articles-detail/updated-who-recommendations-for-international-traffic-in-relation-to-covid-19-outbreak>>.
- 394 Rapport sur la PRC, p 101.
- 395 OIM, Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières <<https://www.iom.int/fr/pacte-mondial-sur-les-migrations>>.
- 396 ICCPR, Art 12(2).
- 397 Ibid, art 12(4).
- 398 Voir le ministère britannique des transports, 'New international commitment to improve seafarers' rights' (« Nouvel engagement international pour améliorer les droits des gens de mer »), 9 juillet 2020, <<https://www.gov.uk/government/news/new-international-commitment-to-improve-seafarers-rights>>.
- 399 Recensement USP Sri Lanka, Q16.
- 400 'Australia's cap on arrivals during Covid pandemic may break international laws' (« Le plafond fixé par l'Australie pour les arrivées pendant la pandémie de Covid pourrait enfreindre les lois internationales »), The Guardian, Australie, 22 octobre 2020 <<https://www.theguardian.com/australia-news/2020/oct/22/australias-cap-on-arrivals-during-covid-pandemic-may-break-international-laws>>.
- 401 Recensement USP Australie : et voir la détermination 2020 de la biosécurité (urgence de biosécurité humaine) (Coronavirus humain à potentiel pandémique) (Exigences d'urgence d'interdiction de voyage à l'étranger).
- 402 Recensement USP Mongolie : la loi de la Mongolie sur la prévention et la lutte contre l'infection par le coronavirus (Covid-19) et la minimisation de l'effet sur le développement social et économique (29 avril 2020).
- 403 Recensement USP EAU et Sri Lanka.
- 404 Recensement USP Tadjikistan.
- 405 HCR, 'The COVID-19 Crisis: Key Protection Messages' (« La crise du COVID-19 : Messages clés de protection »), 31 mars 2020 <<https://data2.unhcr.org/en/documents/download/75555>>.
- 406 Ibid.
- 407 Recensement USP Australie, Q4.1.
- 408 Recensement USP Espagne, Q14.
- 409 Le refoulement est un acte d'un État qui a pour conséquence l'expulsion ou le refoulement d'un réfugié, de quelque manière que ce soit, vers les frontières de territoires où sa vie ou sa liberté serait menacée en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques : voir l'art 33(1) de la Convention des Nations unies relative au statut des réfugiés (Convention sur les réfugiés), 28 juillet 1951 <<https://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/StatusOfRefugees.aspx>>. L'obligation de non-refoulement découle également de la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (article 3) et de la Convention internationale pour la protection Notes de fin de page | 169 de toutes les personnes contre les disparitions forcées (article 16). De même, une obligation de non-refoulement a été inscrite dans le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (articles 6 et 7) et dans les dispositions correspondantes des traités régionaux relatifs aux droits de l'homme.
- 410 HCR, « La crise du COVID-19 : Messages clés de protection », p 2.
- 411 Recensement USP République de Corée : <<https://www.nocutnews.co.kr/news/5364399> ; <http://futurechosun.com/archives/46950>>.
- 412 Ibid : <<https://www.nocutnews.co.kr/news/5364399>> ; <http://www.hani.co.kr/arti/society/society_general/951608.html>.

- 413 Rapport sur la PRC, p. 18 et chapitre 8.
- 414 Recensement USP Mongolie, Q18.
- 415 Recensement USP Brésil, Q19.
- 416 Recensement USP Espagne, Q19 : Progressive Spain, 'Regions shelter homeless during coronavirus lockdown' (« Les régions abritent les sans-abri pendant l'isolement dû au coronavirus ») <<http://progressivespain.com/2020/03/24/regions-shelter-homeless-during-coronavirus-lockdown/>>.
- 417 Voir Kelly, J. et al. « L'équité en matière de logement pour l'équité en matière de santé : une approche basée sur les droits pour le contrôle de la fièvre de Lassa dans la Sierra Leone d'après-guerre », BMC Santé internationale et droits de l'homme, vol.
- 418 Recensement USP en Nouvelle-Zélande, Q20.
- 419 Recensement USP Australie, Q5.2 : 'Homes for Homeless Victorians During Pandemic and Beyond' (« Foyers pour les sans-abri victoriens durant la pandémie et au-delà »), <<https://www.premier.vic.gov.au/homes-homeless-victorians-during-pandemic-and-beyond>>.
- 420 Ibid : Together Home Program (Programme « Ensemble à la maison »), <https://www.coronavirus.dcj.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0006/783366/Together-Home-Program-fact-sheet.pdf>.
- 421 Recensement USP Honduras, Q19 & 24.
- 422 Recensement USP Espagne, Q19.
- 423 Recensement USP Corée, Q2.19 : <<https://www.japantimes.co.jp/opinion/2020/05/05/commentary/world-commentary/south-korea-stopped-covid-19-early/#.X0fHW8hKhPY>>.
- 424 Recensement USP Liberia, Q19 : <https://www.unicef.org/evaldatabase/files/Liberia_2010-001_LBR201001_Assessing_WASH_Package_Interventions_in_5_Counties.pdf>.
- 425 Ibid : <<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/MDR000050U6.pdf>> page 9.
- 426 Recensement USP Espagne, Q18
- 427 Recensement USP Colombie, Q18 : Décret 579 du 15 avril 2020.
- 428 Recensement USP Sri Lanka, Q18.
- 429 Recensement USP Honduras, Q18.
- 430 Recensement USP Colombie, Q18.
- 431 Voir, par exemple, le recensement USP Sierra Leone, Q18.
- 432 Rapport sur la PRC, p 111.
- 433 FICR, « Qu'est-ce qu'une catastrophe? » <<https://www.ifrc.org/fr/quest-ce-quune-catastrophe/>>. L'UNDRR définit la vulnérabilité comme « les conditions déterminées par des facteurs ou processus physiques, sociaux, économiques et environnementaux qui accroissent la susceptibilité d'une personne, d'une collectivité, d'un bien ou des systèmes à subir l'impact des aléas » UNDRR, Terminologie <<https://www.undrr.org/terminology/vulnerability>>. Dans la mesure où il existe une différence significative, la définition de la FICR est adoptée aux fins du présent rapport
- 434 Ibid.
- 435 Rapport sur la PRC, p. 18 et chapitre 9.
- 436 Ibid, p 18–19.
- 437 Rapport sur la PRC, pp 114 - 116, et 125 - 129.
- 438 Recensements USP en général, Q25
- 439 Recensement USP Brésil, Q23.
- 440 Ibid : Ordonnance 413, à partir du 13 mars 2020 et 419 à partir du 17 mars 2020.
- 441 Ibid : Loi 14.021.
- 442 Rapport sur la PRC, pp 120 - 122.
- 443 La définition des personnes handicapées utilisée dans la Charte pour l'inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire (para 1.3) est utilisée ici : « les personnes handicapées comprennent celles qui présentent des handicaps durables d'ordre physiques, psychosociaux, intellectuels ou sensoriels dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur accès et leur pleine et effective participation aux programmes humanitaires » : <<http://humanitariandisabilitycharter.org>>.
- 444 Dans le cas des personnes handicapées, la Charte pour l'intégration des personnes handicapées dans l'action humanitaire reconnaît que « les personnes handicapées sont affectées de manière disproportionnée dans les situations de risque et d'urgence humanitaire, et font face à de multiples obstacles pour accéder à la protection et à l'aide humanitaire, notamment aux secours et aux services de reconstruction. » (paragraphe 1.5). La Charte prévoit que « une action humanitaire efficace et respectueuse des principes humanitaires ne pourra être réalisée que si la préparation et les réponses humanitaires sont inclusives des personnes handicapées, conformément aux principes d'humanité et d'impartialité, et aux principes des droits humains de dignité inhérente, d'égalité et de non-discrimination... ». La Charte s'applique aux situations de risques, y compris les situations de conflits armés, de crises humanitaires et de catastrophes naturelles, et à toutes les phases de la réponse humanitaire - de la préparation et du déclenchement de la crise à la transition vers la reconstruction (paragraphe 1.1. et 1.4).
- 445 Recensement USP Brésil, Q24.
- 446 Recensement USP Espagne, Q25 : ENI CBC Med, « [TEC-MED] Le COVID-19 en Espagne : impact sur la population âgée » <<https://www.enicbcmmed.eu/fr/tec-med-covid-19-spain-impact-elderly-population>>.
- 447 Recensement USP Colombie, Q23 et 24 : Loi statutaire 1751 de 2015 (Ley Estatutaria 1751 de 2015), El Congreso de Colombia (16 février 2015), (disponible en espagnol) : <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf>.
- 448 Recensement USP Colombie, Q24.1 : Directives pour la prévention de l'infection par le COVID-19 et les soins de santé à l'intention des personnes handicapées, de leurs familles, des prestataires de soins aux personnes handicapées et des acteurs du secteur de la santé (Mar. 2020), (Disponible en espagnol) : <https://ccong.org.co/files/924_at_TEDS02%20-%20Minsalud.pdf>. Un exemple donné de mesures adoptées en conséquence est l'Institut national colombien des aveugles qui a traduit les mesures du COVID-19 en braille et a formulé des recommandations spécifiques, telles que la désinfection fréquente des boîtes de conserve, l'interdiction de toucher les mains ou les coudes des guides lorsqu'ils sont guidés, et le nettoyage régulier des pattes de leur chien guide. Alerte de l'ONU concernant la protection des personnes handicapées (La alerta de la ONU sobre la protección a personas con discapacidad), El Tiempo (16 avr. 2020), (Disponible en espagnol) : <<https://www.eltiempo.com/politica/onu-alerta-sobre-situacion-de-discapacitados-durante-pandemia-485112>>.
- 449 Voir le recensement USP Australie, Q6.6.
- 450 Recensement USP EAU, Q25 : <https://fcsa.gov.ae/en-us/Lists/D_Reports/Attachments/49/UAE%20Gov%20Initiatives%20to%20Combat%20Covid-19%20-%20En.pdf>.
- 451 Recensement USP Liberia, Q26.
- 452 Rapport sur la PRC, p 132.

- 453 Sphere, « Normes d'inclusion humanitaire pour les personnes âgées et les personnes handicapées », 2018 <<https://www.spherestandards.org/fr/resources/humanitarian-inclusion-standards-for-older-people-and-people-with-disabilities/>>.
- 454 Actualités de l'ONU, 'COVID-19 threatens global progress against malaria, warns UN health agency' (« Le COVID-19 menace les progrès mondiaux contre le paludisme, avertit l'agence de santé de l'ONU »), 30 novembre 2020 <<https://news.un.org/en/story/2020/11/1078752>>.
- 455 Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, article 12.
- 456 Recensement USP DR Congo, Q26 : Cellule d'Analyse en Sciences Sociales, « Soutien des sciences sociales face à la Covid-19 : Certains enseignements tirés 4 », 22 mai 2020 <<https://www.unicef.org/drcongo/media/4141/file/CASS-Brief4-barriers.pdf>>, Human Rights Watch, Ida Sawyer, « Ce que nous enseigne la lutte contre Ebola en RD Congo pour contenir le Covid-19 », 26 mars 2020, <<https://www.hrw.org/fr/news/2020/03/26/ce-que-nous-enseigne-la-lutte-contre-ebola-en-rd-congo-pour-contenir-le-covid-19>>. Les principaux obstacles étaient (1) la peur d'être envoyé dans un centre de traitement d'Ebola : un manque de compréhension des symptômes d'Ebola a conduit à une croyance répandue selon laquelle, quel que soit le statut d'infection, tous les symptômes seraient diagnostiqués comme Ebola, et tous les individus malades seraient transférés dans un centre, même ceux qui n'ont qu'une légère fièvre ; (2) une méfiance à l'égard du personnel de santé : cette méfiance était souvent liée aux salaires perçus comme élevés du personnel de santé et à la croyance qu'ils recevaient des paiements pour transférer les patients vers les centres et, par conséquent, qu'ils trahissaient leur communauté ; et (3) une diminution perceptible des services de santé.
- 457 Rapport sur la PRC, p15.
- 458 Recensement USP Honduras, Q26.
- 459 Organisation internationale du travail, 'COVID-19: impact could cause equivalent of 195 million job losses, says ILO chief' (« COVID-19 : l'impact pourrait causer l'équivalent de 195 millions de pertes d'emplois, selon le chef de l'OIT »), <<https://news.un.org/en/story/2020/04/1061322>>.
- 460 Ibid.
- 461 The Socio-Economic Impacts of Ebola in Liberia (Les impacts socio-économiques d'Ebola au Liberia), Banque mondiale, 2015 <<https://www.worldbank.org/en/topic/poverty/publication/socio-economic-impacts-ebola-liberia>>.
- 462 PNUD, en partenariat avec la FICR, 'A Socio-Economic Impact Assessment of the Zika Virus in Latin America and the Caribbean: with a focus on Brazil, Colombia and Suriname' (« Une évaluation de l'impact socio-économique du virus. Zika en Amérique latine et dans les Caraïbes : avec un accent sur le Brésil, la Colombie et le Suriname »), avril 2017 <<https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/a-socio-economic-impact-assessment-of-the-zika-virus-in-latin-am.html>>.
- 463 Voir les questions 18 à 21 dans la plupart des Recensements USP.
- 464 <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/publication/documents/2020-05/liberia_report_0.pdf>, page 5.
- 465 Banque mondiale, 'Social Protection and Jobs Responses to COVID-19: A Real-Time Review of Country Measures' (« Protection sociale et réponses pour l'emploi face à la COVID-19 : Un examen en temps réel des mesures nationales »), 22 mai 2020 <<http://documents1.worldbank.org/curated/en/127921590528612831/pdf/Social-Protection-and-Jobs-Responses-to-COVID-19-A-Real-Time-Review-of-Country-Measures-May-22-2020.pdf>>.
- 466 Organisation internationale du travail, 'ILO Monitor: COVID-19 and the World of Work, 4th Edition, Updated Estimates and Analysis' (« ILO Monitor : COVID-19 et le monde du travail, 4e édition, Estimations et analyses actualisées »), 27 mai 2020 <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-dgreports/-dcomm/documents/briefingnote/wcms_745963.pdf>.
- 467 Voir, par exemple, l'USP de la République de Corée, Q2.20
- 468 Dans l'État de Victoria, en Australie, une enquête menée auprès de praticiens intervenant auprès de femmes victimes de violence a révélé que 59 % d'entre eux ont signalé une augmentation de la fréquence et 50 % une augmentation de la gravité de la violence à l'égard des femmes en raison de COVID-19 (Recensement USP Australie Q6.5). En Colombie, la Ligne 155 (Linea 155), un service d'assistance téléphonique national, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, institué par le gouvernement pour les femmes victimes de violence domestique, a signalé un triplement du nombre d'appels concernant la violence à l'égard des enfants : voir Recensement USP Colombie, Q22. À New York, les signalements de violences domestiques ont augmenté de 30 % par rapport à 2019 ; et en Espagne, les appels à la ligne d'assistance gouvernementale pour les personnes victimes de violences domestiques ont augmenté de 12,4 %, avec une augmentation de 270 % des visites sur le site web de la ligne d'assistance et une augmentation de 11,6 % de la proportion d'enfants signalant des violences à la maison. Au Tadjikistan, les demandes adressées au centre de crise de Gulrukshor pour les femmes victimes de violences domestiques ont été multipliées par trois. En RD Congo, le HCR a enregistré 4 463 violations des droits de l'homme en mars 2020, contre 2 236 violations en février 2020. Ce chiffre inclut 952 cas de VSBG en mars, contre 714 en février : voir HCR, 'Update on Covid-19 Response: Democratic Republic of the Congo' (« Mise à jour sur la réponse au Covid-19 : République démocratique du Congo »), juillet 2020, <<https://data2.unhcr.org/en/documents/details/77850>>.
- 469 Recensement USP Colombie : <<https://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/Normatividad1/ActosAdministrativos/Decretos/2020/DECRETO%20460%20DEL%2022%20DE%20MARZO%20DE%202020.pdf>>.
- 470 Ibid : <<https://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/Normatividad1/ActosAdministrativos/Decretos/2020/DECRETO%20460%20DEL%2022%20DE%20MARZO%20DE%202020.pdf>>.
- 471 Recensement USP Brésil, Q22
- 472 Recensement USP Mongolie, Q23.
- 473 Règlement 2020 sur la protection de la santé (coronavirus, restrictions) (Angleterre), règlement 6 (recensement USP Royaume-Uni, Q28).
- 474 Recensement USP Sierra Leone, Q24 : <<https://planipolis.iiep.unesco.org/sites/planipolis/files/ressources/sierra-leone-covid19-education-response-plan.pdf>>.
- 475 Rapport sur la PRC, p 116 - 117 et 129.
- 476 UNESCO, COVID-19 Impact on Education.
- 477 Recensement de la santé publique en Sierra Leone Q24 et 25.
- 478 Recensement USP RD Congo, Q25.
- 479 Recensement USP Brésil, Q25.
- 480 Recensement USP Mongolie, Q27 : Article 1, Résolution numéro 139, Mesures à mettre en œuvre dans le secteur de l'éducation pour la prévention de l'infection à Coronavirus (Covid-19).
- 481 Recensement USP Honduras, Q25 : Agencia EFE, « La mitad de los alumnos en Honduras sin clases por COVID-19 están rezagado » (La moitié des élèves sans classe au Honduras sont laissés pour compte) <<https://www.efe.com/efe/america/sociedad/la-mitad-de-los-alumnos-en-honduras-sin-clases-por-covid-19-estan-rezagados/20000013-4236192>>.
- 482 Fortes de l'expérience de l'épidémie d'Ebola, les autorités libériennes ont lancé une initiative de radio scolaire. En RD Congo, le ministère de l'éducation a produit plusieurs publicités et messages radiophoniques et télévisés sur la prévention du COVID-19 et l'apprentissage à distance destinés aux étudiants et aux parents. Il a également fait la promotion d'un partenariat avec Vodacom pour la plateforme Internet VodaEduc. L'UNICEF a également lancé un appel sur les médias sociaux demandant aux organisations de partager leurs initiatives d'apprentissage à distance. Une douzaine d'organisations ont répondu, et certaines d'entre elles ont un contenu basé sur le programme scolaire congolais. L'UNICEF est en train de compiler ces initiatives d'apprentissage et son soutien financier est également destiné à faciliter la traduction et l'enregistrement de contenus supplémentaires pour les programmes d'apprentissage télévisés et radiophoniques.
- 483 Rapport sur la PRC, p 122.

- 484 Ibid, p 135.
- 485 Initiative pour les migrants dans les pays en crise, 'Guidelines to Protect Migrants in Countries Experiencing Conflict or Natural Disaster' « Directives pour protéger les migrants dans les pays en proie à un conflit ou à une catastrophe naturelle », 10 juin 2016 <<https://reliefweb.int/report/world/guidelines-protect-migrants-countries-experiencing-conflict-or-natural-disaster>>.
- 486 Recensement USP Tadjikistan, Q21.
- 487 Recensement USP Sierra Leone, Q22 : <https://archive.is/20110511054708/http://www.kambia.org.uk/information_about/sierra_leone.htm#selection-921.0-921.208>.
- 488 Le gouvernement sierra-léonais aurait lancé l'assurance maladie sociale de la Sierra Leone (SLeSHI) en 2018 pour améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136868/ccsbrief_sle_en.pdf?sessionid=1CA4D41723C5DC297EECC1F450C53667?sequence=1> ; et des services de soins de santé gratuits sont fournis dans les zones rurales par le biais du projet de l'Organisation internationale pour les migrations intitulé 'Strengthening Sierra Leonean National Health Care Capacity through Diaspora Engagement' (« Renforcer les capacités nationales de soins de santé de la Sierra Leone avec la participation de la diaspora ») <<https://www.iom.int/news/sierra-leone-diaspora-health-professionals-offer-free-medical-services-rural-communities>> (Recensement USP Sierra Leone, Q22).
- 489 Voir, par exemple, Recensement USP Royaume-Uni, Q22 : le règlement sur le service national de santé (frais pour les visiteurs d'outre-mer) (amendement) 2020 <<https://www.legislation.gov.uk/uksi/2020/59/contents/made>>.
- 490 Recensement USP Chine, Q21 : Voir <<https://clb.org.hk/content/china%E2%80%99s-social-security-system>>.
- 491 Recensement USP Liberia, Q21.
- 492 Recensement USP Espagne, Q22 : 492 Recensement USP Espagne, Q22 : décret-loi royal 7/2018 sur l'accès universel au système national de santé (« RDL 7/2018 »), du 27 juillet 2018, (espagnol) <https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2018-10752>.
- 493 Recensement USP Colombie, Q21 : En vertu de laquelle le système de sécurité sociale intégrale est créé et d'autres dispositions sont émises (Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones), 23 décembre 1993 <http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html>.
- 494 Ibid : « Migration et santé : le défi national à l'ère du coronavirus » (Migración y salud : el reto nacional en época de coronavirus), Pontificia Universidad Javeriana Colombia) (21 avril 2020) (Disponible en espagnol) : <<https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/migracion-y-salud-el-reto-nacional-en-epoca-de-coronavirus/>>.
- 495 Recensement USP République de Corée, Q21 : <<https://www.nocutnews.co.kr/news/5364399>>.
- 496 Recensement USP en Nouvelle-Zélande, Q23.
- 497 Recensement USP Colombie, Q21 : « La Colombie demande un soutien international pour prendre en charge les immigrants vénézuéliens pendant la pandémie » (Colombia pide apoyo internacional para atender migrantes venezolanos ante pandemia), 13 avril 2020 <<https://www.infobae.com/america/agencias/2020/04/13/colombia-pide-apoyo-internacional-para-atender-migrantes-venezolanos-ante-pandemia/>>.
- 498 Ibid : PNUD, 'Situation of migrants in Latin America within the COVID-19 context' (« Situation des migrants en Amérique latine dans le contexte du COVID-19 »), 19 mai 2020 <<https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/en/home/blog/2020/la-situacion-de-los-migrantes-en-america-latina-en-el-contexto-d.html>>.
- 499 Ibid : « La Colombie demande un soutien international pour prendre en charge les immigrants vénézuéliens pendant la pandémie » (Colombia pide apoyo internacional para atender migrantes venezolanos ante pandemia), infobae, 13 avr. 2020 <<https://www.infobae.com/america/agencias/2020/04/13/colombia-pide-apoyo-internacional-para-atender-migrantes-venezolanos-ante-pandemia/>>.
- 500 <<https://apnews.com/article/access-to-health-care-health-statutes-colombia-venezuela-7767509edf281a6e0b394d4b0b187eca>>.
- 501 Recensement USP Honduras, Q21.
- 502 Recensement USP New York, Q22.
- 503 Voir Recensement USP Colombie, Q16 et 17.
- 504 Recensement USP EAU, Q17.
- 505 Recensement USP Colombie, Q26.
- 506 Recensement USP EAU, Q17 : <https://fcsa.gov.ae/en-us/Lists/D_Reports/Attachments/49/UAE%20Gov%20Initiatives%20to%20Combat%20Covid-19%20-%20En.pdf>.
- 507 Recensement USP Australie, pp. 99
- 508 Recensement USP Brésil, Q 23 : Voir les ordonnances 413 du 13 mars 2020 et 419 du 17 mars 2020.
- 509 Recensement USP Australie : <<https://www.health.gov.au/committees-and-groups/aboriginal-and-torres-strait-islander-advisory-group-on-covid-19>>.
- 510 Ibid, Q6.10 : <<https://www.health.gov.au/resources/publications/australian-health-sector-emergency-response-plan-for-novel-coronavirus-covid-19>>.
- 511 Ce terme couvre un certain nombre d'acteurs et comprend : (a) le personnel d'urgence professionnel employé par l'État ou les autorités publiques - tels que les pompiers et les forces de police, mais dans le contexte des USP, principalement les travailleurs des services de santé tels que le personnel ambulancier et paramédical, (b) les intervenants communautaires bénévoles ; ainsi que (c) les sociétés nationales de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge et autres personnels humanitaires nationaux réputés, qu'ils soient professionnels ou bénévoles.
- 512 Lignes directrices IDRL : <https://disasterlaw.ifrc.org/media/1327?language_content_entity=fr>.
- 513 73e Assemblée mondiale de la santé, Réponse COVID-19, 19 mai 2020, WHA73.1 <https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-fr.pdf>.
- 514 Recensement Décret d'urgence Colombie, Q3 et voir le décret 531 du 8 avril 2020.
- 515 Recensement du décret d'urgence du Venezuela, Q2.
- 516 Al-Tammemi, AB, 'The Battle Against COVID-19 in Jordan: an Early Overview of the Jordanian Experience' (« La lutte contre le COVID-19 en Jordanie : un premier aperçu de l'expérience jordanienne »), Frontiers in Public Health, May7, 2020 <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00188/full>>.
- 517 Recensement du décret d'urgence du Kenya, Q4.
- 518 Ibid, Q4.
- 519 Recensement des décrets d'urgence en Afrique du Sud, Q4.
- 520 Stier, D, 'Mutual Aid Agreements: Essential Legal Tools For Public Health Preparedness and Response' (« Accords d'aide mutuelle : Outils juridiques essentiels pour la préparation et l'intervention en matière de santé publique »), Am J Public Health. 2007 Avr, 97(Suppl 1) <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1854975/>>.
- 521 D'autres exemples incluent les Bahamas, la Jamaïque et le Guatemala.
- 522 Voir le recensement du décret d'urgence aux Philippines.
- 523 Voir, par exemple, le recensement du décret d'urgence au Ghana, Q4.
- 524 Voir, par exemple, le recensement du décret d'urgence à Antigua, Q6.
- 525 Voir, par exemple, Afrique du Sud, Q4.
- 526 Voir, par exemple, Afrique du Sud, Q4.

- 527 Recensement des décrets d'urgence en Colombie, Q4.
- 528 Recensement des décrets d'urgence en Colombie, Q4.
- 529 Réponses de l'OCDE au coronavirus (COVID-19) 'No policy maker is an island: The international regulatory co-operation response to the COVID-19 crisis' (« Aucun décideur n'est une île : La réponse de la coopération réglementaire internationale à la crise du COVID-19 ») (8 juin 2020) <<http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/no-policy-maker-is-an-island-the-international-regulatory-co-operation-response-to-the-covid-19-crisis-3011ccd0/>>.
- 530 Au moment de la mise en correspondance des décrets d'urgence, le Mexique, le Zimbabwe et le Royaume-Uni, par exemple, ne semblent pas avoir adopté d'interdictions liées à COVID-19.
- 531 L'un des avantages des restrictions imposées aux travailleurs internationaux est qu'elles ont forcé les agences à permettre un plus grand leadership des acteurs locaux, répondant ainsi (involontairement) aux plaintes antérieures selon lesquelles le volume excessif de déploiements internationaux déplaçait et marginalisait les intervenants locaux. Néanmoins, les interdictions générales ne sont pas la meilleure façon d'atteindre ce résultat, car elles ont également bloqué certaines compétences et certains biens qui étaient vraiment nécessaires. Voir, par exemple, 'Pacific National Societies respond to Cyclone Harold in the time of COVID-19' (« Les Sociétés nationales du Pacifique de la FICR répondent au cyclone Harold durant la période de la COVID-19 »), 29 avril 2020 <<https://www.ifrc.org/article/pacific-national-societies-respond-cyclone-harold-time-covid-19>>; et Croix-Rouge australienne, Groupe consultatif sur l'aide humanitaire et Institut pour la sécurité humaine et le changement social Université La Trobe, 'A Window of Opportunity: Learning from COVID-19 to Progress Locally Led Response and Development Think Piece' (« Une fenêtre d'opportunité : Tirer les leçons de COVID-19 pour faire progresser la réponse et le développement au niveau local - Document de réflexion »), novembre 2020 <<https://humanitarianadvisorygroup.org/wp-content/uploads/2020/12/A-Window-of-Opportunity-COVID-think-piece-24-November-2020.pdf>>.
- 532 Recensement du décret d'urgence de la Guinée, Q3.
- 533 Recensement du décret d'urgence du Soudan, Q3.
- 534 Recensement du décret d'urgence de l'Ouganda, Q3 : Règlement d'interdiction COVID-19 2020 (Ouganda), Règlement. 3(a) ; Recensement du décret d'urgence de l'Angola, Q3. Cela peut toutefois avoir été en vertu de règles plus génériques pour l'entrée et le mouvement du personnel de l'ONU, par exemple, sur la base de la Convention de 1946 sur les privilèges et immunités des Nations Unies.
- 535 Recensement du décret d'urgence des Pays-Bas, Q3.
- 536 Recensement du décret d'urgence du Nigeria, Q3.
- 537 BDO en Australie, 'Travel Exemptions – COVID-19 Border Measures' (« Exemptions de voyage - Mesures aux frontières COVID-19 »), 27 juillet 2020 <www.bdo.com.au/en-au/insights/migration-services/articles/travel-exemptions-covid-19-border-measures>.
- 538 Pologne, Recensement des décrets d'urgence, Q3.
- 539 Recensement des décrets d'urgence au Cambodge, en Thaïlande et en Haïti, Q3.
- 540 Voir, par exemple, 'IFRC Pacific National Societies respond to Cyclone Harold in the Time of COVID-19' (« Les Sociétés nationales du Pacifique de la FICR répondent au cyclone Harold durant la période de la COVID-19 »), 29 avril 2020 <<https://www.ifrc.org/article/pacific-national-societies-respond-cyclone-harold-time-covid-19>>.
- 541 Recensement du décret d'urgence du Myanmar, Q3.
- 542 Recensement du décret d'urgence du Kenya, Q3.
- 543 Recensement du décret d'urgence de la République de Corée, Q1.3.
- 544 Lignes directrices IDRL, paragraphe 16.
- 545 Recensement des décrets d'urgence en Indonésie, Q3.
- 546 Recensement des décrets d'urgence en Inde, Q3.
- 547 Lignes directrices relatives à l'aide d'urgence de l'Union européenne en matière de coopération transfrontalière dans le domaine des soins de santé en liaison avec la crise COVID-19, Commission européenne, avril 2020 <[https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020XC0403\(02\)&from=FR](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020XC0403(02)&from=FR)>.
- 548 Organisation mondiale de la Santé, Joint External Evaluation of IHR Core Capacities of the Swiss Confederation and The Principality of Liechtenstein (Évaluation externe conjointe des capacités de base du RSI de la Confédération suisse et de la Principauté du Liechtenstein) (novembre 2017) <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274958/WHO-WHE-CPI-2018.26-eng.pdf?ua=1>>.
- 549 Organisation mondiale de la Santé, Joint External Evaluation of IHR Core Capacities of the Republic of Armenia (Évaluation externe conjointe des capacités essentielles du RSI de la République d'Arménie) (août 2016). <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254745/WHO-WHE-CPI-2017.14-eng.pdf?sequence=1>>.
- 550 Directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.
- 551 Commission européenne, 'Internal Market, Industry, Entrepreneurship, and SMEs: Recognition of professional qualifications in practice' (« Marché intérieur, industrie, entrepreneuriat et PME : Reconnaissance des qualifications professionnelles dans la pratique ») <https://ec.europa.eu/growth/single-market/services/free-movement-professionals/qualifications-recognition_en>.
- 552 Voir Institut de médecine des académies nationales, « Normes de soins en cas de crise : un cadre systémique pour l'intervention en cas de catastrophe » (The National Academies Press, 2012), p. 57.
- 553 'U.S. States and Territories Modifying Licensure Requirements for Physicians in Response to COVID-19' (« États et territoires modifiant les exigences relatives à l'autorisation d'exercer pour les médecins en réponse à COVID-19 »), 26 mai 2020 <<https://www.fsmb.org/siteassets/advocacy/pdf/state-emergency-declarations-licensure-requirements-covid-19.pdf>>.
- 554 Recensement des décrets d'urgence en Afrique du Sud, Q3.
- 555 Recensement du décret d'urgence du Rwanda, Q3.
- 556 Recensement des décrets d'urgence de la Colombie et du Pérou, Q3.
- 557 Des instruments régionaux ou bilatéraux plus génériques, non inclus dans le recensement du décret d'urgence, peuvent également avoir permis des arrangements plus flexibles pour la fourniture, le transit ou la réception de biens et d'équipements.
- 558 Organisation mondiale du commerce, « La COVID-19 et le commerce mondial », 2020 <https://www.wto.org/french/tratop_f/covid19_f/covid19_f.htm#:~:text=La%20pand%C3%A9mie%20de%20COVID%2D19,mondiale%20et%20le%20commerce%20international.>.
- 559 Ibid. Notes de fin de page | 173
- 560 Règlement d'exécution (UE) 2020/568 de la Commission du 23 avril 2020 soumettant l'exportation de certains produits à la présentation d'une autorisation d'exportation : <<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1587740775954&uri=CELEX:32020R0568>>.
- 561 CNUCED, 'How Countries Can Leverage Trade Facilitation to Defeat the COVID-19 Pandemic' (« Comment les pays peuvent tirer parti de la facilitation des échanges pour vaincre la pandémie de COVID-19 »), <https://unctad.org/en/PublicationsLibrary/dtinf2020d2_en.pdf>.
- 562 Voir, par exemple, 'Reference Guide: Worldwide Export Controls on Face Masks and Other Medical Personal Protective Equipment' (« Guide de référence Arent Fox: Contrôles des exportations mondiales de masques et autres équipements médicaux de protection individuelle ») <<https://www.arentfox.com/perspectives/alerts/reference-guide-worldwide-export-controls-face-masks-and-other-medical-personal>>.
- 563 COVID-19 – Mises à jour de l'OMD <<http://www.wcoomd.org/fr/topics/facilitation/activities-and-programmes/natural-disaster/coronavirus.aspx>>.

- 564 Lignes directrices IDRL, paragraphe 21 ; Liste de vérification PRC, question 6.
- 565 KPMG, 'Democratic Republic of Congo (DRC): Tax developments in response to Covid-19' (« République Démocratique du Congo (RDC): Évolution de la fiscalité en réponse à Covid-19 »), 3 avril 2020 <<https://home.kpmg/xx/en/home/insights/2020/04/democratic-republic-of-congo-tax-developments-in-response-to-Covid-19.html>>.
- 566 Recensement du décret d'urgence de Singapour.
- 567 Recensement du décret d'urgence chinois, Q5.
- 568 Recensement du décret d'urgence du Venezuela, Q4.



La Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) est le plus grand réseau humanitaire du monde, avec **192 Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge** et environ **14 millions de bénévoles**. Nos bénévoles sont présents dans les communautés avant, pendant et après une crise ou une catastrophe. Nous travaillons dans les environnements les plus difficiles à atteindre et les plus complexes du monde, sauvant des vies et promouvant la dignité humaine. Nous aidons les communautés à devenir des milieux plus forts et plus résilients où les gens peuvent vivre en sécurité, en bonne santé, et avoir la possibilité de s'épanouir.