

L'UNION AFRICAINE ET LA LUTTE CONTRE LES PANDÉMIES EN AFRIQUE : DU VIH/SIDA AU COVID-19*

Introduction

MUTOY MUBIALA,
Professeur associé de
droit international
à l'Université de
Kinshasa, consultant
et ancien fonctionnaire
(retraité) de l'ONU.
luc.mubiala@gmail.com

D'emblée, il convient de mentionner que les pandémies sont des épidémies de grande ampleur. Durant des décennies, l'Afrique a été frappée par plusieurs pandémies. Parmi celles-ci, signalons, en particulier, le paludisme, le VIH-Sida, la tuberculose et les infections associées, la maladie à virus Ebola (MVE) et le nouveau coronavirus (COVID-19). Ces pandémies comportent un coût humain et économique élevé pour le continent africain. À titre d'exemple, un rapport récent de la Commission africaine pour les droits de l'homme et des peuples établi en 2017, avec l'appui du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/Sida (ONUSIDA), mentionne qu'en 2016, le nombre total des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH) en Afrique était estimé à 25,3 millions, soit 70% du total mondial (36,7 millions). De même, d'après la même source, l'épidémie avait causé le décès de 700,000 personnes au cours de cette année-là.²

Pour sa part, l'épidémie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest n'a pas eu seulement un coût humain élevé avec plus de 11,296 personnes sur les 28,082 atteintes par la MVE décédées, selon un rapport de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO)³, mais elle a eu des implications négatives sur plusieurs plans : sécuritaire (risque de déstructuration (*collapse*) des États touchés),

* Cet article est la version révisée et actualisée d'une communication que j'ai faite au Colloque annuel de la Société française pour le droit international (SFDI), organisé à l'Université de Rennes 1, les 31 mai et 1^{er} juin 2018, sur le thème : « Droit international et santé ».

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

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

juridique (violations des droits de l'homme) et économique (recul du commerce et menace au processus de l'intégration régionale)⁴.

De manière générale, la réponse apportée aux pandémies a toujours bénéficié largement de l'appui des agences et programmes des Nations Unies opérant dans le domaine sanitaire, tout particulièrement l'Organisation mondiale de la santé (OMS ou *WHO* en sigle anglais), qui dispose d'un Bureau régional pour l'Afrique, à Brazzaville. Il convient, toutefois, de mentionner que les organisations régionales africaines ne sont pas restées les bras croisés dans ce contexte. En plus du plaidoyer mené au sein des organisations relevant du système des Nations Unies, elles ont-elles-mêmes aussi développé une action normative et opérationnelle en matière sanitaire au plan régional africain et établi des institutions de coopération dans ce domaine. À la lumière de ce qui précède, cette étude examine et évalue l'action de l'Union africaine (UA ou *AU* en sigle anglais) dans la prévention et la lutte contre les pandémies en Afrique, à la lumière des implications du tout nouveau Centre africain de contrôle et de prévention des maladies de l'UA (CDC-Afrique) dans les crises sanitaires récentes, dont celle liée au coronavirus (COVID-19).

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

Avant la création de l'Union africaine (UA ou *AU* en sigle anglais) en 2000, l'Organisation de l'Unité africaine (OUA) qui l'a précédée s'est préoccupée de la question de la lutte contre les pandémies. Dans le cadre de son action normative, l'OUA a adopté, le 4 juin 1997, à Harare (Zimbabwe), la Déclaration sur la prévention de la lutte contre le paludisme dans le cadre de la relance économique et du développement de l'Afrique et l'Initiative africaine de lutte contre le paludisme au 21^{ème} siècle. C'est de cette Initiative qu'est né, en 1998, le projet « Faire reculer le paludisme en Afrique », approuvé par les chefs d'État et de gouvernement africains au sommet d'Abuja (Nigéria) du 25 avril 2000. Dans la Déclaration et le Plan d'action qu'ils ont adoptés à cette occasion, les dirigeants africains se sont engagés à « réduire de moitié la mortalité imputable au paludisme en Afrique entre 2000 et 2010 » et à demander à l'Organisation des Nations Unies (ONU ou *UN* en sigle anglais) de proclamer la décennie 2001-2010 « Décennie contre le paludisme »⁵. Depuis 2001, l'UA a organisé des sommets de suivi annuels à celui d'Abuja, au cours desquels ils ont développé leur action normative déclaratoire dans le domaine de la lutte contre les pandémies.

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

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

Lors du sommet de suivi d'avril 2001, les chefs d'État et de gouvernement de l'UA se sont penchés sur le VIH/Sida, la tuberculose et les autres maladies infectieuses. Ils y ont adopté une Déclaration aux termes de laquelle ils ont considéré le VIH/Sida comme un « état d'urgence » et ont pris l'engagement à faire de la lutte contre cette pandémie leur priorité absolue, en y consacrant au moins 15% du budget de leurs plans nationaux de développement⁶. Malgré des efforts consentis par plusieurs gouvernements à cet égard, cet objectif a été rarement et durablement atteint. Par exemple, en 2010, soit une décennie après l'adoption de cette Déclaration, seuls cinq pays avaient atteint ou dépassé le seuil de 15%. Il s'agissait du Rwanda (23,3%), du Malawi (18,5%), de la Zambie (16%), du Burkina Faso (15,7%) et du Togo (15,4%)⁷. Au sommet de suivi de 2013, les chefs d'État et de gouvernement de l'UA ont décidé, sur le plan institutionnel, de la création d'un centre africain de prévention et de lutte contre les maladies⁸, qui sera examiné dans la troisième section.

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

1. Déclare que la pandémie du VIH/Sida est une question de droits de l'homme qui équivaut à une menace contre l'humanité ;
2. Exhorte les gouvernements africains, États parties à la Charte, à allouer des ressources nationales qui indiquent leur forte volonté de lutter contre la propagation du VIH/SIDA, à protéger les personnes vivant avec le VIH/SIDA contre la discrimination, à apporter un appui approprié aux familles prenant en charge des malades du SIDA en phase terminale, à élaborer des programmes d'éducation en santé publique et mener des campagnes de sensibilisation, particulièrement en vue du dépistage gratuit et volontaire ainsi que des interventions médicales appropriées.
3. Exhorte l'industrie pharmaceutique internationale à mettre à la disposition des gouvernements africains des médicaments bon marché en vue d'une action urgente contre le VIH/SIDA et invite les institutions internationales d'assistance à accroître fortement les programmes de partenariat des bailleurs de fonds en Afrique, y compris le financement de la recherche et des projets de développement⁹.

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

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

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

9 Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, « La pandémie du VIH/SIDA, me-

Par ailleurs, dans le cadre de ses procédures spéciales, en particulier le Groupe de travail sur les droits économiques, sociaux et culturels, la Commission ADHP a établi, en mai 2010, un comité sur la protection des droits des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), des personnes à risque, vulnérables et affectées par le VIH¹⁰. Le Comité a déjà effectué des missions dans plusieurs pays africains et organisé des séminaires et consultations régionaux sur la promotion des droits de l'homme des PVVIH et des groupes à risques. Sur la base de ses différentes activités, le Comité a élaboré, avec l'appui d'ONUSIDA, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et de plusieurs organisations non-gouvernementales oeuvrant pour la lutte contre le VIH/Sida, une étude sur « le VIH, la loi et les droits de l'homme dans le système africain des droits de l'homme : principaux défis et opportunités pour les réponses au VIH fondés sur les droits »¹¹. Cette étude documente les bonnes pratiques nationales en matière de protection des droits des PVVIH et fait des recommandations pour l'application de l'approche de la santé fondée sur les droits de l'homme aux programmes de lutte contre le VIH/Sida. Cette approche requiert que l'adoption de ces programmes soit inclusive, non-discriminatoire et porte une attention particulière aux personnes les plus vulnérables, aux femmes et aux enfants et, surtout, aient comme objectif ultime la réalisation par les États concernés des droits de l'homme tels que consacrés par la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples et les instruments internationaux et régionaux des droits de l'homme, dont le droit à la santé.

Comme on le voit, l'action normative relative au VIH/Sida et aux maladies apparentées s'est particulièrement développée au cours de la décennie 2001-2010. Cela est à situer avec les développements intervenus à l'ONU, dont deux organes principaux, en l'occurrence l'Assemblée générale et le Conseil de sécurité, ont débattu, sur initiative africaine, de la question du VIH/Sida en Afrique. Lors de l'examen de cette question dans le contexte des opérations de paix de l'ONU en Afrique, le 10 janvier 2000, le Conseil de sécurité a considéré que le VIH/Sida avait des implications pour la paix et la sécurité internationales¹². Cette approche constitue un précédent important à la résolution 2177 (2014) du Conseil, aux termes de laquelle celui-ci a considéré l'épidémie de la fièvre à virus Ebola comme une menace contre la paix et la sécurité internationales.

nance contre les droits de l'homme et l'humanité », Tripoli, mai 2001 (<http://www.achpr.org/fr/sessions/29th/resolutions/53/>, consulté le 17 mars 2018).

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

11 *Op. cit.* (note 1).

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

2. La lutte contre la maladie à virus Ebola

La MVE, très contagieuse et mortelle dans plus de 90% de cas, est apparue en RD Congo en 1976 et y est réapparue pour la neuvième fois, en mai 2018, dans la localité de Mbandaka-Bikoro, dans la province de l'Équateur. Elle a aussi surgi dans plusieurs pays d'Afrique centrale et orientale, notamment au Gabon, en République du Congo et en Ouganda. Mais, comme le souligne le professeur Jean-Jacques Muyembe Tamfum de l'Université de Kinshasa (RDC), directeur général de l'Institut national des recherches biologiques (INRB), lauréat du prestigieux prix Christophe Mérieux (2015) et un des artisans de la découverte de ce virus,

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

Nous croyions également que le virus Ebola ne pouvait pas s'introduire dans les pays développés étant donné leur haut niveau d'hygiène. Mais, le virus Ebola s'est introduit en Europe et aux USA, créant un état de panique sans précédent. Voilà pourquoi pour la première fois, la MVE a été déclarée une urgence de santé publique de portée internationale par la Directrice générale de l'OMS¹³.

Une panique proche du chaos gagna rapidement l'Afrique de l'Ouest, où plusieurs pays, suivis par des pays d'autres régions africaines, décidèrent de fermer leurs frontières. C'est dans ce contexte que l'UA est intervenue, sur le double plan normatif et opérationnel.

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

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

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

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

13 Jean-Jacques MUYEMBE Tamfum, « Savoir partager le savoir pour sauver l'humanité de l'épidémie d'Ebola », in *Congo-Afrique* (septembre 2015), n°497, pp. 600-606 ; voir, aussi, David Quamen, *Ebola : The Natural and Human History of a Deadly Virus*, New York, W. W. Norton & Company, 2014.

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

[...]

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

7. **Prend en considération** :

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

[...]

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

[...]

10. Demande à la Commission de :

[...]

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

[...]

(viii) Prendre toutes les mesures nécessaires pour la mise en place rapide d'un Centre africain de prévention et de lutte contre les maladies (ACDCP), conformément à la Décision de la Conférence de l'Union Assembly/AU/Dec. 499 (XXII) sur l'établissement du Centre, et de veiller à ce que ce Centre soit opérationnel et que les centres régionaux soient mis en place, d'ici mi-2015, y compris le renforcement des systèmes d'alerte précoce, afin que le Centre réponde de manière opportune et efficace à toutes les urgences de santé ; et assure la coordination et l'harmonisation des règlements et interventions sanitaires des États membres ainsi que l'échange des bonnes expériences et des meilleures pratiques¹⁴.

Cette décision du Conseil exécutif de l'UA est importante, à plus d'un titre. Elle établit un équilibre entre le respect des droits de l'homme, dont la liberté de circulation et le droit à la non-discrimination, et la reconnaissance aux États membres de leur prérogative de renforcer les mesures de contrôle, de dépistage et d'alerte. Cette décision a eu également une certaine effectivité. Quelques exemples permettent de l'illustrer. Une vingtaine de pays africains qui avaient adopté des mesures d'interdiction de voyages en

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

provenance des pays touchés par l'épidémie d'Ebola ont annulé ou révisé celles-ci. Cela a été le cas pour les États membres de la Communauté pour le développement de l'Afrique australe (SADC). En effet, comme le note un document publié par un réseau d'organisations non-gouvernementales,

In September 2014, SADC Ministers of Health aligned their regional position on commercial and individual travel from EVD [Ebola Virus Disease] affected countries with the IHR [International Health Regulations] 2005, indicating requirements for entry and exit screening for travellers from EVD affected countries to be followed up for 21 days for quarantine of people with a history of close contact with EVD infected people, bodies or animals for up to 21 days and for travel to affected countries to be discouraged [...]. The AU adopted a resolution for member states to 'urgently lift all travels bans and restrictions to respect the principle of free movement and urge that any travel related measures be in line with WHO and ICAO recommendations, in particular proper screening [...], and in April 2015 noted that 'all restrictions should be lifted with regard to the affected countries and stigmatization ended [...]. Many countries subsequently lifted or amended restrictions¹⁵.

Sur un plan plus symbolique, il faut mentionner que la Confédération africaine de football (CAF), agence spécialisée de l'UA basée au Caire (Égypte), a sanctionné le Maroc en lui retirant l'organisation de l'édition 2015 de la coupe d'Afrique des nations (CAN), à la suite de la demande du gouvernement marocain de reporter la compétition pour cause de « force majeure sanitaire »¹⁶. Dans la foulée, la CAF décida d'attribuer l'organisation de la CAN 2015 à la Guinée équatoriale. Il est significatif de noter que c'est ce dernier pays qui a aussi abrité la Conférence internationale sur la lutte contre Ebola, en juillet 2015¹⁷.

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

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

1. Exhorte les États africains et l'Union africaine à travailler étroitement avec l'Organisation mondiale de la santé et les partenaires au niveau local et international sur les mesures de prévention et de traitement qui n'enfreignent pas sur les droits économiques, sociaux et culturels des peuples¹⁸.

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

16 *La Croix*, 11 novembre 2014.

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

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

2.2. La Mission africaine d'appui contre Ebola en Afrique de l'Ouest (ASEOWA)¹⁹

Le Protocole de Durban de 2002 créant le CPS de l'UA consacre que celui-ci est compétent, notamment, dans le domaine de l'action humanitaire et de la gestion des catastrophes (article 6 f). C'est sur la base de cette disposition que le CPS de l'UA a décidé de déployer l'ASEOWA (sigle anglais de *l'African Union Support to Ebola Outbreak in West Africa*), une mission mixte civile, militaire et humanitaire composée de médecins, d'infirmiers et autre personnel médical et paramédical, ainsi que du personnel militaire nécessaire à la protection et à l'efficacité de la Mission dans les pays d'Afrique de l'ouest affectés par la crise de la maladie à virus Ebola (Guinée, Libéria et Sierra Leone)²⁰.

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

La mission officielle de l'ASEOWA consistait à contribuer aux efforts en cours [...] pour mettre fin à la transmission de l'Ebola dans les États membres concernés, éviter toute propagation internationale et reconstruire les systèmes de santé. L'ASEOWA s'est organisée autour de quatre domaines d'appui pour accomplir sa mission. Le premier est un soutien financier et logistique [...] essentiel pour soutenir les efforts de l'UA et canaliser les ressources vers les États concernés. Après avoir établi le contact avec des partenaires au développement, les États membres, les CER [Communautés économiques régionales] et le secteur privé, l'UA a été en mesure de récolter rapidement 55 millions de dollars US pour le financement de la mission ASEOWA. Le deuxième domaine de soutien s'est présenté sous la forme de renforcement des capacités humaines et techniques. L'UA a déployé environ 900 personnels médicaux et non-médicaux issus de onze différents pays membres de l'UA. Pour le troisième domaine, l'UA a formé un appui politique pour faciliter la coordination/ assouplissement des restrictions à la frontière et des interdictions de voyage, et a contribué à l'organisation des efforts d'assistance internationale. Pour le quatrième domaine, l'ASEOWA a reconnu la nécessité d'un plan de rétablissement post-Ebola et d'initiatives visant à renforcer les systèmes et les institutions de santé dans les États concernés²¹.

Conformément à l'ISA, l'ASEOWA a bénéficié d'un soutien déterminant des États, du secteur privé et des volontaires africains pour son déploiement et ses opérations dans les trois pays les plus affectés par l'épidémie d'Ebola (Guinée, Libéria et Sierra Leone). Au 22 janvier 2015, l'ASEOWA comptait 835 volontaires africains, y compris 86 volontaires non déployés par leurs pays d'origine qui avaient répondu à l'appel lancé par la Commission de

¹⁹ Cette sous-section reprend largement une sous-section de mon étude mentionnée à la note 17.

²⁰ Doc. AU PSC/PR/COMM. (CDL), 19 août 2014.

²¹ Centre d'études stratégiques de l'Afrique, « Forum africain sur la logistique », rapport, Addis-Abéba, 1^{er} octobre 2015, pp. 7-8.

l'UA en août et septembre 2014. Sur le plan des financements d'origine africaine, l'UA avait reçu, à la même date, US\$ 19, 500.000 des entreprises du secteur privé africain, soit plus que les financements apportés par les pays industrialisés (un peu plus de US\$ 14, 000.000)²².

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

[...]

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

[...].

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

8. Exprime sa profonde appréciation à tous les Etats membres de l'UA pour leur appui multiforme aux trois pays les plus affectés, et les exhorte à maintenir cet esprit de solidarité panafricaine qui sera déterminant dans la lutte efficace contre les épidémies de cette nature, ainsi que contre d'autres situations d'urgence complexes à l'avenir. Le Conseil exprime également sa profonde appréciation aux acteurs du secteur privé africain pour leurs nombreux gestes de générosité à l'endroit des trois pays les plus affectés par l'épidémie à virus d'Ebola (EVD). Le Conseil exprime en outre sa sincère appréciation aux partenaires de l'UA, ainsi qu'à l'ensemble de la communauté internationale, pour leur soutien inlassable à la lutte contre cette épidémie, et les exhorte à poursuivre leur appui aux efforts de redressement socio-économique post-Ebola dans les trois pays les plus affectés²³.

L'intervention des pays et des volontaires africains, dans le cadre de l'ASEOWA et en dehors de celle-ci, est un exemple concret de la mise en œuvre du principe régional africain émergent de « responsabilité d'assister », que j'ai conceptualisé sur la base de la Déclaration de l'UA de juillet 2012 portant adoption de l'Initiative de solidarité africaine (ISA) envers des pays

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

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

en situation d'après-conflit²⁴, dont le Libéria et la Sierra Leone. Il convient de noter un exemple plus récent illustrant la consolidation de la mise en œuvre de ce principe, à travers le déploiement des experts guinéens en mai 2018 en RD Congo (un pays figurant sur la liste des pays bénéficiaires de l'ISA), pour appuyer leurs collègues congolais dans la lutte actuellement engagée contre la MVE ayant sévi dans la localité de Mbandaka-Bikoro (province de l'Équateur), en 2018. Il convient de noter qu'en 2014-2016, des dizaines de Congolais avaient été déployés par le gouvernement de la RD Congo au secours de la Guinée, alors gravement touchée par la MVE.

L'opération militaro-humanitaire de l'UA dans le contexte de la lutte contre l'épidémie d'Ebola est un exemple rare du leadership africain dans la réponse à une catastrophe sanitaire. On regrettera, toutefois, l'absence de coordination entre cette Mission et les autres acteurs impliqués dans la réponse à cette crise, dont l'Organisation ouest-africaine de la santé (agence spécialisée de la CEDEAO) et la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (MINUAUCE ou *UNMEER*)²⁵. Fort heureusement, le Centre africain de prévention et de lutte contre les maladies (CDC Afrique), établi récemment par l'UA, répond au défi de la coordination dans le domaine de la sécurité sanitaire en Afrique.

3. Le CDC Afrique

En janvier 2016, la Conférence des chefs d'État et de gouvernement de l'UA a approuvé le projet du Statut du CDC Afrique²⁶. C'est le résultat d'un processus laborieux, au cours duquel des experts et officiels africains ont travaillé en étroite collaboration avec l'OMS, le *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) des États-Unis d'Amérique, le Centre européen de contrôle des maladies, le CDC de la Chine et les centres régionaux²⁷. Le CDC Afrique a été établi comme comité technique spécialisé de l'UA, avec pour siège Addis-Abéba. Il est devenu opérationnel en janvier 2017. Le CDC-Afrique intervient sur le terrain à travers cinq centres régionaux de collaboration (CRC)²⁸, établis à raison d'un centre pour chacune des 5 régions géographiques de l'UA, à savoir : l'Afrique australe ; Lusaka

24 Mutoy MUBIALA, « L'Union africaine », in Sandra SZUREK, Marina EUDES et Philippe RYFMAN (dir.), *Droit et pratique de l'action humanitaire*, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 2019, pp. 386-387. Et, du même auteur, « « Le rôle des organisations régionales africaines dans la lutte contre les pandémies », in SOCIÉTÉ FRANÇAISE POUR LE DROIT INTERNATIONAL, *Droit international et santé*. Colloque de Rennes (31 mai-2 juin 2018), Paris, Pedone, 2019, pp. 412-413.

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

26 UA, « Décision sur les Comités techniques spécialisés », Doc. Assembly/AU/Dec. 589 (XXVI), p. 1. Voir Mutoy MUBIALA, « Statute of the Africa Centres for Disease Prevention and Control (Africa CDC), 31st January 2016 », 27 janvier 2019, *Oxford International Organizations (OXIO)* 392.

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

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

(Zambie) ; l'Afrique centrale : Franceville (Gabon) ; l'Afrique de l'Est ; Nairobi (Kenya) ; l'Afrique du Nord : Le Caire (Égypte) et l'Afrique de l'Ouest : Abuja (Nigéria).

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

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

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

Le Statut du CDC Afrique assigne à ce dernier la mission d'assistance aux États membres de l'UA dans la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI ou *IHR*, en sigle anglais). Dans la mesure où les États africains sont concernés, le CDC-Afrique devrait jouer un rôle d'appui au renforcement des capacités de ces États dans la mise en œuvre effective du RSI. L'aspect relatif aux capacités des systèmes nationaux de santé est le « talon d'Achille » du système sanitaire international²⁹. D'où l'importance de

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

la mission assignée par l'UA au CDC-Afrique dans ce domaine. Une bonne réalisation de cette mission contribuerait à une plus grande effectivité du RSI en Afrique. C'est dans ce cadre qu'il convient de situer la déclaration faite par les chefs d'État et de gouvernement de l'UA, le 3 juin 2017, aux termes de laquelle ils se sont engagés à accélérer la mise en œuvre du RSI sur le continent.

Dans son rapport de situation sur l'établissement du CDC Afrique, en août 2016, le Comité régional de l'Afrique de l'OMS a recommandé à la Commission de l'UA et aux partenaires de mobiliser les ressources pour l'opérationnalisation de ce dernier et de ses CRC³⁰. Depuis son opérationnalisation, le CDC Afrique a adopté, notamment, un plan stratégique 2017-2021 axé sur ses 5 piliers, à savoir : (1) la surveillance et l'information sur les maladies ; (2) les systèmes d'information ; (3) les systèmes et réseaux de laboratoires ; (4) les préparations aux situations d'urgence et d'organisation des secours ; et (5) la recherche dans le domaine de la santé publique³¹. Par ailleurs, le CDC africain a organisé une rencontre avec les 5 CRC à Addis-Abéba, en mars 2017. Au cours de cette réunion, il a été décidé que le premier effectue des missions auprès de ces derniers pour les appuyer dans le développement de leur cadre institutionnel et opérationnel régional³². C'est dans ce contexte que le CDC Afrique a, par exemple, rendu visite au CRC de l'Afrique de l'Ouest, à Abuja, en juin 2017. Au cours de la réunion qui s'y est tenue, les deux entités se sont accordées sur l'adoption de ses priorités régionales en relation avec les 5 piliers du CDC Afrique³³. Parmi les autres réalisations prioritaires du CDC-Afrique, il convient de mentionner la création du Réseau de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (AMRSNET)³⁴ et la mise en place des Réseaux régionaux intégrés de surveillance et de laboratoires (RISLNET). Enfin, sur le plan opérationnel, il est intervenu dans plusieurs crises sanitaires sur le continent, notamment dans les deux dernières crises d'Ebola en RD Congo, respectivement en 2018 (Mbandaka-Bikoro) et, depuis août 2018, (provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri)³⁵. Alors que cette intervention était sur le point d'être terminée qu'est apparue, le 10 mars 2020, la pandémie du nouveau coronavirus (COVID-19) en RD Congo. Au 1^{er} avril 2020, le COVID-18 touchait la quasi-totalité des pays africains, à

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

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

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

33 *Ibid.*, « Report of West Africa CDC Regional Collaborating Centre Meeting », Addis-Abéba, juin 2017. Sur le CRC-CEDEAO, voir Mutoy MUBIALA, « Regulations Establishing and Stating Operating Procedures of the ECOWAS Regional Centre for Surveillance and Disease Control (ECOWAS-RCS-DC) », 2019, Oxford International Organizations (OXIO) 467.

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

35 Voir Mutoy MUBIALA, « Statute of the Africa Centres for Disease Prevention and Control (Africa CDC), 31st January 2016 », 2019, OXIO, 392.

l'exception du Lesotho et des Comores. Depuis lors, le CDC Afrique est au front de la riposte contre cette nouvelle pandémie, laquelle constitue un véritable test de son opérationnalité.

4. Le CDC Afrique et le COVID-19

Alors que le COVID-19 avait déjà atteint deux ou trois pays africains, le CDC Afrique a convoqué une réunion d'urgence des ministres africains de la santé pour préparer la riposte à cette pandémie. Cette réunion, qui s'est tenue du 22 au 25 février 2020 a adopté, essentiellement, une stratégie continentale commune pour le COVID-19. Les deux objectifs principaux de cette stratégie sont de prévenir la propagation et les morts liées à la maladie de COVID-19 et de minimiser les crises sociales et les conséquences économiques de celle-ci et ce, à travers l'adoption d'une approche commune pour la surveillance, les restrictions de mouvements de personnes à risques pour le COVID-19 et l'échange d'informations et de bonnes pratiques. Afin d'atteindre ces objectifs, le CDC Afrique a mis en place le Groupe de travail africain sur le coronavirus (AFCOR), chargé de partager les informations et les meilleures pratiques, renforcer les capacités techniques, soutenir les décisions politiques de haute qualité et coordonner la détection et le contrôle aux frontières.

Sur le plan opérationnel, en conformité avec la stratégie continentale commune pour le COVID-19 tel qu'approuvé par le Bureau de la Conférence des chefs d'État et de gouvernement de l'UA le 26 mars 2020, la Commission de l'UA et le CDC Afrique ont adopté une nouvelle initiative dénommée « Partenariat pour accélérer le test de COVID-19 » (« Partnership to Accelerate COVID-19 Testing » ou PACT). Aux termes de cette initiative,

Driven by the principles of cooperation, coordination, collaboration and communication, the goal of the continental strategy is to prevent severe illness and death from COVID-19 infection in African Union Member States and minimize social disruption and the economic consequences of COVID-19.

PACT aims to strengthen capacity to test for COVID-19 across Africa, with emphasis on countries that have only minimal capacity. This will ensure that at least 10 million Africans, who would have not been tested, get tested in the next six months.

PACT will help meet the need of the Heads of State and Government for an Africa-led and Africa-owned response. It will focus on :

1. Establishment of warehousing and distribution hubs across Africa, in partnership with organizations like the World Food Programme and Ethiopian Airlines. This model has been used to successfully distribute medical supplies and donations from the Abiy Ahmed/Jack Ma Foundation Initiative to Reverse COVID-19 of the Prime Minister of Ethiopia and the Founder of Alibaba, respectively ;

2. Coordination of pooled procurement of diagnostics and other medical commodities for distribution across the continent ;
3. Support for the testing of one million Africans in 10 weeks ;
4. Support for the deployment of one million community healthcare workers to support contact tracing ; and
5. Standardization and deployment of common technology platforms to boost public trust in testing data, epidemiological models and critical health forecasting techniques as part of the economic recovery and re-opening agenda.

Accelerated COVID-19 tracing, testing and outcomes tracking in Africa is key to the achievement of the first pillar of the continental strategy, which aims to limit transmission and slow the spread of the pandemic, whilst laying the foundation for accelerated socio-economic recovery that should bring the Africa integration agenda back on track³⁶.

Le CDC a déclaré être prêt à aider les États africains dans le besoin, qui en feraient la demande. Cette déclaration a le double mérite de démontrer le caractère pro-actif du CDC Afrique dans la crise actuelle du COVID-19 et l'immensité des tâches et des défis auxquels l'UA et ses États membres vont faire face dans ce contexte. D'autant que les CDC Afrique et ses CRC, dont certains comme celui d'Afrique centrale ne sont pas encore opérationnels, n'ont pas eu le temps de renforcer les systèmes sanitaires nationaux comme le requiert le RSI de 2005. Le COVID-19 a mis en évidence que ces systèmes étaient des « coquilles vides ».

5. L'action de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples face au COVID-19

Comme maladie infectieuse, le COVID-19 a de fortes implications pour les droits de l'homme. D'abord, la plupart des États faisant face au COVID-19 ont adopté des mesures d'état d'urgence sanitaire, qui restreignent considérablement les libertés individuelles. Il n'est pas exclu que certaines de ces mesures feront l'objet de recours en justice et, le moment venu, devant la Commission et la Cour africaines des droits de l'homme et des peuples.

Le 28 février 2020, la Commission a émis un communiqué de presse exprimant sa préoccupation face à la pandémie et invitant les États à prendre des mesures, y compris préventives, pour lutter contre celle-ci³⁷.

36 UA, "African Union and Africa Centres for Disease Control and Prevention Launch Partnership to Accelerate COVID-19 Testing : Trace, Test and Track", Addis-Abéba, 21 avril 2020 (<https://africacdc.org/news/african-union-and-africa-centres-for-disease-control-and-prevention-launch-partnership>, consulté le 25 avril 2020).

37 COMMISSION AFRICAINE DES DROITS DE L'HOMME ET DES PEUPLES, « Communiqué de presse sur la crise du coronavirus (COVID-19 », Banjul, 28 février 2020 (https://www.achpr.org/fr_pressrelease/detail?id=480, consulté le 25 avril 2020).

Le 24 mars 2020, le président de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, dans une déclaration à la presse, sur une réponse efficace fondée sur les droits de l'homme au COVID-19 en Afrique, a rappelé les principes qui devraient guider les États dans l'adoption des mesures pour lutter contre cette pandémie, dont : (1) le principe de la légalité ; (2) la non-discrimination ; (3) l'accès à l'information ; (4) la primauté des mesures préventives et d'endiguement ; (5) la prise en charge des défis liés à la non-conformité ; (6) la protection des groupes vulnérables ; (7) le désengorgement des prisons et des lieux de détention ; (8) la réalisation du droit à la santé ; (9) la solidarité et le devoir des individus, du secteur privé, des leaders communautaires, des médias et des institutions religieuses ; (10) le respect des droits de l'homme et des peuples ; (11) les mesures d'atténuation ; (12) le suivi, l'investigation et mesures correctives³⁸.

Par ailleurs, au moins deux comités spéciaux de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples ont émis des communiqués concernant les implications de certaines mesures adoptées dans le contexte de la pandémie du COVID-19 pour le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales relevant de leurs mandats.

Il en est ainsi du Rapporteur spécial sur les prisons, les conditions de détention et l'action policière en Afrique. Aux termes d'un communiqué de presse du 22 avril 2022, sur les rapports faisant état d'un recours excessif à la force par la police dans le contexte de la lutte contre le COVID-19.

Le Rapporteur Spécial est particulièrement préoccupé par les informations faisant état d'incidents publiquement signalés d'exécutions extrajudiciaires, de torture, d'abus d'autorité, d'arrestations et de détentions arbitraires de civils par la police et d'autres responsables de l'application des lois dans certains États africains, dans le cadre de la mise en œuvre des réglementations nationales pour contenir la propagation de COVID-19, sous le titre « rester chez soi ».

Le Rapporteur Spécial tient à rappeler aux États que, malgré l'état d'exception décrété, il existe des principes internationaux des droits de l'homme qui guident le recours à la force et aux armes à feu, en mettant l'accent sur les principes de légalité, de nécessité, de proportionnalité et de responsabilité.

Les États doivent veiller à ce que la réponse des forces de l'ordre et de la sécurité publique aux états d'urgence pendant la pandémie de Covid 19 soit conforme à ces principes et de ne pas mettre en danger la vie des êtres humains.

Dans le même esprit, il est également rappelé aux États que le droit à la vie, à la protection contre la torture, les traitements cruels et dégradants sont des droits absolus et irrévocables, même en cas d'état d'urgence. Les Lignes directrices et les mesures pour l'interdiction et la prévention

³⁸ *Ibid.*, « Déclaration à la presse sur une réponse efficace fondée sur les droits de l'homme au nouveau virus COVID-19 en Afrique », Banjul, 24 mars 2020 (https://www.achpr.org/fr_pressrelease/detail?id=483, consulté le 25 avril 2020).

de la torture et des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en Afrique (Lignes directrices de Robben Island), adoptées par la Commission en 2002, pour compléter les dispositions de l'article 5 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, prévoient en outre l'interdiction absolue de la torture et des autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, et déclarent que : toutes les « options telles que » la nécessité « , « l'urgence nationale « , « l'ordre public « ... ne doivent être invoquées pour justifier la torture ou les peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants³⁹.

Le même jour, le Rapporteur spécial sur les prisons, les conditions de détention et l'action policière en Afrique a émis un deuxième communiqué de presse sur la libération des prisonniers dans le même contexte. Aux termes de ce communiqué, le Rapporteur spécial a noté avec satisfaction la libération des détenus intervenue dans plusieurs États africains, dont l'Algérie, le Burkina Faso, le Cameroun, l'Éthiopie, le Kenya, la Libye, le Mozambique, le Niger, le Nigéria, l'Ouganda, la RD Congo, le Sénégal, le Soudan et la Tunisie. Le Rapporteur spécial a appelé les États africains qui ne l'ont pas encore fait à prendre des mesures similaires et ce, conformément à la Déclaration du 24 mars 2020 sur les réponses fondées sur les droits de l'homme au COVID-19 en Afrique⁴⁰.

Pour sa part, le Groupe de travail de la Commission sur les droits des populations autochtones a adopté, le 23 avril 2020, un communiqué de presse aux termes duquel il s'est dit préoccupé de la situation de précarité de ces populations et communautés, de l'inaccessibilité de celles-ci aux informations concernant le COVID-19 et de l'impact négatif des restrictions aux mouvements imposées par les États sur leurs activités pastoralistes. Aux termes de son communiqué de presse,

Le Groupe de travail exhorte les États parties à tout mettre en œuvre pour garantir aux populations autochtones, l'accès aux informations relatives aux mesures de prévention de la propagation du COVID-19 en les traduisant dans les langues autochtones locales ou en utilisant des moyens de communications qui leur sont accessibles. Il les exhorte en outre à prendre des dispositions nécessaires en vue d'assurer la santé et le bien-être des groupes vulnérables, y compris les populations/communautés autochtones en facilitant leur accès à l'eau potable, savon et désinfectants, structures de santé accessibles et adaptées et autres services sociaux de base.

39 COMMISSION AFRICAINE DES DROITS DE L'HOMME ET DES PEUPLES, « Communiqué de presse du Rapporteur spécial sur les prisons, les conditions de détention et l'action policière en Afrique sur les rapports faisant état d'un recours excessif à la force par la police pendant la pandémie de COVID-19 », Banjul, 22 avril 2020 (https://www.achpr.org/fr_pressrelease/detail?id=491, consulté le 25 avril 2020).

40 *Ibid.*, « Communiqué de presse du Rapporteur spécial sur les prisons, les conditions de détention et l'action policière en Afrique sur la libération des prisons pendant la pandémie de COVID-19 », *loc. cit.*

Le Groupe de travail exhorte les États parties concernés à prendre en considération le mode de vie des populations autochtones dans toutes les décisions prises pour la prévention et la lutte contre le COVID-19 en vue de répondre à leurs besoins spécifiques pour une lutte stratégique contre cette épidémie au sein des populations/communautés autochtones. Il les appelle à impliquer les représentants des populations/communautés autochtones en vue d'obtenir leur consentement préalable, libre et éclairé dans la prise de décisions et de mesures les concernant pour le COVID-19.

Le Groupe de travail exhorte en outre les États-Parties à s'assurer que la riposte au COVID-19 soit élaborée et mise en œuvre dans le respect des droits fondamentaux de l'Homme et qu'elle ne mène pas à la persécution et à des violences à l'encontre des personnes vulnérables notamment les populations autochtones.

Le Groupe de travail réaffirme enfin les principes et recommandations formulés par la Commission dans son Communiqué de presse du 28 février 2020 sur la crise du coronavirus (COVID-19) et dans sa déclaration du 24 mars 2020 sur une réponse efficace fondée sur les droits de l'homme au nouveau virus COVID-19 en Afrique⁴¹.

Conclusion

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

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

⁴¹ *Ibid.*, « Communiqué de presse sur l'impact du virus COVID-19 sur les populations autochtones en Afrique », Banjul, 23 avril 2020, *loc. cit.*

Enfin, l'action de l'UA dans la lutte contre la MVE en Afrique de l'Ouest en 2014-2016 a servi de cadre pour la mise en œuvre du principe régional africain émergent de « responsabilité d'assister » fondée sur les traditions africaines d'entraide, tel qu'il se dégage de l'ISA (« L'Afrique aide l'Afrique »), adoptée par l'UA en juillet 2012. En effet, la contribution exceptionnellement importante des Africains à la constitution, au financement et aux opérations de l'ASEOWA a donné corps à ce nouveau principe régional africain. Celui-ci est en train d'être repris dans la pratique des États africains, dont la plupart ont établi des fonds de solidarité au niveau national, aux fins d'aider à la riposte contre le COVID-19. ■

PRÉVISIONS THÉMATIQUES POUR L'ANÉE 2020

Nous portons à votre connaissance les prévisions thématiques que **CONGO-AFRIQUE** se propose d'aborder pour l'année 2020. N'hésitez pas à nous envoyer vos articles, tout en sachant que nous restons ouverts à notre créneau habituel : « Économie, Politique, Droit, Vie Sociale, Culture ». A vos plumes !

Janvier	Bilan politique et perspectives d'avenir
Février	Budget national et Vie sociale (Impact du Budget national sur la vie sociale)
Mars	Problématique du « Genre » et Famille
Avril	Diplomatie et Géopolitique en situation post-électorale
Mai	Travail, Emploi, Chômage, Accidents au travail
Juin-Juillet-Août	Les conséquences socio-économiques du Covid-19
Septembre	Éducation, Enseignement
Octobre	Réflexions sur le Tourisme
Novembre	Changement climatique, Environnement
Décembre	Droits humains, Paix, Guerre