

# Mouvement populaire pour la santé

## Contexte et commentaires sur les points à l'ordre du jour de l'EB154 Janvier 2024

Cette analyse et ce commentaire sur les points soumis au Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2024 ont été préparés par le [Mouvement pour la santé des peuples](#) dans le cadre de WHO Watch, une initiative de la société civile visant à démocratiser la gouvernance mondiale de la santé ([en savoir plus sur WHO Watch](#)).

Ce commentaire est produit par l'équipe d'analystes politiques de PHM en consultation avec un réseau mondial de consultants. Le commentaire est conçu pour être lu en conjonction avec les documents du Secrétariat ; il ne duplique pas le contenu des documents officiels.

Cette version PDF de l'analyse et du commentaire de PHM est extraite du [Tracker de PHM pour EB154](#) qui fournit des liens directs vers les documents du Secrétariat ainsi que vers les commentaires de PHM sur les points.

Cette version du commentaire de PHM est publiée le 15 janvier 2024. Des mises à jour seront publiées sur le Tracker.

Les commentaires et les réactions sont les bienvenus. Écrivez à [editor@phmovement.org](mailto:editor@phmovement.org).

Pour un accès permanent aux alertes, mises à jour et commentaires de WHO Watch, abonnez-vous à l'alerte Tracker ([abonnez-vous ici](#)).

## Contenu

Point 5. Rapport du Comité permanent de prévention des urgences sanitaires, Préparation et réponse (SCHEPPR) .....	1
Point 6. UHC.....	3
Point 7. Suivi de la déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations unies sur les droits de l'homme. prévention et contrôle des maladies non transmissibles .....	7
Point 8. Projet de plan d'action mondial pour la prévention et le contrôle des infections ...	12
Point 9. Agenda 2030 pour la vaccination .....	16
Point 10. Stratégie de lutte contre la tuberculose .....	20
Point 11. Feuille de route pour les MTN 2021-2030 .....	24
Point 12. Accélération de la réalisation des objectifs de développement durable pour la période 2007-2013 santé maternelle et mortalité infantile .....	27
Point 13. Résistance aux antimicrobiens : accélérer les réponses nationales et mondiales	33
Point 14. Le travail de l'OMS dans les situations d'urgence .....	37
Point 15. Mise en œuvre de la résolution WHA75.11 (2022) .....	42
Point 13. Initiative mondiale pour la santé et la paix .....	44
Point 17. Polio .....	47
Point 18. Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique.....	49
Point 19. Déterminants sociaux de la santé .....	52
Point 20. Nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant.....	59
Point 21. Bien-être et promotion de la santé.....	65
Point 22. Changement climatique, pollution et santé .....	69

Point 23. Économie et santé pour tous.....	75
Point 24.1 Financement et mise en œuvre du budget-programme 2022-2023 et perspectives de financement du budget-programme 2024-2025.....	80
Point 24.2 Projet de quatorzième programme général de travail .....	82
Point 24.3 Financement durable : Cycle d'investissement de l'OMS .....	87
Point 25.3 Questions émanant du groupe de travail des États membres de l'Agile sur les Renforcement de la gouvernance budgétaire, programmatique et financière de l'OMS ....	91
Point 25.4 Engagement avec les acteurs non étatiques .....	96

# Point 5. Rapport du Comité permanent de prévention, de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (CPPRES)

## En ligne de mire

Le rapport de la DG sur la troisième réunion du Comité permanent de la prévention, de la préparation et de la réaction aux urgences sanitaires (CPPRES), qui s'est tenue les 13 et 14 septembre 2023, est soumis au CE pour qu'il en prenne note ([EB154/5](#)). La réunion du comité s'étant tenue avant le 7 octobre, le rapport ne contient aucune référence aux conflits en cours à Gaza et en Cisjordanie, ni aux récentes catastrophes naturelles, par exemple le récent tremblement de terre au Japon. Le rapport est présenté dans un contexte où, selon les estimations du secrétariat, il y a actuellement "42 situations d'urgence classées", y compris "les maladies infectieuses, les catastrophes naturelles et les urgences humanitaires", et "plus de 340 millions de personnes ayant besoin d'une assistance humanitaire".

Le rapport fait état d'un changement dans la composition du comité permanent : Le professeur Christian Rabaud (France) a été élu vice-président du CSHEPPR et occupera ce poste jusqu'à la clôture de l'AMS 77. Le Dr Abdelkrim Meziane Bellefquih (Maroc), qui avait également proposé son nom pour ce poste, a retiré sa candidature et a exprimé son intérêt pour la présidence du Comité à partir de juin 2024.

Le rapport note que le secrétariat de l'OMS a fourni au SCHEPPR :

- Présentation de l'état d'avancement de trois urgences de santé publique de portée internationale (PHEIC), l'une en cours (poliovirus) et deux récemment terminées (mpox et Covid-19) ;
- Mise à jour du groupe de travail chargé de modifier le RSI (2005) ;
- Une description des critères de convocation des réunions extraordinaires du CSHEPPR après la déclaration d'un PHEIC, et les modalités proposées pour une telle réunion ;
- Un briefing sur le cadre pour le renforcement de la préparation, de la réponse et de la résilience aux urgences sanitaires qui est destiné à répondre aux pandémies, ainsi qu'aux "crises multidimensionnelles et pluriannuelles" ; et
- Un "examen du nombre de signaux d'événements actuellement gérés au siège de l'OMS".

## Contexte

[Tracker links](#) to previous discussions of Emergencies (en anglais)

[Page web de l'index du](#) WHE

## Commentaire PHM

Le rapport note avec inquiétude "la diminution de la surveillance et l'augmentation de la transmission du COVID-19" et "les défis continus de la réponse au mpox".

Les États membres ont souligné la nécessité d'assurer "une surveillance, des tests et des rapports continus sur la variole et l'élimination de la transmission interhumaine en tant qu'objectif clé de santé publique". Cet objectif est louable, même s'il est ironique que l'élimination de la transmission interhumaine de la variole n'ait acquis une visibilité politique qu'après que la maladie soit devenue un problème de santé publique dans les pays du Nord. En décembre 2023, le NY Times a fait état d'une "recrudescence" de la variole en RDC, où la variole est endémique et où l'accès aux vaccins contre la variole reste extrêmement limité.

Nous saluons le rapport de la commission sur la nécessité pour les États membres "d'étudier les conditions post-COVID (y compris les COVID de longue durée) et l'impact futur des infections répétées", bien que malheureusement la commission ne donne aucune indication sur la manière dont cela peut être géré à la lumière du "rétrécissement de l'espace fiscal" alloué à la Covid-19 maintenant que la pandémie s'est calmée.

L'élimination de la poliomyélite a été abordée et le comité a une nouvelle fois souligné la difficulté d'atteindre l'objectif d'éradication dans le contexte des urgences humanitaires liées à la poliomyélite.

La demande du CSHEPPR de poursuivre les consultations avec les États membres sur une plate-forme provisoire de mécanisme de coordination des contre-mesures médicales (i-MCM) est bienvenue, tout comme sa reconnaissance de "l'inégalité constatée lors de la pandémie de COVID-19" et des "limites du COVAX". Étant donné que les États membres des pays en développement ont été tenus à l'écart des structures décisionnelles du COVAX, qui ne les a pas fait participer activement aux décisions concernant les types de MCM (les vaccins en particulier), les délais de livraison, les volumes et les dates d'expiration des MCM qu'ils ont reçus par l'intermédiaire du Covax, PHM encourage l'OMS à mettre au point un mécanisme i-MCM qui remédie à cette défaillance de la gouvernance.

Le CSHEPPR a exprimé le besoin de "bénéficier d'une compréhension plus approfondie des finances du programme de l'OMS pour les urgences sanitaires, à la fois en termes de programme de base et d'opérations d'urgence", ainsi que le besoin de plus d'informations sur "la santé mentale et les questions psychosociales liées aux situations d'urgence et à la réponse aux situations d'urgence". Ces questions recoupent d'autres domaines de travail de l'OMS, notamment les travaux du WGIHR et de l'Initiative mondiale pour la santé au service de la paix, et il reste à voir comment le comité s'engagera dans les développements dans ces domaines .

# Point 6. UHC

## En ligne de mire

Le directeur général présentera un rapport ([EB154/6](#)) qui résume la situation actuelle de la couverture sanitaire universelle et les résultats de la soixante-dix-huitième session de l'Assemblée générale des Nations unies, avec la publication du [rapport de suivi mondial pour 2023](#), publié conjointement avec la Banque mondiale, et de la deuxième réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle, avec l'adoption d'une [nouvelle déclaration politique sur la couverture sanitaire universelle](#). Le rapport ([EB154/6](#)) soulignera les engagements pris pour parvenir à la couverture sanitaire universelle en réorientant les systèmes de santé et les investissements vers une approche de soins de santé primaires. Le Conseil sera invité à prendre note du rapport et à identifier les moyens de mettre en œuvre la déclaration politique avant la troisième réunion de haut niveau prévue en 2027.

## Contexte

[Lien vers les discussions antérieures \(OMS et AGNU\) sur la santé publique universelle.](#)

[Fixation des priorités pour la santé publique universelle \(2016\)](#)

## Commentaire PHM

1. Ce rapport de la DG sur les progrès vers la réalisation de l'UHC est établi à mi-parcours de l'engagement pris en 2015 d'atteindre l'UHC d'ici 2030. Ce rapport reprend et réitère également la déclaration politique sur la santé universelle pour tous qui a été adoptée lors de la réunion de haut niveau sur la santé universelle pour tous, adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies lors de sa 78<sup>e</sup> session (<sup>th</sup>) le 5<sup>th</sup> octobre 2023.
2. D'après le rapport mondial de suivi de l'OMS pour 2023 sur le suivi de l'UHC, publié le 18<sup>th</sup> septembre 2023, le monde est bien loin de la feuille de route pour atteindre les objectifs de 2030 et le rapport explique clairement à quel point il est loin du compte. Près de 2 milliards de personnes, soit environ un quart de la population mondiale, ont connu des dépenses de santé catastrophiques ou un appauvrissement dû aux coûts des soins de santé selon les données disponibles les plus récentes (2019). En ce qui concerne l'universalisation des services essentiels accessibles, on observe une stagnation depuis 2015. Cela signifie une stagnation de l'objectif d'augmentation de l'accès depuis 2019 et une détérioration constante de la protection financière depuis l'année 2000. Le rapport ajoute que cette double absence de progrès en matière de couverture des services et de protection financière se retrouve dans toutes les régions géographiques et dans tous les pays. (voir les paragraphes 3 à 12 du rapport). Au paragraphe 14 du document [EB154/INF./1](#), le document met en garde : "Les données émergentes montrent une augmentation des difficultés financières, en particulier chez les plus pauvres, avec une reprise inégale après 2020/2021. L'augmentation des dépenses publiques consacrées à la dette nationale au détriment de la santé dans les pays en développement est

particulièrement préoccupante".

3. Il est clair que la pandémie de Covid 19 a été l'une des causes de ce manque de progrès. C'est en soi un problème, puisque l'une des raisons de la mise en place de la santé publique universelle est de mieux faire face aux pandémies. Mais il n'en reste pas moins que la pandémie de Covid

la pandémie n'explique pas tout. L'aggravation de la protection financière est une caractéristique avant, pendant et après la pandémie. Il est clair que les politiques préconisées, à savoir (a) l'augmentation du financement de la santé, (b) l'utilisation efficace et équitable du financement, (c) le renforcement du personnel de santé et de soins, (d) l'expansion des services de santé primaires et l'orientation des systèmes de santé vers une approche de soins de santé primaires, n'ont pas été mises en place ou n'ont pas pris l'ampleur nécessaire.

4. Le rapport ne s'attarde pas sur les raisons d'un tel échec. Il se contente d'appeler à "redoubler d'efforts pour accélérer les progrès vers l'UHC", répète tous les appels politiques précédents et conclut par un rapport pour la prochaine série de rapports d'avancement à la session 2024 des Nations unies et à la prochaine réunion de haut niveau qui se tiendra en 2027 (voir les paragraphes 13 à 21 du rapport). Il indique implicitement que l'OMS et les agences mondiales ont fait ce qu'elles pouvaient faire et qu'il appartient désormais aux États membres d'aller plus loin. Il demande explicitement aux États membres de préciser comment l'OMS peut mieux aider. En outre, aux paragraphes 24 et 26, elle cite un certain nombre de mécanismes qu'elle met en place en partenariat avec d'autres institutions mondiales, prétendument pour renforcer les soins de santé primaires et la santé publique universelle.

5. PHM estime qu'il ne s'agit pas seulement d'un échec de la mise en œuvre, mais d'un échec de la stratégie telle qu'elle a été mise en pratique dans la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire. Ce qu'il fallait, c'était renforcer les services de santé financés et administrés par l'État, où les services sont fournis en tant que biens publics. Une telle stratégie n'a que peu de place dans le discours sur la santé universelle. Au lieu de cela, la "couverture universelle" a été utilisée pour promouvoir l'assurance maladie publique avec l'achat stratégique d'un ensemble très sélectif de services essentiels auprès d'un mélange de prestataires de services, complété par un marché de plans d'assurance maladie privés et de prestataires privés pour les services au-delà de l'ensemble. L'objectif de la CMU (plutôt que l'accès universel) est également de réduire les besoins en dépenses publiques en imposant des limites à l'ensemble des services de base, ce qui reflète la réalité d'un financement public très limité pour les soins de santé en général. Une grande partie des fonds limités disponibles est alors consacrée à des programmes verticaux de lutte contre les maladies, dont la plupart impliquent l'achat de grandes quantités de médicaments, de diagnostics et de vaccins de plus en plus coûteux auprès des grandes sociétés pharmaceutiques. Il reste donc de moins en moins de fonds pour renforcer les soins de santé primaires complets. Les conséquences collatérales de ces politiques sont que les soins financièrement protégés auxquels les pauvres peuvent accéder restent limités et que le secteur privé non réglementé connaît une croissance considérable. Telle est l'explication rationnelle des chiffres et des tendances que le rapport nous présente. Ce dont nous avons besoin, c'est d'un changement de stratégie, et non d'une répétition de la même chose.

6. En réponse apparente au manque de financement des soins de santé primaires, le paragraphe 26 présente une nouvelle initiative appelée "plateforme d'investissement à impact sur la santé". Cette initiative est présentée comme une solution alors qu'elle ne fera qu'aggraver le problème. Cette initiative consiste en l'association de quatre banques - la

Banque africaine de développement (BAD), la Banque européenne d'investissement (BEI), la Banque islamique de développement (BIsD) et la Banque interaméricaine de développement (BID) - pour mettre à la disposition des PFR et des PRFM un montant initial de 1,5 milliard d'euros sous forme de prêts concessionnels et de subventions afin d'élargir la portée et l'étendue de leurs services de soins de santé primaires. Les bureaux nationaux de l'OMS sont incités, grâce à des fonds de projets libéraux, à rédiger des propositions de financement que les pays signeront ensuite. Bien qu'elles s'accompagnent de descriptions politiquement correctes très éloquentes de la

L'importance des soins de santé primaires ne tient pas compte du fait que la plupart des pays à faible revenu sont déjà très endettés et que cette mesure ne fera qu'aggraver leur endettement. La plupart des pays consacrent plus d'argent au service de la dette qu'à l'aide sociale.

7. Nous rappelons également aux États membres l'expérience de l'ajustement structurel et des réformes du secteur de la santé qui y sont associées, lorsque tous ces prêts étaient liés à des conditionnalités explicites et implicites, dont beaucoup ont conduit aux problèmes auxquels nous sommes confrontés aujourd'hui. Les politiques passées ayant réussi à privatiser les soins secondaires et tertiaires, le jeu consiste maintenant à faire passer les soins de santé primaires financés et administrés par l'État dans les mêmes options d'achat stratégique qui ont échoué et que nous considérons comme contribuant à l'absence de progrès vers l'UHC. Au lieu de cela, les États membres devraient demander l'annulation des dettes, qui pourrait être liée à l'investissement accru des gouvernements nationaux dans les soins de santé primaires selon leurs conditions. Nous notons que certaines de ces banques soutiennent les investissements des entreprises dans les soins de santé, par l'intermédiaire de branches du secteur privé - comme la SFI pour la Banque mondiale. Nous constatons également que dans de nombreux traités bilatéraux et plurilatéraux, les clauses de règlement des différends entre investisseurs et États s'appliquent aux services de santé. Cela peut réduire considérablement l'espace politique dont disposent les gouvernements pour promouvoir la qualité, l'efficacité et l'allocation équitable des ressources. Dans ces conditions, une porte ouverte aux investissements étrangers à but lucratif dans les soins de santé primaires, qui sont de la nature d'un bien public, est tout à fait indésirable et doit être combattue.

8. PHM met également en garde contre un certain nombre d'agences de conseil internationales, dont certaines occupent également l'espace de la société civile, comme ACCESS - Health International, qui sont les promoteurs de certaines de ces stratégies de privatisation que nous tenons pour responsables de l'échec des progrès vers l'UHC. Le fait même qu'une plateforme comme UHC 2030 (mentionnée au paragraphe 26) fonctionne en collaboration avec l'OCDE et la Banque mondiale incite à la prudence. En outre, ce sont les agences multinationales de conseil commercial, dont les principaux revenus proviennent des entreprises clientes, qui sont de plus en plus souvent engagées par ces initiatives pour planifier la stratégie nationale. Si les États membres sont les premiers responsables des progrès réalisés ou non en matière de santé publique universelle, il convient également de mesurer et de commenter la responsabilité des promoteurs de ces stratégies vouées à l'échec, même après qu'il a été démontré qu'elles échouaient.

9. Le rapport sur la santé universelle est également remarquable par ses silences. Le plus notable d'entre eux concerne le défi que représente l'accès aux médicaments essentiels à des prix abordables dans le cadre de la structure politique mondiale actuelle.

**PHM appelle les membres de l'EB** à réexaminer la rhétorique de l'OMS sur l'UHC et ses efforts pour façonner le rôle du gouvernement, qui ne consiste plus à fournir des services en tant que bien public, mais à acheter des services auprès d'un ensemble de prestataires sur la base de mécanismes de marché. Cela n'a pas fonctionné pour les soins secondaires et tertiaires et pour les soins de santé primaires, c'est un non-démarrage avec pratiquement

aucun exemple de réussite. Nous avertissons les États membres qu'étant donné l'expérience passée des prêts des banques de développement pour les soins de santé, le Fonds d'investissement à impact sanitaire pourrait devenir un moyen de persuader les nations d'accepter des solutions basées sur le marché pour les soins de santé primaires, qui ont peu de chances de fonctionner, mais qui pourraient ouvrir la voie à la pénétration des entreprises dans les services publics. Les soins de santé primaires ne sont PAS un investissement bancable. Ce dont les pays à faible revenu ont besoin, c'est d'une annulation et d'une conversion de la dette, et non d'une augmentation de la dette au nom des soins de santé primaires et de la santé publique universelle.

**Les États membres devraient également demander à l'OMS** de travailler sur des solutions de rechange permettant de progresser vers une couverture universelle fondée sur une conceptualisation des soins de santé primaires en tant que bien public. Il faudra pour cela que la prestation des soins soit dominée par des prestataires publics, responsables de la promotion de la qualité, de l'efficacité, de l'allocation équitable des ressources et des soins de santé axés sur la santé de la population.

Le financement doit rester basé sur l'impôt ou sur des formes d'assurance sociale, avec un mouvement progressif vers un financement à payeur unique.

# Point 7. Déclaration politique de suivi de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations unies sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles

## En ligne de mire

En réponse aux décisions [WHA72\(11\)](#) (2019) et [WHA75\(11\)](#) (2022), ainsi qu'aux résolutions [WHA66.10](#) (2013), [WHA74.4](#) (2021) et [WHA74.5](#) (2021), le Directeur général soumet un rapport consolidé ([EB154/7](#)) sur l'état d'avancement du suivi de la déclaration politique dans plusieurs domaines prioritaires et, en complément de l'EB154/7, une [vue d'ensemble](#) du travail technique du Secrétariat sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles.

Le Conseil d'administration sera invité à prendre note du rapport et à fournir des orientations supplémentaires. EB154/7 invite le Conseil à fournir des orientations sur :

- Comment les États membres peuvent-ils, avec le soutien du secrétariat, accélérer les progrès vers la cible 3.4 de l'objectif de développement durable, à savoir réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux MNT d'ici à 2030, sachant que les progrès mondiaux ont ralenti ces dernières années ? Comment optimiser la feuille de route pour la mise en œuvre, ainsi que les orientations de l'OMS sur les meilleurs achats et les actions recommandées pour la prévention et le contrôle des MNT ?
- Comment le Secrétariat peut-il aider les États membres à préparer la quatrième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, qui se tiendra en septembre 2025 ? Quel autre soutien stratégique du Secrétariat les États membres jugent-ils crucial pour garantir une attention et une concentration adéquates sur cet événement crucial ?
- Comment mieux intégrer les MNT dans les travaux en cours sur le renforcement des systèmes de santé, les approches en matière de soins de santé primaires et de couverture sanitaire universelle, les ensembles de prestations de la couverture sanitaire universelle et d'autres mécanismes visant à améliorer la protection financière, ainsi que les plans de préparation et d'intervention en cas d'urgence ?

L'ordre du jour annoté ne prévoit pas l'[aperçu global](#) des travaux du Secrétariat sur les MNT qui "complète le document EB154/7 et détaille les principales actions, approches, initiatives et missions mondiales menées par les trois niveaux de l'OMS, au cours des trois vacances stratégiques du treizième programme général de travail, 2019-2025, qui aident les États membres à mettre en œuvre le plan d'action mondial pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles et à atteindre les neuf cibles mondiales volontaires relatives aux MNT d'ici à 2025, ainsi qu'à tenir les engagements pertinents pris pour cette prévention et ce contrôle et pour la promotion, la protection et la prise en charge de la santé mentale par

l'Assemblée générale des Nations Unies, y compris la cible 3 de l'ODD.4, ainsi que d'autres cibles clés, telles que les ODD 3.5, 3.8 et 3.A."

Dans [WHA76\(9\)](#) (mai 2023), l'Assemblée a demandé à la DG, *entre autres*, "d'incorporer les interventions révisées à l'annexe 3 du plan d'action mondial de l'OMS pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles 2013-2030 sur une base continue, lorsque les données sont disponibles".

## Contexte

[A/RES/73/2 \(10 octobre 2018\)](#) Déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles.

[Tracker links](#) to previous discussions of Political Declaration of Third HLM on NCDs (en anglais)

[Liens](#) vers des discussions antérieures sur les maladies non transmissibles en général

## Commentaire PHM

### Vue d'ensemble

Ce rapport est présenté conformément à la demande faite au Secrétariat dans [WHA72\(11\)](#) de présenter un rapport annuel sur les progrès accomplis dans la lutte contre les maladies non transmissibles et dans le cadre du suivi de la réunion de haut niveau des Nations unies sur les maladies non transmissibles. Il répond également à l'engagement de rendre compte du plan d'action mondial sur la santé bucco-dentaire et les cancers (paragraphe 1 à 4).

La section suivante (paragraphe 5 à 23) est une analyse de la situation en ce qui concerne le programme sur les maladies non transmissibles et la santé mentale. Après une déclaration générale selon laquelle les MNT constituent toujours un problème croissant et que le programme n'est pas sur la bonne voie (paragraphe 5 à 7), le rapport décrit la situation dans chacun des 15 domaines d'intervention stratégiques de l'OMS, avec un paragraphe pour chacun d'entre eux (paragraphe 8 à 23), 10, 11), la lutte contre l'hypertension (12), les progrès concernant le tabac (13), l'alcool (14), l'activité physique (15), le surpoids et l'obésité (16), la pollution atmosphérique (17), les déficiences visuelles (18), les maladies bucco-dentaires (19), le dépistage des 4 MNT (20), la santé mentale (21), les troubles neurologiques (22), et les maladies post-covidiques (23). Pour chacune de ces maladies, le rapport souligne que la charge de morbidité reste importante et que les progrès sont inférieurs aux attentes ou que la charge de morbidité s'aggrave.

Les paragraphes 24 à 26 résument la stratégie mondiale en matière de santé bucco-dentaire. Elle comporte 100 activités et un ensemble de 11 indicateurs de base répartis sur 8 stratégies. Le rapport présente les relevés de base de ces indicateurs en 2023 et souligne que, bien que 45 % de la population ait des besoins en matière de santé bucco-dentaire, seuls 31 % des pays disposent d'un plan d'action et ils sont encore moins nombreux (21 %) à avoir mis en œuvre les principaux éléments de ce plan d'action.

Dans les paragraphes 27 à 79, le rapport présente les activités pertinentes du Secrétariat de l'OMS. Chaque paragraphe se rapporte à une maladie ou à une catégorie de maladies. Il s'agit d'un résumé de l'[aperçu](#) beaucoup plus [complet](#) des travaux techniques du secrétariat sur les MNT. Les types d'activités décrites comprennent l'organisation de conférences et de consultations, l'adoption de résolutions, la présentation de rapports, l'élaboration et la diffusion de stratégies, de plans de travail et de cadres, ainsi que l'adoption de documents d'orientation technique.

## **Les défis**

Si le rapport documente fidèlement les limitations des progrès et les mesures prises, il n'aborde pas de manière adéquate les raisons de ces progrès limités, même dix ans après que le monde ait été en mesure de faire face à la crise.

a reconnu les maladies non transmissibles comme un problème majeur de santé publique. Nous énumérons quatre défis majeurs que ce rapport aurait dû aborder :

**La fragmentation des soins et le défi de l'intégration.** Il est évident qu'en raison de la variété et de la dispersion de ces interventions, le défi de la fragmentation auquel sont confrontés les États membres est également un défi pour le Secrétariat de l'OMS. Pendant deux décennies, les soins de santé sélectifs ont souvent déqualifié les professionnels de la santé et limité la conceptualisation des priorités en matière de soins primaires et même ce que signifie l'expression "soins de santé primaires".

**Le défi du renforcement des systèmes de santé.** La question du renforcement des systèmes de santé est essentielle pour atteindre chacun de ces objectifs. Nous devons réfléchir à la manière dont l'OMS pourrait renforcer les groupes politiques qui se soucient de l'exhaustivité, de la qualité, de l'efficacité, de l'affectation des ressources et de l'évaluation des soins de santé. Cela se résume en partie aux ressources (capacité fiscale et toutes les questions connexes), mais aussi à l'organisation de la prestation de services et à la politique des ressources humaines. Le renforcement du système de santé doit également porter sur les valeurs ou l'éthique sur lesquelles les services publics sont organisés et, dans ce cadre, mettre en place un ensemble différent d'incitations, libre des pressions du marché (y compris la pression pour se concentrer uniquement sur les soins épisodiques), au sein duquel les gestionnaires et les praticiens des soins de santé pourraient travailler.

**Les dimensions intersectorielles et internationales.** Les dimensions intersectorielles et internationales de la lutte contre les MNT sont essentielles, notamment la réglementation des aliments ultra-transformés, des régimes alimentaires malsains, du tabac, de l'alcool, de la pollution de l'air et de l'eau, et de la santé au travail. L'OMS a produit un grand nombre de conseils politiques dans ce domaine, mais la tâche consistant à créer des groupes nationaux pour stimuler l'action intersectorielle nationale et s'attaquer aux déterminants sociaux, commerciaux et environnementaux de la santé par le biais d'un engagement des affaires étrangères dans les domaines de la finance, de la politique industrielle, de l'urbanisation, de la gestion des ressources naturelles, etc. et de leurs cadres de gouvernance, est à la traîne. Cela est étroitement lié au point de l'ordre du jour relatif à l'économie et à la santé pour tous, ainsi qu'à la promotion du bien-être et de la santé. Il faut également aborder le rôle des déterminants commerciaux de la santé et le rôle de l'influence des entreprises qui font passer les profits avant la santé dans l'élaboration des politiques.

Le personnel de santé peut jouer un rôle majeur dans le plaidoyer en faveur du renforcement des systèmes de santé et d'une action intersectorielle/internationale efficace. L'augmentation considérable de la main-d'œuvre des ASC qui est préconisée pourrait contribuer à renforcer ce plaidoyer.

**Le défi de l'inégalité.** Le rapport est pratiquement muet sur la question de l'inégalité. L'inégalité a un impact sur les causes, les conséquences et la réponse aux MNT. L'accent mis sur des maladies particulières et des facteurs de risque spécifiques a occulté la dimension de l'inégalité. Il s'agit notamment de l'inégalité en termes d'accès à des soins de santé décents, ce qui inclut l'attention portée aux MNT, mais aussi de l'inégalité et de la discrimination sociales et économiques, ainsi que d'une plus grande exposition à l'ensemble des facteurs de risque

spécifiques décrits. Nous savons que les groupes les plus pauvres et les plus marginalisés sont plus exposés aux MNT que les autres. L'application du prisme de l'inégalité met également en évidence le rôle des environnements sociaux et culturels qui influencent l'influence de l'inégalité et de la discrimination sur les attitudes de la communauté, ce qui peut réduire l'utilisation des soins de santé et les comportements favorables à la santé. Il suffit de penser au rôle de la malbouffe pour les personnes qui ont besoin de réconfort ou au rôle de l'alcool dans l'oubli des réalités sociales.

## **Actions requises**

### **Réaliser l'intégration dans l'action intersectorielle**

Un domaine dans lequel une action intégrée est nécessaire concerne les déterminants intersectoriels pour lesquels des changements de politique et de stratégie ainsi que des réglementations sont requis de la part de différents secteurs. Les États membres doivent se pencher sur les actions politiques intersectorielles nécessaires à la santé, qui concernent l'ensemble des maladies et des facteurs de risque. C'est ce que l'on appelle l'approche de la santé dans son ensemble. Les instruments juridiques tels que les lois sur la santé préventive ou les lois sur le travail et l'environnement ont un rôle important à jouer.

Toutefois, les ministères de la santé doivent avoir la capacité institutionnelle de planifier, de défendre et de mesurer l'impact sur la santé de ces différents déterminants, et ils doivent en être responsables. Les pays ont besoin d'un cadre institutionnel bien équipé et capable, sous l'égide du ministère de la santé, de surveiller en permanence les conséquences sanitaires des politiques de développement dans tous les secteurs et d'intervenir à cet égard. Le renforcement des capacités et de la responsabilité des ministères de la santé pour qu'ils puissent jouer ce rôle est l'un des principaux défis que l'OMS doit relever.

### **Réaliser l'intégration au niveau des communautés locales**

L'intégration se fait également au niveau des communautés locales. C'est à ce niveau que la logique bureaucratique des "secteurs" institutionnels a le moins de sens. Le plaidoyer communautaire est un moteur essentiel pour encourager la collaboration intersectorielle. Ce sont souvent les prestataires de soins de santé primaires qui perçoivent le plus clairement la nécessité d'une action intersectorielle, mais qui travaillent souvent dans des environnements incitatifs qui découragent le plaidoyer nécessaire.

Il est nécessaire d'adopter des lois sur la santé publique et la sécurité sociale qui permettent aux autorités locales de garantir des conditions de travail et de vie appropriées à la population et de mettre en place le soutien social, la sécurité sociale et les actions positives nécessaires pour atteindre les groupes les plus pauvres et les plus marginalisés. Les interventions à ce niveau concernent principalement la nutrition, l'eau et l'assainissement, la pollution, l'accès à la santé et à tous les services liés à la santé, les quartiers sains, le logement, etc. Les autorités locales doivent disposer des moyens financiers et des capacités nécessaires pour mettre en œuvre ces interventions. Dans les communautés où les élites locales dominent, l'État peut être amené à intervenir pour garantir l'équité.

### **Réaliser l'intégration par le renforcement des systèmes de santé :**

Le renforcement et la (ré)organisation des systèmes de santé sont nécessaires pour garantir la fourniture des services requis de manière intégrée, y compris l'éducation à la santé et les services de soins de santé préventifs et promotionnels nécessaires, ainsi que la continuité des soins à tous les niveaux. Il n'est ni possible ni souhaitable de s'attaquer à ce large éventail de problèmes de santé par le biais d'un programme vertical pour chacun d'entre eux.

Ni l'approche 5\*5 ni le modèle "best buys" ne se prêtent à l'intégration. Ils élargissent les

programmes actuels très sélectifs en y ajoutant quelques interventions supplémentaires, tout en conservant une mentalité sélective et verticale. Les meilleurs achats basés sur le rapport coût-efficacité des interventions individuelles pourraient être trompeurs. Les résultats seraient différents s'ils étaient évalués en tant qu'éléments d'un ensemble d'interventions.

des soins de santé complets et intégrés qui utilisent pleinement les ressources humaines et les infrastructures sanitaires déployées.

La réduction de la fragmentation des services spécifiques aux maladies est un objectif important. Les efforts d'intégration dans la prestation des services de santé comprendraient des mesures visant à

1. Promouvoir la recherche sur les modèles de systèmes de santé et partager les meilleures pratiques en ce qui concerne la manière dont les maladies non transmissibles peuvent être traitées de manière intégrée. Voici quelques-unes des questions posées : Quelle serait la composition et les compétences des équipes de soins primaires ? Comment la logistique des consommables et des diagnostics soutiendrait-elle les équipes de soins primaires et quelles innovations technologiques seraient utiles ? Comment l'orientation vers un plus grand nombre de spécialistes et la continuité des soins seront-elles assurées ? Comment le suivi et la supervision doivent-ils être organisés de manière intégrée, sans structures de supervision distinctes ni plateformes électroniques séparées pour chacun de ces problèmes de santé et facteurs de risque, de sorte que nous n'ayons pas un système distinct pour chaque maladie prise en charge ? La prévention et la prise en charge de la gamme élargie de maladies traitées doivent être intégrées dans les opérations en cours, y compris au niveau des ressources, de la logistique, des profils de la main-d'œuvre et des structures d'incitation ;
2. Encourager les ministères et les départements de la santé à renforcer la participation des communautés à la planification de la santé, à la responsabilisation du système de santé et à la promotion de la santé.
3. Élargir l'enveloppe budgétaire pour les soins de santé grâce à des mécanismes de financement public plus réactifs, capables de soutenir l'expansion de la variété et du volume des services fournis.
4. Mettre l'accent sur l'inégalité et la discrimination en tant que facteurs de mauvaise santé et d'obstacles à l'action dans le domaine de la santé, et planifier une action positive pour atteindre les communautés pauvres et marginalisées pour tous les besoins en matière de santé. Identifier et réformer les mesures d'incitation qui donnent actuellement la priorité aux catégories les plus riches et les plus aisées, mais qui excluent les catégories les plus pauvres et les plus marginalisées de la prestation de soins de santé ;
5. Forte capacité de mise en œuvre des politiques, y compris des leviers réglementaires et fiscaux ; évolution vers un financement à payeur unique ;
6. Investir dans les ressources humaines pour la santé, en particulier dans les auxiliaires de santé et les sages-femmes.

# Point 8. Projet de plan d'action mondial pour la prévention et le contrôle des infections

## En ligne de mire

En réponse à une demande formulée dans la résolution [WHA75.13](#) (2022) sur la stratégie mondiale de prévention et de lutte contre les infections, le Directeur général soumettra un projet de plan d'action mondial (dans [EB154/8](#)) pour traduire la stratégie mondiale de l'OMS, adoptée dans la décision [WHA76\(11\)](#) (2023), en un plan d'action, comprenant un cadre de suivi des progrès avec des objectifs mesurables clairs, pour examen par la soixante-dix-septième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif lors de sa présente session. Le Conseil sera invité à prendre note du rapport et à examiner un projet de décision visant à adopter le plan d'action.

## Contexte

[Liens de suivi](#) vers les discussions antérieures du GB sur l'IPC

[Stratégie mondiale de prévention et de contrôle des infections](#) et résumé ([EB152/9](#)).

[Annexes supplémentaires 1-4](#)

## Commentaire PHM

Le plan d'action proposé, présenté dans le document [EB154/8](#), identifie des actions, des indicateurs et des objectifs pour chacune des huit orientations stratégiques de la stratégie globale.

Le plan d'action proposé suppose également la mise en œuvre des dispositions du [plan WASH](#), du [plan d'action mondial pour la sécurité des patients](#) et du [plan d'action mondial sur la résistance aux antimicrobiens](#) (RAM). Les [annexes supplémentaires 1 à 4](#) qui accompagnent le présent rapport fournissent de plus amples détails, y compris la théorie du changement. Ces annexes constituent des ressources essentielles permettant aux États membres de formuler et de mettre en œuvre leurs propres plans d'action (voir les paragraphes 1 à 11 du rapport).

## Appréciation

Le plan d'action proposé doit être salué. La question est cruciale et les dispositions du plan sont généralement très pratiques et utiles. Cependant, nous critiquons la pensée verticale qui caractérise une grande partie du plan d'action et l'incapacité à reconnaître pleinement le large éventail de ressources et de capacités génériques nécessaires à la prévention et au contrôle des infections.

## Champ d'application : doit englober la communauté ainsi que les installations

Alors que le document EB154/8 se concentre sur la prévention des infections dans

l'établissement, le point 13 sur la résistance aux antimicrobiens, qui fait de la prévention des infections une priorité stratégique clé, traite de la prévention des infections dans la communauté ainsi que dans l'établissement.

Il y a de bonnes raisons de le faire, car il est difficile et inadéquat d'assurer l'approvisionnement en eau potable, l'assainissement, l'hygiène et l'élimination des déchets uniquement dans les installations, sans tenir compte de l'environnement urbain.

l'environnement dans lequel il se trouve. Toutefois, la lutte contre les infections au sein de la communauté nécessite une législation en matière de santé publique capable de faire respecter les droits des citoyens en ce qui concerne l'eau potable, l'assainissement et les mesures d'hygiène au sein de la communauté. De nombreux pays disposent de telles lois, dont les institutions gouvernementales locales sont les garants, mais les gouvernements locaux ne disposent généralement pas des capacités et des pouvoirs financiers nécessaires pour jouer ce rôle. Conformément à l'état d'esprit colonial, dont la législation en matière de santé publique est généralement issue, de nombreuses lois sur la santé publique transfèrent la responsabilité aux citoyens individuels et, dans la pratique, ciblent les communautés marginalisées, en particulier les migrants, en tant que sources d'infections. Étant donné que ces communautés sont les principales victimes du manque d'hygiène, cette culpabilisation des victimes ne fait qu'ajouter l'insulte à l'injure et aggraver le problème.

Toutefois, si cette stratégie est interprétée comme ne concernant que l'installation, cela justifierait que le rapport passe à côté de préoccupations plus importantes.

PHM appelle le Conseil exécutif à demander au Secrétariat de retravailler ce plan d'action pour qu'il englobe les soins intensifs dans la communauté et dans l'établissement.

## **Pensée verticale**

La première orientation stratégique ("engagement politique et politiques") appelle à l'élaboration d'un plan d'action national pour la prévention des maladies infectieuses, intégré dans les plans de santé nationaux. Toutefois, cette orientation stratégique appelle également à l'établissement d'un budget dédié à la CIP et à l'élaboration d'un dossier d'investissement financier national pour la CIP.

Les arguments en faveur d'une allocation budgétaire dédiée à la CIP au niveau national et au niveau des établissements ne sont pas convaincants.

Dans la plupart des pays, il existe des mécanismes institutionnels mis en place pour englober la prévention et le contrôle de la CIP, ainsi que d'autres objectifs connexes. La nécessité de créer de nouvelles structures institutionnelles pour la CIP devrait dépendre du contexte. Une grande partie du cadre réglementaire pour la prévention des infections devrait être incorporée dans les lois de santé publique et les systèmes de gouvernance clinique au niveau de l'établissement (qui vont au-delà de la prévention des infections telle qu'elle est interprétée au sens strict, mais qui sont essentiels pour la prévention des infections). Les exigences en matière de CIP doivent constituer un sous-ensemble des normes nationales de santé publique et ne doivent pas être présentées comme des dispositions autonomes.

La prévention et le contrôle des infections au niveau de l'établissement sont étroitement liés à la prévention et au contrôle de la RAM, et bon nombre des stratégies et des activités requises sont également nécessaires pour traiter les deux.

La nécessité de disposer d'un "dossier d'investissement pour la CIP" distinct des questions plus générales des normes de santé publique envoie un signal selon lequel les donateurs devraient investir dans la CIP en tant que telle plutôt que dans l'amélioration des normes de santé publique.

Les indicateurs spécifiés en relation avec la CIP sont nécessaires pour la CIP mais seraient également utiles en tant qu'éléments d'un système de surveillance et de contrôle plus large.

L'orientation stratégique 3, qui porte sur l'intégration, est la bienvenue. Les programmes avec lesquels l'intégration est recherchée comprennent "ceux sur la résistance aux antimicrobiens, la santé au travail, la sécurité des patients, les urgences de santé publique, la qualité des soins, l'eau, l'assainissement, l'hygiène et les déchets de soins de santé, ainsi que des maladies infectieuses spécifiques (telles que l'infection par le VIH et la tuberculose)". Il s'agit là d'une bonne chose

mais le problème auquel la plupart des pays à faible revenu seront confrontés est qu'à l'exception du dernier, qui concerne l'infection par le VIH et la tuberculose, ils ne disposent actuellement d'aucun programme établi à grande échelle pour aucun des autres.

### **Ressources humaines**

L'orientation stratégique 4 concerne le renforcement des capacités et met correctement en évidence l'ampleur des interventions nécessaires à cet effet. La principale limite reste son orientation verticale. Par exemple, elle demande la présence d'un professionnel de la CIP à temps plein dans chaque hôpital, alors que de nombreux hôpitaux ne disposent pas d'une personne qualifiée en administration hospitalière ou d'un microbiologiste à temps plein. Il serait préférable d'insister sur ces deux derniers points et de stipuler que tous les programmes d'administration hospitalière comprennent une formation adéquate en matière de prévention des infections et que les microbiologistes travaillant en milieu hospitalier soient tenus de suivre une formation et d'obtenir une certification en matière de prévention des infections, que ce soit dans le cadre de leur programme d'études post-universitaires ou séparément.

### **Des données pour agir**

Dans l'orientation stratégique 5, le plan lance un appel bienvenu en faveur des données pour l'action. Toutefois, le plan devrait reconnaître qu'il faudrait disposer de systèmes de surveillance des maladies, de systèmes de contrôle des soins intensifs et de systèmes d'information hospitaliers adéquats, qui sont tous essentiels pour obtenir des données d'action efficaces, abordables et durables en matière de soins intensifs.

### **Reconnaître le large éventail de ressources et de capacités génériques nécessaires pour la CIP**

La deuxième orientation stratégique (programmes actifs de prévention des infections) réitère l'appel en faveur de programmes et de plans à différents niveaux, mais ne tient pas compte de l'éventail plus large de capacités auxquelles ils feront appel. Elle comprend un objectif qui mesure "la proportion d'établissements ayant mis en œuvre des interventions basées sur des stratégies multimodales pour réduire les infections acquises en milieu de soins (IAM) en fonction des priorités locales". C'est beaucoup plus facile à dire qu'à faire. Sans un bon niveau de laboratoires microbiologiques et de capacités spécialisées, ni de systèmes d'information dans les hôpitaux et les établissements de soins, ce n'est qu'un vœu pieux.

Le plan d'action mondial doit reconnaître ces exigences comme des conditions préalables. Ces conditions ne peuvent être remplies si la conception globale de la santé publique universelle consiste à acheter des ensembles de services essentiels définis selon un rapport coût-efficacité minimaliste.

L'orientation stratégique 3 prévoit un indicateur : "proportion d'infections sanguines dues à des *Staphylococcus aureus*, *Acinetobacter* spp., *Klebsiella* spp. et *Pseudomonas* spp. résistants aux carbapénèmes". Toutefois, cela nécessite un laboratoire, des spécialistes en microbiologie et un système d'information hospitalier capable d'acquérir, de traiter et de fournir des informations sur les schémas de résistance, dans chaque établissement, public ou privé.

## **En résumé**

Ni la CIP ni la RAM ne peuvent être abordées indépendamment de la nécessité de.. :

1. des systèmes d'information sur les soins de santé qui fonctionnent bien et qui sont capables de documenter et d'analyser les schémas et les tendances en matière d'infection et de RAM ;

2. Des programmes de surveillance des maladies qui fonctionnent bien et qui incluent la reconnaissance des schémas d'infection et de la résistance aux antibiotiques, afin de guider les prestataires ;
3. des systèmes d'assurance de la qualité qui incluent toutes les exigences en matière de prévention des maladies infectieuses et de résistance aux antimicrobiens, y compris les normes WASH et l'adoption et l'utilisation de protocoles de traitement standard ;
4. Une capacité microbiologique adéquate pour l'identification de l'infection, de sa source et des schémas de résistance ; une partie de la garantie d'accès à des soins primaires, secondaires et tertiaires de bonne qualité, par opposition à l'achat de paquets de soins minimalistes auprès de prestataires privés ;
5. Le personnel d'appui nécessaire pour garantir les normes WASH (eau, assainissement, hygiène et élimination des déchets) et pour les nombreuses fonctions associées à l'IPC, avec des conditions d'emploi adéquates garantissant la performance ;
6. Approvisionnement adéquat des consommables nécessaires, y compris les EPI pour garantir une bonne hygiène et d'autres aspects du PPP ;
7. Une réglementation adéquate des établissements cliniques privés afin de garantir que toutes les normes susmentionnées sont également respectées dans le secteur privé ; les gouvernements peuvent mettre en œuvre les mesures administratives susmentionnées, mais pour le secteur privé, des dispositions légales sont essentielles ; ces dispositions doivent également être intégrées dans tous les achats de soins auprès du secteur privé ;
8. La création d'une capacité institutionnelle pour les normes nationales de santé publique et l'assurance et l'amélioration de la qualité, y compris des dispositions qui garantissent toutes les actions susmentionnées requises pour la CIP, mais aussi la sécurité des patients, la RAM, des soins cliniques efficaces, une planification de la santé publique fondée sur des données probantes, la satisfaction des prestataires de soins et la satisfaction des patients.

Ce paquet nécessiterait certainement plus de fonds, mais ces fonds permettraient d'obtenir de meilleurs résultats. Les États membres devraient considérer la réalisation des soins intensifs de santé comme un sous-ensemble des soins de santé universels et complets de bonne qualité, et non comme un élément distinct.

# Point 9. Agenda 2030 pour la vaccination

## En ligne de mire

Dans sa décision [WHA73\(9\)](#) (2020) approuvant l'Agenda 2030 pour la vaccination, l'Assemblée de la Santé a demandé au Directeur général de continuer à suivre les progrès accomplis et de lui faire rapport tous les deux ans, au titre d'une question de fond de l'ordre du jour, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les résultats obtenus dans la réalisation des objectifs mondiaux de l'[Agenda 2030 pour la vaccination](#).

Ce deuxième rapport sur les réalisations ([EB154/9](#)) résumera les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs et des cibles de l'Agenda 2030 pour la vaccination. Le Conseil sera invité à prendre note du rapport et à fournir des orientations supplémentaires, en particulier :

- Quelles actions les partenaires mondiaux peuvent-ils entreprendre pour aider les pays à accélérer les progrès dans les six domaines prioritaires susmentionnés ?
- Comment les pays peuvent-ils renforcer leurs engagements politiques et financiers en faveur de la vaccination dans le cadre de systèmes intégrés de soins de santé primaires, ce qui est un facteur clé de la couverture sanitaire universelle, de l'amélioration de la santé de la population et de la préparation aux pandémies ?

Voir les réponses de PHM à ces questions ci-dessous.

## Contexte

[Liens de suivi](#) vers les discussions antérieures du GB mondial sur la vaccination.

[Page de l'équipe de](#) vaccination de l'OMS et [page thématique](#).

## Commentaire PHM

### Bref résumé

Le rapport du DG résume la vision globale d'IA 2030, sa stratégie globale et les progrès accomplis dans la réalisation de ses objectifs. Le rapport identifie l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la vaccination, y compris les reculs de la couverture et les perturbations des services essentiels. Bien qu'une certaine reprise ait été observée en 2022, les progrès varient selon les régions et les pays, avec des difficultés pour atteindre les enfants n'ayant reçu aucune dose et des disparités de couverture qui persistent, en particulier dans les pays à faible revenu et dans la région africaine.

Le rapport souligne l'urgence d'une action coordonnée, en mettant l'accent sur six domaines prioritaires (renforcement des programmes nationaux, promotion de l'équité, lutte contre la rougeole, promotion de l'intégration dans les soins de santé primaires, introduction de vaccins et vaccination contre le papillomavirus à l'adolescence).

L'IA 2030 comprend trois objectifs d'impact et sept indicateurs de suivi des progrès au niveau mondial. Malgré certaines améliorations, des difficultés persistent pour atteindre les objectifs de

couverture, éliminer des maladies comme la poliomyélite et la rougeole, et prévenir les grandes épidémies.

Le rapport met en lumière les efforts déployés pour mettre en œuvre le programme, notamment l'élaboration de stratégies nationales et d'initiatives régionales, avec le soutien de partenaires mondiaux privés et de groupes de travail. L'initiative "Grand rattrapage" visait à combler les lacunes dues aux vaccinations manquées pendant les années de pandémie et à rétablir les trajectoires d'immunisation.

## **Contexte géopolitique et concept contesté de soins de santé primaires**

L'IA 2030 et sa mise en œuvre doivent être comprises dans un contexte géopolitique plus large qui façonne de manière significative ses stratégies et son contenu. Malgré de nombreux appels à l'intégration des soins de santé primaires et au renforcement des programmes nationaux de vaccination, l'IA 2030 est ancrée dans une vision de couverture sanitaire universelle (CSU), largement influencée par les principaux acteurs mondiaux tels que l'USAID, la Banque mondiale et la Fondation Gates. Ces entités préconisent un cadre de système de santé qui donne la priorité au renforcement du secteur privé par rapport aux soins de santé publics.

Le concept de santé universelle tend à limiter l'implication de l'État à la fourniture d'un ensemble défini de services de base par le secteur privé, ce qui ouvre des perspectives aux prestataires de soins de santé privés et aux compagnies d'assurance maladie. Cette approche risque d'affaiblir les systèmes de santé dans leur ensemble, en réduisant les soins de santé primaires à une simple couche initiale de soins privés, jouant souvent le rôle de garde-fou pour les soins spécialisés.

Pour les stratégies nationales de vaccination, des soins de santé primaires publics solides, centrés sur les communautés et les territoires, revêtent une importance cruciale. Ces stratégies exigent un haut niveau de capacité de l'État pour la planification et la collecte de données sur la vaccination, ce qui est entravé à la fois par la privatisation et l'érosion des systèmes de santé publique.

Pour aborder ce point de l'ordre du jour, il faut adopter une perspective plus large et réaffirmer le concept de soins de santé primaires présent dans la déclaration d'Alma-Ata, qui est essentiel pour des stratégies d'immunisation adéquates. De bons soins de santé primaires sont le meilleur moyen d'atteindre les communautés isolées et pauvres, qui sont généralement celles qui ne bénéficient pas d'une couverture vaccinale.

De même, les soins de santé primaires axés sur la communauté sont nécessaires pour évaluer les nouvelles technologies à intégrer dans les programmes de vaccination. Souvent, une approche centrée sur la technologie ne tient pas compte d'une vision plus large des systèmes de santé et des facteurs sociaux et économiques qui déterminent ce qui est possible.

## **Personnel de santé**

Les agents de santé constituent l'épine dorsale du système de santé, en particulier dans les zones où la couverture vaccinale est faible, comme les communautés non urbaines et pauvres. Le fait que le rapport ne mette pas l'accent sur les professionnels de la santé et leur rôle dans le programme de vaccination doit être pris en compte. Il est essentiel de reconnaître la

nécessité de renforcer et de valoriser cette main-d'œuvre. Cela est particulièrement important dans les zones de conflit, où les obstacles à la couverture vaccinale sont exacerbés par les guerres et les conflits.

Il est essentiel de comprendre l'interaction entre la guerre et la santé dans un cadre géopolitique plus large.

## **Marché pharmaceutique : transparence des prix et achats groupés**

L'AI 2030 et le rapport de la DG n'abordent pas suffisamment les questions relatives au pouvoir des entreprises et à l'accessibilité financière et physique des vaccins. Au cours des dernières décennies, la production de vaccins est de plus en plus tombée sous le contrôle de grandes sociétés pharmaceutiques basées principalement en Europe occidentale, aux États-Unis, au Japon et, plus récemment, en Chine.

Les stratégies monopolistiques employées par ces entreprises - utilisation des droits de propriété intellectuelle, y compris les brevets et le secret industriel, restriction de l'accès aux échantillons biologiques et défense de l'exclusivité des données dans les essais cliniques - se traduisent par des prix élevés et des pénuries. La pandémie de grippe aviaire de 19 ans a mis en évidence les limites de ce modèle, en révélant les difficultés rencontrées pour augmenter la production. La pandémie a également montré que l'innovation en matière de vaccins est largement financée par des ressources publiques.

L'analyse de ce thème devrait inclure les questions d'accessibilité financière et d'accès aux technologies de la santé, telles que l'octroi de licences obligatoires pour les brevets et la transparence en matière d'innovation et de coûts de fabrication. Le transfert de technologie, y compris le partage d'échantillons de matériel biologique, est essentiel pour l'accès aux vaccins.

Des stratégies telles que les achats groupés se sont avérées efficaces pour renforcer le pouvoir de négociation des États et leur capacité à soutenir les stratégies nationales de vaccination. Par exemple, le Fonds renouvelable de l'OPS dans les Amériques est un modèle louable à renforcer et à reproduire dans le cadre d'IA 2030.

### **Réponse aux questions du Secrétariat**

PHM demande instamment aux États membres d'inclure dans leurs commentaires la première question que le CE est invité à traiter :

- y compris le renforcement des capacités des groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination (GTCV) et de leurs homologues régionaux (GTCV), notamment en ce qui concerne les méthodes d'estimation des coûts d'opportunité de l'introduction de nouveaux vaccins, compte tenu des facteurs sociaux et économiques du pays et de la région ;
- reconnaître la nécessité pour l'OMS d'évaluer les possibilités de mettre en œuvre d'autres mécanismes de mise en commun des achats que le fonds renouvelable de l'OPS, en partenariat avec les NITAG et les RITAG.

PHM demande instamment aux États membres d'inclure dans leurs commentaires la deuxième question que le Conseil exécutif est invité à traiter :

- exiger de l'OMS qu'elle se dissocie du modèle erroné de "couverture sanitaire universelle" promu par la Banque mondiale, l'USAID et le réseau Rockefeller, ainsi que du concept de soins de santé primaires orientés vers le privé qui en découle ;
- reconnaître l'importance d'une IA2030 forte compte tenu des questions mises en évidence par le contexte géopolitique plus large ;

- reconnaître la nécessité de s'attaquer au pouvoir des entreprises pour garantir un accès adéquat aux vaccins, y compris les obstacles liés à la propriété intellectuelle et le renforcement de la production locale ; et

- l'importance des agents de santé dans les stratégies de vaccination.

# Point 10. Stratégie de lutte contre la tuberculose

## En ligne de mire

Dans sa résolution [WHA73.3](#) (2020), l'Assemblée de la Santé a adopté la stratégie mondiale pour la recherche et l'innovation dans le domaine de la tuberculose. En réponse à une demande formulée dans la résolution, le directeur général soumettra un rapport ([EB154/10](#)) sur les progrès réalisés dans le cadre de la stratégie de lutte contre la tuberculose, y compris la mise en œuvre de la stratégie mondiale pour la recherche et l'innovation dans le domaine de la tuberculose, pour examen par la soixante-dix-septième Assemblée mondiale de la santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif. Le Conseil sera invité à prendre note du rapport et à fournir des orientations supplémentaires.

## Contexte

[Liens de suivi](#) vers les discussions antérieures du GB mondial sur la tuberculose

[Page d'activités](#) et [page thématique de](#) l'OMS sur la tuberculose

Hoffman (2023) '[Tuberculosis and inequality : how race, caste and class impact access to medicines](#)', HPW 16 Dec 2023

[Réunion de haut niveau de l'AGNU sur la tuberculose 2023](#)

## Commentaire PHM

### **Vue d'ensemble - des progrès lents**

Le présent rapport est soumis conformément à l'engagement pris par la DG OMS de rendre compte tous les deux ans, jusqu'en 2030, des progrès accomplis dans le cadre de la stratégie de lutte contre la tuberculose. Ces stratégies et les rapports de suivi sont approuvés dans les déclarations politiques adoptées lors de deux réunions de haut niveau des Nations unies sur la tuberculose (2018 et 2023) et dans deux résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé (2014 et 2020).

Dans ses sept premiers paragraphes, le rapport couvre les objectifs fixés dans le cadre de la stratégie, le niveau actuel de réalisation et les tendances. Ces dernières pourraient être résumées comme suit : pour chaque indicateur, les niveaux actuels de réalisation sont loin d'atteindre les objectifs fixés. L'incidence et la mortalité restent élevées, la couverture du traitement stagne et le traitement préventif augmente trop lentement. Une proportion considérable de cas symptomatiques n'est pas détectée. L'objectif d'une protection financière à 100 % est encore loin d'être atteint, plus de la moitié des patients étant confrontés à des dépenses de santé catastrophiques (CHE). Dans le cas de la tuberculose résistante aux médicaments, plus de 80 % des patients subissent des dépenses de santé catastrophiques. Aucun pays ne déclare avoir mis en place un ensemble complet de prestations sanitaires et sociales, bien que certains programmes nationaux prévoient un soutien financier et nutritionnel.

L'utilisation de tests de diagnostic rapide, qui devaient devenir la première ligne de diagnostic pour 100 % des cas, ne couvre qu'environ 47 % des cas. Seuls deux patients tuberculeux résistants aux médicaments sur cinq sont mis sous traitement. En termes de financement, le budget actuellement disponible pour la tuberculose dans les PFR-PRI serait le suivant

Il faudra quadrupler le montant de l'aide pour atteindre l'objectif de 22 milliards de dollars de financement et, à l'heure actuelle, plus de 80 % de ce financement provient de sources nationales.

Des progrès ont été accomplis sur les trois piliers stratégiques, mais leur ampleur n'atteint que la moitié de ce qui était attendu. Le premier de ces trois piliers est celui de la "prévention et des soins intégrés", dans le cadre duquel il est fait état de la publication de lignes directrices techniques actualisées, de l'intensification du dépistage et du traitement de la tuberculose en tant que comorbidité avec le VIH et de l'introduction d'un régime oral de six mois pour la tuberculose dans 40 pays. Le rapport note que le taux de réussite du traitement de la tuberculose associée au VIH n'est que de 63 %. Dans le cadre du deuxième pilier, le rapport fait état de la lenteur des progrès vers la CMU et de l'adoption du cadre de responsabilisation multisectoriel.

## **Sur la recherche et l'innovation**

En ce qui concerne la stratégie de recherche et d'innovation, appelée troisième pilier, le rapport conclut : "Dans l'ensemble, la mise au point de nouveaux vaccins, diagnostics et médicaments contre la tuberculose et de projets de recherche essentiels progresse lentement, principalement en raison d'un financement inadéquat. Le groupe d'action pour le traitement a fait état d'un investissement dans la recherche et le développement sur la tuberculose de 1 milliard de dollars en 2021-2, ce qui est bien inférieur à l'objectif mondial des Nations Unies de 5 milliards de dollars par an d'ici à 2027". PHM note que la projection de la manière dont les stratégies d'éradication de la tuberculose seraient réalisées comprenait des hypothèses sur l'introduction d'une nouvelle gamme de technologies qui amélioreraient les résultats. Parmi ces technologies, c'est le vaccin qui suscite le plus d'attentes. Bien que des travaux soient en cours, ces délais sont manifestement irréalistes.

En ce qui concerne les conséquences sociales, en particulier l'objectif d'une couverture à 100 % par un ensemble de prestations sanitaires et sociales, il n'est pas fait mention de la couverture atteinte ni même du nombre de pays ayant mis en place un tel ensemble de prestations. Cela est d'autant plus regrettable que certaines études récentes publiées dans *Lancet* ont démontré que les suppléments nutritionnels permettent d'améliorer les résultats des patients et de prévenir le développement de maladies chez les personnes en contact ([Bhargava et al, 2023a](#) et [Bhargava et al 2023b](#)).

## **Raisons de la lenteur des progrès**

La caractéristique positive du rapport est la clarté avec laquelle il décrit la situation actuelle. Sa faiblesse réside dans l'absence d'analyse des raisons pour lesquelles les progrès sont si limités dans la plupart des pays. L'une des raisons des faibles progrès que le rapport met en évidence est le recul dû à l'interruption des services en raison de la pandémie. Toutefois, il ne mentionne pas de mesures spécifiques pour prévenir de telles interruptions à l'avenir.

Les problèmes liés à la chaîne d'approvisionnement et aux droits de propriété intellectuelle sont l'une des raisons pour lesquelles les nouvelles technologies ne peuvent pas être utilisées à grande échelle. Le rapport le reconnaît. Je cite : "Pour que ces (nouveaux) schémas thérapeutiques soient plus largement disponibles, il faut améliorer

l'approvisionnement et l'accès aux médicaments qui en sont la base, notamment par des approches qui harmonisent l'interaction entre le commerce, la propriété intellectuelle et la santé". Toutefois, l'OMS ne s'engage pas clairement à intervenir dans le régime actuel du commerce et des droits de propriété intellectuelle ou auprès des grandes puissances pour parvenir à une telle harmonisation. Ces obstacles se présentent au programme sous la forme de rapports sur les ruptures de stock de médicaments antituberculeux, tant pour le traitement préventif que pour la maladie active. Les ruptures de stock de médicaments contre la tuberculose pharmacorésistante sont très préoccupantes. De nombreux médicaments destinés au traitement de la tuberculose multirésistante et ultrarésistante font l'objet de brevets et le prix élevé de ces médicaments est très élevé.

sont inabordables pour les gouvernements ainsi que pour les sociétés qui travaillent dans le domaine du traitement de la tuberculose. Bien qu'il existe des dispositions dans le cadre des flexibilités des ADPIC, il est difficile de les utiliser. Une dérogation aux ADPIC sur le modèle de ce qui a été mis en place pour la pandémie de Covid serait très utile.

De même, l'échec du passage de l'examen microscopique des expectorations aux tests moléculaires rapides en tant que première ligne de diagnostic de la tuberculose et l'ajout de tests génomiques de résistance aux médicaments multiples pour tous les cas mis sous traitement, bien que positif, nécessiterait un renforcement considérable des systèmes de santé et un soutien financier pour être mis à l'échelle.

### **S'attaquer aux deux principales causes de la persistance de l'épidémie de tuberculose**

Si l'introduction de nouvelles technologies et leur déploiement à grande échelle sont les bienvenus, ils ne s'attaquent pas aux deux principales causes de la persistance de l'épidémie de tuberculose malgré tant de changements périodiques de stratégie.

Le premier défi est la nécessité de renforcer et d'universaliser l'accès aux soins de santé primaires afin de réduire le nombre de cas de tuberculose infectieuse et d'assurer le suivi et l'observance des traitements. De récentes études de prévalence menées dans différents pays indiquent que jusqu'à 50 % des personnes atteintes d'une tuberculose pulmonaire symptomatique n'ont peut-être pas cherché à obtenir des soins appropriés.

Si la recherche active de cas est utile, elle doit s'inscrire dans le cadre d'un travail de routine où les professionnels de la santé sont étroitement solidaires et soutiennent toutes les familles par des visites régulières, plutôt que de s'en remettre à des campagnes sporadiques. La technologie améliore les soins pour ceux qui sont entrés dans la cascade de soins, mais n'aborde pas le problème des nombreuses personnes qui n'y sont pas entrées.

La deuxième exigence majeure est une action efficace sur les déterminants sociaux à grande échelle. Il ne s'agit pas d'une question sectorielle. Il s'agit d'une approche de l'ensemble du gouvernement qui choisit une voie de développement permettant de réduire les inégalités et d'inclure des mesures de bien-être qui s'adressent de manière proactive aux plus pauvres et aux plus marginalisés. Le gouvernement doit choisir des programmes et des voies de développement qui éliminent la faim et la malnutrition dans l'ensemble de la population. Les pandémies et les guerres aggravent la crise alimentaire et créent une insécurité nutritionnelle. Les changements climatiques aggravent la situation en ce qui concerne la production, l'approvisionnement et la distribution des denrées alimentaires. Stratégies d'atténuation et d'adaptation pour faire face à ces crises. D'autres déterminants sociaux auxquels une action intersectorielle peut s'attaquer sont le logement (abris surpeuplés), les mauvaises conditions de travail avec de faibles salaires et les maladies pulmonaires professionnelles. Si l'introduction de nouvelles technologies est la bienvenue, l'impression que l'on peut éliminer la maladie sans s'attaquer aux déterminants sociaux n'est pas susceptible de fonctionner pour la tuberculose. Cela a peut-être fonctionné pour la variole ou le Covid, mais pas pour la tuberculose.

### **En conclusion**

Les résultats finaux dépendront largement de ces deux domaines d'intervention. Si ces deux dimensions ne sont pas prises en compte, l'introduction d'une nouvelle série de technologies

beaucoup plus coûteuses ne fera qu'occuper une part plus importante du budget disponible pour la santé publique, ce qui permettra à l'industrie médicale de réaliser des profits plus élevés, mais avec la persistance de progrès lents vers les objectifs présentés dans ce rapport.

Il est possible que l'introduction d'un vaccin efficace modifie la situation décrite ci-dessus. Il est tout aussi possible que ce ne soit pas le cas. Mais nous n'en sommes pas encore là.

# Point 11. Feuille de route pour les MTN 2021-2030

## En ligne de mire

Le Directeur général présentera un rapport ([EB154/11](#)) en réponse à la décision [WHA73\(33\)](#) (2020), dans laquelle l'Assemblée de la Santé a approuvé la feuille de route et a demandé des rapports biennaux, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur la mise en œuvre de la feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030. Le Conseil sera invité à prendre note du rapport et à fournir des orientations supplémentaires.

## Contexte

[Liens de suivi](#) vers les discussions antérieures du CE sur les MTN

['Global update on implementation of preventive chemotherapy \(PC\) against neglected tropical diseases \(NTDs\) in 2022 and status of donated medicines for NTDs in 2022-2023'](#), WER 51(98),681, 29 Dec 2023

[Page thématique de l'OMS sur les MTN](#)

## Commentaire PHM

Ce rapport biennal sur les MTN ne présente sa conclusion la plus critique qu'au paragraphe 18, qui note que le financement des MTN s'est effondré depuis le début de la pandémie de Covid-19 en 2020. Aucun des "progrès" inégaux évalués dans le rapport ne permettra d'améliorer la vie de près d'un milliard de personnes sensibles aux MTN sans un renversement de la "diminution rapide du financement de la lutte contre les MTN".

Le Conseil exécutif doit déclarer clairement que les maladies tropicales négligées doivent continuer à être négligées et que les souffrances des personnes touchées doivent se poursuivre, ou que les ressources engagées par le passé pour mettre fin aux MTN ne doivent pas être gaspillées par la réduction actuelle du soutien financier, et que la communauté mondiale rétablira son financement pour aider l'OMS à éliminer les MTN et à protéger près d'un milliard de personnes des souffrances causées par des maladies évitables.

Les paragraphes 4 et 5 mentionnent des réductions du nombre et du pourcentage de personnes atteintes d'ATN, ainsi que des AVC liés aux ATN, mais n'évaluent pas ces réductions par rapport à la feuille de route sur les ATN et ne fournissent pas aux États membres suffisamment d'informations pour leur permettre de déterminer si la tendance permettra de réaliser les ambitions de la feuille de route, ni si la tendance varie en fonction du sexe, de la région ou du statut de marginalité. Pour sept des MTN, même ces informations de base ne sont pas disponibles.

La persistance des MTN sape les efforts déployés pour atteindre l'objectif de la santé universelle, c'est-à-dire l'accès universel à tous les services essentiels pour répondre aux besoins en matière de soins de santé sans difficultés financières. En d'autres termes, la

couverture universelle pour chacune des 21 maladies figurant sur la liste des MTN, à la fois en termes de mesures préventives et de traitement sans difficultés financières, est une composante importante des progrès vers la CMU. Toutefois, le traitement curatif des MTN entraîne une augmentation des dépenses hors taxes.

La prévention est radicalement plus rentable que les dépenses en services de soins de santé et en traitements.

Le rapport n'aborde pas la nécessité de s'attaquer aux déterminants sociaux plus larges des MTN, notamment le développement urbain, la gestion de l'eau, la santé au travail et les droits des travailleurs, ni les progrès réalisés dans ce domaine. Chaque MTN a son propre ensemble de déterminants immédiats et intermédiaires, et leur prise en charge nécessite une action planifiée au niveau des soins primaires et de la communauté, ainsi qu'une action intersectorielle. Il ne peut s'agir de programmes verticaux. Il est nécessaire d'élaborer des modèles efficaces de lutte contre les maladies non transmissibles qui soient bien intégrés aux soins de santé primaires complets (voir le paragraphe 7). La priorité accordée à la chimiothérapie préventive fait peser le fardeau sur les individus et les ménages souffrant de MNT, plutôt que sur les interventions sociales. Nous notons que la couverture de la chimiothérapie préventive a également fortement diminué, probablement en raison de la pandémie de Covid (paragraphe 8). Les migrations et les conflits sont des menaces émergentes pour le contrôle et l'élimination des MTN et ne sont pas abordés dans le rapport.

Le paragraphe 11 décrit une politique d'accès aux médicaments qui dépend considérablement des partenaires pharmaceutiques pour accroître les dons. Cela peut fonctionner lorsque l'élimination est un objectif immédiat, mais dans la plupart des cas, cela n'est pas durable et ne remplace pas la fabrication et l'approvisionnement locaux à un prix abordable. Il n'est pas certain non plus que l'appel aux grandes entreprises pharmaceutiques suffise à l'innovation de nouveaux médicaments ou de nouvelles combinaisons de médicaments existants, à leur introduction progressive et à leur mise à l'échelle. Le rapport aurait dû noter que les régimes actuels de droits de propriété intellectuelle font obstacle à l'innovation de la prochaine génération d'outils de diagnostic et de médicaments nécessaires à la prévention et à la lutte contre les MTN. La structure actuelle de l'innovation et de la fabrication risque également d'entraîner une augmentation des coûts, de créer une dépendance à l'égard du financement des donateurs et de priver les pays à faible revenu d'un rôle dans le développement de la fabrication locale d'outils de diagnostic et de traitements pour les MTN. Dans le cas des MTN comme les morsures de serpent, le diagnostic et les soins sont basés sur des approches vieilles de près d'un siècle.

De vastes populations d'Asie, d'Afrique, d'Amérique du Sud et des Caraïbes continuent de se voir refuser l'accès aux médicaments, aux produits de santé et aux technologies de diagnostic pertinentes pour la prévention, le traitement ou la guérison des MTN.

Le paragraphe 12 affirme que "des mesures ont été prises pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens...". Toutefois, ces mesures ont été clairement insuffisantes à de nombreux égards. Alors que [le document EB154/11](#) cite le suivi du programme pour la schistosomiase et les helminthiases transmises par le sol, la surveillance sentinelle pour la lèpre et la sensibilisation aux MTN (en général) pendant la Semaine mondiale de sensibilisation à la résistance aux antimicrobiens (WAAW) du 16 au 20 novembre 2022, ces actions ne sont pas soutenues par des actions dédiées à la prévention ou au traitement des MTN. En effet, les pages web de l'OMS relatives à la WAAW 2022 et à la WAAW 2023 sont muettes sur les MTN, et le directeur général ne mentionne pas non plus les MTN dans ses briefings vidéo pour la

WAAW 2022 ou la WAAW 2023 [Note : EB154/11]. [Note : EB154/11, se réfère à WAAW 2022, peut-être en raison d'une erreur typographique, car il est probable que l'intention était de faire un rapport sur WAAW 2023].

PHM note que le 23 novembre 2023, pendant la WAAW 2023, l'OMS a organisé un webinaire qui comprenait une discussion sur les effets de la RAM sur les MTN ainsi que sur d'autres pandémies (tuberculose, VIH, paludisme, IST).

En outre, la fiche d'information de l'OMS contient des notes limitées sur les interactions entre la RAM et les MTN, bien qu'elles ne concernent que quatre des vingt MTN.

(Source : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance> ; consulté le 4 janvier 2024) Autres citations :

- <https://www.who.int/campaigns/world-antimicrobial-awareness-week/2022#>
- <https://www.who.int/news-room/events/detail/2022/11/18/default-calendar/world-semaine-de-sensibilisation-aux-microbes-2022>
- <https://www.who.int/multi-media/details/world-antimicrobial-awareness-week-2023-video>

Les paragraphes 13 à 15 se concentrent sur les approches biomédicales de la prévention ou du traitement des MTN, mais ignorent les actions politiques, sociales et communautaires nécessaires à l'élimination effective des MTN. Les notes sur l'amélioration de la surveillance des MTN sont utiles, en particulier le GNARF, mais aucune mention n'est faite de la manière dont les nouveaux systèmes de données doivent être utilisés par les autorités nationales et infranationales, ni par les acteurs de la société civile.

Le paragraphe 18 stipule : "Il y a un consensus général sur le fait que la diminution rapide du financement de la lutte contre les maladies tropicales négligées depuis 2020 est maintenant l'obstacle le plus urgent au progrès." Cette question cruciale des ressources pour les MTN est enfouie dans le rapport, obscurcie par l'alternance de termes et de statistiques positifs et négatifs concernant les progrès réalisés dans la lutte contre les MTN. Au contraire, l'érosion de la base de financement des MTN est l'une des questions les plus importantes à examiner par le conseil d'administration, car elle représente un gaspillage manifeste des engagements financiers antérieurs et une prolongation des souffrances de près d'un milliard de personnes atteintes de maladies dont les moyens de prévention et les traitements sont connus.

Deux questions sont soumises à discussion, relatives aux défis opérationnels/techniques et à la mise en œuvre d'un nouvel ensemble de priorités stratégiques. En lieu et place ou en parallèle de ces questions, le Conseil exécutif doit décider si les MTN doivent continuer à être négligées avec des ressources insuffisantes ou si l'OMS doit être soutenue avec un financement suffisant pour la mise en œuvre de la feuille de route pour les MTN.

PHM demande instamment aux États membres de prendre les mesures suivantes concernant les MTN :

- Soutenir l'OMS en lui fournissant les ressources nécessaires pour permettre l'élimination des 20 MTN d'ici à 2030 (21 avec l'ajout récent du Noma) et s'appuyer sur la décision prise lors de la WHA73(33) en 2020 concernant la feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030, afin que les financements précédents ne soient pas gaspillés par la diminution rapide et continue des ressources destinées à l'élimination des MTN ;
- Donner la priorité aux interventions sociales pour prévenir ou traiter les MTN, parallèlement aux chimiothérapies et autres interventions biomédicales ;
- Demander à la DG d'inclure les MTN en tant qu'action prioritaire dans le plan d'action mondial sur la résistance aux antimicrobiens, afin de veiller à ce que l'apparition d'une résistance antimicrobienne aux médicaments

disponibles pour la prévention ou le traitement des MTN ne compromette pas les efforts déployés pour éradiquer ces vingt maladies qui touchent de manière disproportionnée les pauvres dans le monde, entraînant la perte des moyens de subsistance et l'aggravation de la pauvreté.

# Point 12. Accélération de la réalisation des objectifs de développement durable en matière de santé maternelle et de mortalité infantile

## En ligne de mire

Les progrès pour réduire le taux mondial de mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030 (cible 3.1 des ODD) ont stagné entre 2016 et 2020 ; en outre, 54 pays ne sont pas sur la bonne voie pour mettre fin aux décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans d'ici la même année (cible 3.2 des ODD), et pour atteindre l'objectif de réduction de la mortalité néonatale à au moins 12 pour 1 000 naissances vivantes et de la mortalité des enfants de moins de 5 ans à au moins 25 pour 1 000 naissances vivantes).

Le Conseil d'administration sera invité à prendre note du rapport ([EB154/12](#)) et à fournir des orientations supplémentaires, notamment en ce qui concerne les questions suivantes :

- Quelles actions les États membres recommandent-ils pour accélérer les progrès vers la réalisation :
  - Objectif de développement durable 3.1 (réduction de la mortalité maternelle) ?
  - Objectif de développement durable 3.2 (mettre fin aux décès évitables de nouveau-nés et d'enfants et réduire la mortalité néonatale) ?
- Selon les États membres, quel devrait être le rôle du secrétariat de l'OMS dans le soutien de ces actions ?

## Contexte

Liens vers des discussions antérieures sur les [ODD](#)

[Observatoire mondial de la santé de l'OMS / ODD](#)

## Commentaire PHM

### Appréciation

La charge de morbidité absolue et les inégalités en matière de santé maternelle et infantile, telles qu'elles sont décrites dans le document EB154/12, sont très préoccupantes. L'analyse des tendances actuelles (paragraphe 2 à 12) est très claire et devrait être largement diffusée.

PHM note que les statistiques présentées concernant la mortalité maternelle vont jusqu'en 2020, c'est-à-dire avant la pandémie de COVID 19, qui a eu un impact notable sur l'augmentation de la mortalité maternelle (d'environ 30 % dans plusieurs contextes) et des taux de mortalité dans de nombreux pays. L'impact sur la vaccination DPT au paragraphe 23 est la seule mesure d'impact mentionnée.

Les tendances actuelles sont principalement décrites en termes de mortalité, avec une évaluation limitée de la morbidité maternelle (par exemple, les accidents vasculaires cérébraux) et de la morbidité néonatale (par exemple, l'encéphalopathie ischémique hypoxique). De tels indicateurs doivent être développés et mesurés à l'avenir.

Bien que l'absence de progrès dans la réduction des mortinaissances soit décrite au paragraphe 3, ces décès restent non comptabilisés et non reconnus dans de nombreux pays ; il convient d'y remédier.

Il n'y a aucune tentative de décrire le nombre de femmes enceintes, de mères, de nouveau-nés et d'enfants actuellement déplacés en raison des migrations et des conflits, ni de dénombrer d'autres groupes cachés tels que les enfants des rues et les enfants qui travaillent. PHM demande instamment que de telles mesures soient incluses, même s'il ne s'agit que d'estimations.

Le document aborde l'analyse de la causalité de deux manières : premièrement, en examinant la portée des principales interventions (cliniques et préventives) nécessaires à la santé maternelle et infantile ; deuxièmement, en explorant de manière plus générale les obstacles à la réalisation des objectifs en matière de mortalité maternelle et infantile.

Aux paragraphes 13 à 17, le rapport fait état d'importantes lacunes dans la disponibilité des interventions clés pour la santé maternelle et infantile, ainsi que de grandes inégalités au sein des pays et entre eux. Alors que des comparaisons d'équité sont présentées pour la couverture des interventions, des données similaires ne sont pas présentées pour les résultats et montreraient de grandes disparités entre les quintiles de revenus supérieurs et inférieurs pour la morbidité et la mortalité. Parmi les lacunes, les services de santé sexuelle et génésique se distinguent (y compris l'avortement gratuit et sans risque pour les filles et les adolescentes). L'alimentation au sein (initiation précoce et exclusive pendant six mois) est également citée comme l'une des lacunes les plus importantes.

Dans son analyse des obstacles à la santé maternelle et infantile (paragraphes 18-23), le rapport énumère les faiblesses du système de santé ainsi que des obstacles socio-économiques plus larges.

En ce qui concerne les faiblesses du système de santé, le rapport cite :

- la sensibilisation de la communauté ;
- Le paiement direct est un obstacle à l'accès à l'information ;
- les obstacles liés à la distance et aux déplacements ;
- l'accès à des médicaments, des équipements et des produits de base de qualité ; et
- la pénurie de personnel compétent dans le domaine de la santé et des soins.

La discussion du rapport sur les pénuries de main-d'œuvre (paragraphe 18) est particulièrement utile, citant notamment la sous-utilisation et l'insuffisance de l'offre d'agents de santé communautaires et de sages-femmes. Le paragraphe 18 est insuffisant en ce sens qu'il n'appelle pas à la pleine reconnaissance des agents de santé communautaires en tant que travailleurs réguliers devant être correctement rémunérés et bénéficier d'une sécurité sociale en conséquence.

Le rapport souligne également les lacunes en matière de qualité des soins (paragraphe 22). Il convient d'inclure explicitement les soins irrespectueux, qui constituent un problème majeur. La qualité des soins n'est pas seulement une question technique impliquant les compétences, les ressources et la gouvernance. Il s'agit également d'une question de droits des patients qui doivent être respectés, promus et protégés tout au long du processus de soins et de l'administration (par exemple, la protection des données).

Le rapport reconnaît qu'il est de plus en plus évident que les inégalités persistantes en matière de développement socio-économique contribuent de manière significative à la mauvaise santé maternelle (paragraphe 21). Cela souligne la nécessité de disposer de données désagrégées et de les utiliser dans l'élaboration des programmes.

Le rapport fait également état d'un "nombre croissant de connaissances" liant le changement climatique à des effets néfastes sur la santé de la mère et de l'enfant (paragraphe 23), non seulement la chaleur et la pollution de l'air, mais aussi d'autres facteurs tels que les inondations et les glissements de terrain.

Le document se termine par un retour au programme / à l'intervention, en énumérant une série de stratégies, de feuilles de route et de plans d'action qui, s'ils sont mis en œuvre à grande échelle, pourraient remettre les pays sur la bonne voie pour atteindre les objectifs de 2030 en matière de mortalité maternelle et infantile.

## **Critique**

### **Capacité du système de santé secondaire**

L'accent mis sur les agents de santé communautaires et les sages-femmes dans les paragraphes 18 et 19 est apprécié. Cependant, il est également important de souligner l'importance de l'aide à l'orientation et de la sensibilisation à partir du niveau secondaire du système de santé. Existe-t-il une capacité secondaire permettant aux praticiens des soins primaires de réaliser leur potentiel ? La disponibilité de structures de soins obstétriques et néonataux complets (par exemple dans les hôpitaux de district) est essentielle.

La capacité de soutien secondaire comprend les soins d'urgence (y compris les soins intensifs néonataux), la chirurgie, le sang, l'anesthésie et le soutien technique continu. Il s'agit d'une capacité globale et intégrée, et non d'une gamme étroite de compétences et d'installations définie par des programmes d'intervention verticaux. Cela nécessite également des transports entre établissements ainsi que des transports entre le domicile et le centre de soins. Une capacité de soutien secondaire est également nécessaire pour les troubles mentaux, y compris les troubles du spectre autistique et le TDAH.

Il est essentiel d'améliorer la direction et la gouvernance du système de santé au niveau de la région, du district et de l'établissement. Il s'agit notamment de comprendre les besoins de santé des populations desservies et la disponibilité des services dans la zone desservie. (Commentaire de PHM sur la sensibilisation de la communauté).

### **Sensibilisation de la communauté**

Au paragraphe 19, le document EB154/12 fait vaguement référence à une "sensibilisation limitée aux besoins et aux soins disponibles", mais sans plus de précisions.

Le contexte suggère que, dans certains contextes, les familles et les communautés ne sont pas conscientes des risques liés à la grossesse et à la petite enfance ou de l'efficacité des interventions cliniques et préventives disponibles. Le terme "sensibilisation" ne rend peut-être pas compte de l'ensemble des contraintes qui pèsent sur la pleine utilisation de ces services.

Dans de nombreux cas, les communautés sont conscientes des risques et des besoins, mais se heurtent à des obstacles considérables en matière d'accès. Il en va de même, dans certains contextes, pour la distribution de nourriture au sein du ménage et de la communauté.

L'accent mis sur la nécessité de disposer d'agents de santé communautaires et de sages-femmes dans d'autres parties du document est un élément nécessaire de toute réponse aux problèmes de "sensibilisation limitée". Cependant, il serait

Il conviendrait également de chercher à renforcer la compréhension et la sensibilité des gestionnaires du système de santé et des décideurs politiques en ce qui concerne la connaissance et la demande de services et de ressources.

### **Privatisation et commercialisation**

Dans sa discussion sur les obstacles au système de santé, il ne mentionne pas les pressions exercées pour privatiser la prestation des soins de santé et commercialiser l'assurance maladie (une conséquence fréquente des politiques de "couverture sanitaire universelle").

La promotion de la qualité des soins, de l'efficacité de l'utilisation des ressources, d'une répartition plus équitable des ressources et du développement de soins de santé primaires complets nécessite un cadre réglementaire solide et un financement par un payeur unique responsable devant l'opinion publique.

La privatisation réduit la portée de la gouvernance clinique et la promotion de la qualité des soins. La privatisation et la commercialisation affaiblissent le levier politique dont disposent les ministères de la santé pour une utilisation efficace et une répartition équitable des ressources. L'assurance maladie concurrentielle et commercialisée est trop souvent associée à des niveaux stratifiés de couverture médicale, allant d'une couverture généreuse à une couverture minimale (avec des coûts de fonctionnement élevés pour les personnes bénéficiant de plans très basiques).

Le nombre croissant d'accouchements par césarienne, qui est excessif dans le secteur privé de nombreux pays, est particulièrement préoccupant en ce qui concerne la prématurité.

L'OMS a été trop prudente dans sa critique de la campagne de privatisation des soins de santé, menée en particulier par la Banque mondiale et la Fondation Rockefeller. La privatisation des soins de santé et de leur financement est également encouragée par le FMI et les marchés financiers internationaux, qui exigent l'austérité budgétaire. L'austérité budgétaire est également une conséquence de l'évasion fiscale et des conditions imposées aux investissements étrangers.

PHM exhorte les membres de l'EB à demander que le document EB154/12 soit retravaillé avant d'être présenté à l'Assemblée de la Santé afin d'accorder une attention appropriée au développement de systèmes de santé solides, financés et administrés par l'État, ainsi qu'au contexte macroéconomique plus large qui doit être pris en compte en tant que condition du renforcement des systèmes de santé.

### **Changement climatique**

Le rapport EB154/12 mentionne le changement climatique comme un obstacle à la réalisation des objectifs en matière de santé maternelle et infantile. Toutefois, le fait que le rapport ne mentionne que le stress thermique, les maladies infectieuses et la pollution de l'air comme facteurs de médiation, en négligeant des questions telles que le lien avec la sécurité alimentaire, laisse perplexe.

PHM demande instamment aux membres de l'EB de mettre également l'accent sur les

inondations, la sécheresse, les déplacements et les conflits dans la prochaine version de ce document. Compte tenu de la résistance persistante à la réduction de l'utilisation des combustibles fossiles, qui s'est manifestée notamment lors de la COP28, l'OMS doit continuer à contribuer à l'élaboration d'arguments en faveur d'une action efficace en matière d'atténuation et d'adaptation.

## **Inégalités et discrimination**

Le rapport reconnaît les inégalités persistantes en matière de développement socio-économique qui contribuent à la mauvaise santé des mères et des enfants. Cependant, il ne développe pas les obstacles sous-jacents au développement. Il n'y a aucune mention de la dette insoutenable, de l'imposition de l'austérité et du rôle de la libéralisation du commerce dans l'augmentation du chômage, du sous-emploi et de l'emploi précaire. La violence et la discrimination fondées sur le sexe doivent être reconnues comme une priorité absolue.

Les migrations, les conflits et les guerres constituent des obstacles majeurs à la réalisation des ODD, notamment à l'amélioration de la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants. Ces perturbations se sont aggravées depuis 2020 et restent une catastrophe de santé publique en constante augmentation.

Les violences obstétricales doivent être soulignées car il s'agit d'un facteur lié à la morbidité et à la mortalité maternelles, non seulement en raison de l'inadéquation des soins, mais aussi parce qu'elles empêchent les femmes de rechercher des soins appropriés et opportuns par PEUR d'être maltraitées. Ce facteur varie bien sûr en fonction de la race et de la classe sociale.

## **Malnutrition**

Il est regrettable que l'anémie maternelle ne soit pas mentionnée dans le rapport, car elle reflète à la fois les faiblesses du système de santé et l'inégalité et la discrimination. L'anémie est un facteur majeur de l'évolution de la santé maternelle ; elle est liée à une mauvaise alimentation des nourrissons et à la nutrition des adolescentes, y compris l'absence de prise en compte des besoins de santé des adolescentes tels que les saignements menstruels abondants.

Le document EB154/12 mentionne la prévalence persistante du retard de croissance chez les enfants de moins de cinq ans, en particulier en Asie du Sud et en Afrique. Il convient de souligner que le retard de croissance chez l'enfant est un indicateur indirect des niveaux de pauvreté et reflète l'insécurité alimentaire qui, à son tour, est façonnée par les intersections de l'inégalité économique, des accords commerciaux inéquitables et du contrôle des chaînes de valeur agricoles par les entreprises, ainsi que par le changement climatique.

Le document EB154/12 mentionne également l'émaciation, qui est un indicateur beaucoup plus aigu de la faim catastrophique, généralement due à des catastrophes "naturelles" liées au climat, à des conflits politiques et à des déplacements de population. Ces associations doivent être mentionnées dans le cadre du renforcement de la nécessité de s'attaquer aux facteurs sous-jacents avec la pleine participation des communautés touchées.

La malnutrition est à l'origine de près de 50 % de la mortalité infantile. Le surpoids et l'obésité chez les enfants peuvent également contribuer à la morbidité plus tard dans la vie...

Si l'OMS prend au sérieux les déterminants sociaux (y compris commerciaux) de la santé ou "l'économie de la santé pour tous", ces obstacles sous-jacents doivent être explicitement identifiés et remis en question.

## **Accélération de la réalisation des objectifs de développement durable**

Au paragraphe 24, le rapport revient à l'esprit d'intervention, en présentant une série de stratégies, de plans d'action et de feuilles de route de l'OMS comme la clé de l'accélération de l'amélioration de la santé maternelle et infantile.

La mise en œuvre de ces stratégies, plans d'action et feuilles de route ne peut être dissociée des défis liés à la faiblesse des systèmes de santé, aux inégalités économiques et à la discrimination, au réchauffement climatique et aux conflits.

Des précisions sont nécessaires pour traduire les initiatives mondiales en politiques et pratiques réelles au niveau du district, de l'établissement et de la communauté, y compris la mise à disposition d'un financement sûr (équitable). Par exemple, la feuille de route de l'OMS pour l'HPP mentionne l'approche EMOTIVE, selon laquelle l'utilisation d'un drap de collecte en plastique pour mesurer avec précision la perte de sang à la naissance permet de réduire de 60 % les issues graves, mais elle nécessite une stratégie de mise en œuvre claire sur la manière dont les outils peuvent être obtenus et distribués à faible coût, et leur utilisation initiée à tous les niveaux de soins.

### **Société civile**

Ce rapport ne reconnaît absolument pas le rôle de la société civile dans la promotion de la santé maternelle et infantile, que ce soit en remettant en question les hypothèses de la communauté, en exigeant des changements dans la politique de santé ou en demandant aux institutions de rendre des comptes. Des mesures telles que les audits sociaux des services illustrent la contribution potentielle de la participation communautaire.

En tant qu'organisation d'États membres, l'OMS s'est montrée trop prudente dans la reconnaissance de la contribution potentielle de la société civile, y compris des mouvements sociaux, dans la lutte pour la santé pour tous. PHM appelle le Secrétariat à jouer un rôle plus important dans la recherche et la documentation des rôles potentiels de la société civile et dans l'établissement de relations avec la société civile au niveau des pays.

# Point 13. Résistance aux antimicrobiens : accélérer les réponses nationales et mondiales

## En ligne de mire

Conformément à la résolution [WHA72.5](#) (2019) et en préparation de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la résistance aux antimicrobiens, prévue en septembre 2024, le Directeur général présentera un rapport ([EB154/13](#)) sur les priorités stratégiques et opérationnelles de l'OMS pour lutter contre les infections bactériennes résistantes aux médicaments, pour la période 2025-2035. Le Conseil sera invité à prendre note du rapport et à fournir des orientations supplémentaires.

## Contexte

[Liens de suivi](#) vers les discussions antérieures du CE sur l'AMR

[Déclaration politique de l'AGNU de 2016 sur la résistance aux antimicrobiens](#). [Suivi du SG. Quadripartite](#)

## Commentaire PHM

(Veuillez lire ce rapport et faire part de vos commentaires en même temps que ceux concernant le point 8 de l'ordre du jour sur la prévention et le contrôle des infections).

1. Les cinq premiers paragraphes du rapport sur la résistance aux antimicrobiens (RAM) décrivent l'ampleur du problème et les dommages généralisés qu'elle cause dans le système de santé et d'autres secteurs, ainsi que la mortalité et la morbidité excessives qu'elle entraîne. Le rapport note ensuite que si la plupart des pays ont adopté des plans nationaux, seuls 27 % d'entre eux font état de progrès dans la mise en œuvre effective de ces plans (paragraphe 6). Le rapport réitère ensuite l'appel à la mise en œuvre de ces plans nationaux et mondiaux (paragraphe 7 à 10).
2. En 2015, l'Assemblée mondiale de la santé (68<sup>th</sup>) a adopté le [plan d'action mondial sur la résistance aux antimicrobiens](#) et (dans [WHA68.7](#)) a exhorté les États membres à élaborer et à mettre en œuvre des plans d'action nationaux similaires. Étant donné que la résistance aux antimicrobiens nécessite une réponse globale fondée sur l'approche "Une seule santé", l'OMS et les autres organisations quadripartites, à savoir l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture, le Programme des Nations unies pour l'environnement et l'Organisation mondiale de la santé animale, ont toutes approuvé le plan d'action mondial et sont convenues d'actions multisectorielles pour sa mise en œuvre. Les trois autres organisations ont adopté des stratégies sectorielles de lutte contre la RAM. En 2023, lors de la 76<sup>th</sup> WHA, la DG OMS a fait une proposition pour l'élaboration d'un cadre stratégique et opérationnel de l'OMS pour lutter contre les infections bactériennes résistantes aux médicaments dans le secteur de la santé humaine.

3. Une réunion de haut niveau des Nations unies sur le thème de la résistance aux antimicrobiens est prévue en 2024. Le présent rapport ([EB154/13](#)) s'inscrit dans le cadre de la préparation de la réunion des Nations unies sur la résistance aux antimicrobiens prévue dans le courant de l'année.

4. Ce rapport propose trois priorités stratégiques urgentes et deux priorités opérationnelles pour une réponse globale de santé publique à la résistance aux antimicrobiens dans le secteur de la santé humaine. La première est la prévention de toutes les infections qui donnent lieu à l'utilisation d'antibiotiques, en notant que les infections virales et autres contribuent également à une utilisation inappropriée des antibiotiques. La deuxième priorité stratégique est l'accès universel à un diagnostic de qualité et à un traitement approprié des infections. La troisième priorité est l'information stratégique et l'innovation, notamment la surveillance de la résistance aux antimicrobiens et de la consommation/utilisation des antimicrobiens, la mise au point de nouveaux vaccins, diagnostics et agents antimicrobiens, et les mesures visant à les rendre accessibles et abordables. Ces stratégies visent à orienter les efforts déployés pour s'attaquer aux causes et aux conséquences des infections résistantes aux médicaments pour les personnes, les communautés et les systèmes de santé. Elles représentent un changement d'orientation des pathogènes vers les systèmes de santé.

5. Toutefois, le passage à une approche fondée sur les systèmes de santé fait apparaître plus clairement les chevauchements avec d'autres interventions liées aux systèmes de santé. Le paragraphe 14 mentionne la prévention et le contrôle des infections, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la vaccination, la santé maternelle et infantile, le diagnostic et le renforcement des laboratoires, les soins de santé primaires, la couverture sanitaire universelle, la préparation et la réponse aux urgences sanitaires, le personnel de santé et diverses stratégies spécifiques aux maladies. Ces domaines font tous l'objet de résolutions, de stratégies et de plans distincts de l'OMS, mais au niveau national et au niveau des établissements, la genèse de la RAM doit être évaluée par rapport à ces différents domaines et l'action doit intégrer les principes et les exigences de ces différents domaines. Le document reconnaît les défis de l'intégration au niveau national et au niveau de l'établissement, mais ne fournit pas de moyens pratiques pour relever ces défis. Dans ces conditions, il est probable que l'absence de progrès dans les plans nationaux signalée dans ce document se poursuivra.

6. Étant donné le degré élevé de chevauchement entre ce point de l'ordre du jour et celui relatif à la prévention et au contrôle des infections (point 8 de l'ordre du jour), nous demandons instamment au Secrétariat d'intégrer plus étroitement ces deux initiatives, plutôt que de lancer deux programmes verticaux et de créer de la confusion à tous les niveaux régionaux et nationaux. La première des trois stratégies proposées pour la RAM est la prévention et le contrôle des infections. Cependant, alors que le point 8 de l'ordre du jour se concentre uniquement sur la prévention et le contrôle des infections dans les établissements, ce point englobe la prévention des infections dans la communauté ainsi que dans les établissements. Dans notre commentaire sur le point 8, nous avons demandé que le plan d'action sur la prévention des infections soit élargi pour inclure la prévention des infections dans la communauté et dans l'établissement. Il y a de bonnes raisons de le faire, car il est difficile et inadéquat d'assurer la salubrité de l'eau, l'assainissement, l'hygiène et l'élimination des déchets uniquement dans l'établissement, sans tenir compte de l'environnement urbain dans lequel il est situé. Toutefois, la lutte contre les infections au sein de la communauté nécessite une législation en matière de santé publique qui puisse faire respecter les droits des citoyens en ce qui concerne l'eau potable, l'assainissement et les mesures d'hygiène au sein de la communauté. De nombreux pays disposent d'une telle législation, dont les institutions gouvernementales locales sont les garants, mais les gouvernements locaux ne disposent

généralement pas des capacités et des pouvoirs financiers nécessaires pour jouer ce rôle.

7. Ce rapport est étonnamment silencieux sur le rôle de l'utilisation des antibiotiques dans les secteurs de l'élevage, de l'agriculture et de la médecine vétérinaire, bien qu'il soit bien connu qu'une grande partie de la résistance aux antibiotiques qui apparaît est due aux pressions commerciales exercées sur ce secteur, qui conduisent à des niveaux élevés d'utilisation inappropriée d'antibiotiques. Cela s'explique peut-être par le fait que cette question est abordée dans les stratégies sectorielles des autres partenaires quadripartites, en particulier l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO).

des Nations unies et l'Organisation mondiale de la santé animale. Toutefois, les documents fournis aux organes directeurs de l'OMS devraient comporter des références croisées et des liens avec les documents pertinents et montrer les points de convergence. Il n'est pas acceptable d'ignorer l'une des principales sources de développement de la résistance aux antimicrobiens ; les États membres doivent exiger son inclusion.

8. La deuxième stratégie "Accès universel à un diagnostic abordable et de qualité et à un traitement approprié des infections" est la bienvenue, d'autant plus qu'elle intègre les préoccupations relatives à l'accès aux antibiotiques essentiels et à la limitation de leur utilisation inappropriée. Nous saluons également la déclaration selon laquelle "cette priorité nécessite l'intégration d'interventions spécifiques - notamment pour le diagnostic et la gestion des antibiotiques sur la base de la classification AWaRe (accès, surveillance, réserve) de l'OMS et de l'annuaire des antibiotiques AWaRe de l'OMS". Il s'agit notamment de garantir un accès équitable entre les sexes et de répondre aux besoins spécifiques des groupes vulnérables, y compris les migrants et les réfugiés". AWaRe est le bienvenu. Nous devons toutefois souligner ce paradoxe : d'une part, des sous-groupes importants de la population connaissent de graves problèmes d'accès aux antibiotiques essentiels (et à d'autres médicaments) et, d'autre part, l'ensemble de la population est confrontée à des niveaux élevés de gaspillage, d'utilisation irrationnelle, non scientifique, voire dangereuse, des antibiotiques. Ce paradoxe trouve son origine dans la nature de la production capitaliste, et si l'action de l'État peut atténuer ce problème et s'y adapter, elle ne peut pas l'éliminer complètement.

9. Nonobstant les mesures visant à atténuer l'utilisation inappropriée des antibiotiques, le silence sur certains des facteurs de cette utilisation inappropriée constitue une faiblesse majeure de cette stratégie. Une grande partie de l'utilisation inappropriée des antibiotiques est due aux pressions commerciales et à leur lien avec les comportements professionnels. Ces pressions conduisent à façonner la demande publique en faveur de l'utilisation inappropriée et à créer un cercle vicieux de légitimation. Ce rapport aborde l'ensemble du problème comme une question de comportement des consommateurs et, de manière quelque peu implicite, des prestataires, mais il laisse complètement de côté les considérations d'économie politique qui incluent le marketing commercial et contraire à l'éthique des produits pharmaceutiques. Ce problème n'est pas limité aux antibiotiques, mais ici il y a un préjudice causé par des transactions individuelles entre le fournisseur et le patient qui ont un effet sur l'ensemble de la population. Le rapport ne mentionne pas la nécessité de contrôler la commercialisation des antibiotiques, en imposant des restrictions réglementaires aux pratiques de commercialisation et de prescription contraires à l'éthique. Il n'est pas fait mention de la nécessité d'améliorer l'accès des médecins à des informations de bonne qualité sur les prescriptions, provenant d'institutions exemptes de conflits d'intérêts. Il n'est pas fait mention de la complicité des associations professionnelles dans cette commercialisation contraire à l'éthique, à la fois pour des raisons de pouvoir professionnel et de gain financier. Il n'est pas fait mention de l'utilisation des génériques à la différence des marques. Il n'est pas fait mention de la difficulté de limiter l'utilisation des antibiotiques de troisième et quatrième génération dans un contexte où le secteur privé des soins de santé ne fait l'objet d'aucune réglementation.

10. En matière de gestion, il est nécessaire de trouver des solutions plus pratiques et plus abordables pour faire des choix de prescription appropriés plutôt que d'appeler à une expansion

massive des diagnostics microbiologiques et génomiques où chaque épisode d'infection individuelle nécessite de lourdes dépenses de diagnostic. Dans la plupart des pays à faible revenu, le principal défi de l'intendance consiste à garantir l'accès minimal essentiel aux capacités microbiologiques (c'est-à-dire aux laboratoires, aux microbiologistes, aux directives de traitement standard), à l'informatique de santé publique appropriée et à la surveillance des maladies. Ce problème d'accès à la capacité bactériologique n'est mentionné que comme l'un des indicateurs. Le rapport ne reconnaît même pas les problèmes liés au développement de ces capacités bactériologiques.

capacités. (Pour une discussion plus approfondie sur le renforcement des systèmes de santé nécessaire à une gestion efficace des antibiotiques, voir également le commentaire de PHM sur le point 8 de l'ordre du jour de cette réunion).

11. Les défis actuels de l'innovation sous-tendent la troisième stratégie proposée dans ce rapport. Le régime actuel d'innovation et de connaissances est mauvais pour tous les médicaments essentiels à la santé publique, mais il est terrible lorsqu'il s'agit d'antibiotiques. Par définition, les antibiotiques de troisième et quatrième génération doivent avoir un usage très restreint, ce qui signifie que la taille du marché est très limitée et que les marges de prix sont très élevées. Il n'est pas possible de créer un régime de propriété intellectuelle et un modèle de financement uniquement pour les nouveaux antibiotiques. Le financement public de la recherche sur les antibiotiques serait utile, mais sans contrôle des brevets et de la distribution, nous assisterons au même résultat qu'avec les vaccins Covid, un profit énorme pour les grandes entreprises pharmaceutiques avec de grandes inégalités d'accès, malgré le financement public. Les mesures minimales pour un régime d'innovation efficace sont les suivantes : a) dissocier le prix de l'innovation et du développement du prix de la commercialisation du médicament, ce dernier ne reflétant que les coûts de fabrication ; b) en cas de financement public, l'acquisition publique des droits de propriété intellectuelle et l'octroi obligatoire de licences à plusieurs fabricants de génériques pour entreprendre la production, y compris, si possible, la fabrication dans le secteur public.

12. En résumé, bien que ces stratégies contiennent de nombreuses mesures bienvenues, elles sont trop incomplètes pour être couronnées de succès. Dans bon nombre de nos communautés locales, un dicton dit : "c'est comme sauter de l'autre côté d'un puits et réussir à peu près". C'est bien essayé, mais on tombe quand même dedans. L'ampleur du problème est bien décrite, mais il nécessite une réponse plus globale.

# Point 14. Le travail de l'OMS dans les situations d'urgence

## En ligne de mire

Le directeur général présentera un rapport ([EB154/14](#)) qui fera le point sur toutes les urgences de santé publique de portée internationale, les urgences de niveau 3 et les urgences de niveau 3 du Comité permanent interorganisations des Nations unies dans lesquelles l'OMS est intervenue en 2023 (jusqu'au 30 septembre) et sur les progrès accomplis pour améliorer la recherche et le développement concernant les maladies potentiellement épidémiques. Un deuxième rapport ([EB154/15](#)) décrira les travaux entrepris par l'OMS aux niveaux mondial, régional et national afin de renforcer la prévention, la préparation, la riposte et la résilience aux situations d'urgence sanitaire. Le Conseil sera invité à prendre note des rapports et à fournir des orientations supplémentaires.

## Contexte

[Liens du tracker](#) vers les discussions antérieures de l'organe de direction sur les urgences

[Aperçu du programme d'urgence de l'OMS](#)

[Soins de santé d'urgence en situation de crise](#) (Bull OMS, 2024;102:5-6)

## Commentaire PHM

### Urgences de santé publique : préparation et réaction

#### Vue d'ensemble

Le rapport de la DG "Urgences de santé publique : préparation et réponse" ([EB154/14](#)) se concentre sur les urgences humanitaires attribuables aux catastrophes climatiques, aux maladies infectieuses et aux conflits.

Il s'agit d'un rapport annuel régulier sur la participation de l'OMS aux urgences de santé publique. Il a été demandé dans [EBSS3.R1](#) en janvier 2015 et dans [WHA68\(10\)](#) en mai 2015. Il s'agit de deux documents importants pour l'évolution des travaux de l'OMS en matière de préparation et de réponse aux situations d'urgence.

Le document EB154/14 identifie les régions MENA et AFRO comme les régions les plus touchées. L'insécurité alimentaire, "l'insécurité accrue et l'atteinte à la sécurité" des travailleurs et des installations sanitaires, et "l'affaiblissement des systèmes de santé à la suite de la pandémie de COVID-19" sont mentionnés comme des facteurs supplémentaires compliquant la fourniture de services de santé dans les situations d'urgence, les situations humanitaires et les conflits. Au cours de la période couverte par le rapport (1er janvier-30 septembre 2023), l'OMS a répondu à 66 situations d'urgence classées, dont 17 de niveau 3.

Le rapport fait état d'une escalade et d'une intensification des crises humanitaires au cours de la période couverte par le rapport, reconnaît que cette situation ne semble guère vouloir s'inverser et, à la lumière de cette situation, exprime sa préoccupation quant aux difficultés rencontrées pour assurer le financement de son travail dans le domaine de l'aide humanitaire.

les urgences. Les catastrophes naturelles en Libye (inondations), au Maroc, en Syrie et en Turquie (tremblements de terre), ainsi que le conflit à Gaza, qui se sont tous produits après la période couverte par le rapport, sont mentionnés dans le rapport comme des indicateurs que le programme d'urgence sera confronté à une charge de travail accrue dans un avenir prévisible.

La préoccupation du Secrétariat concernant le fait que "[l']augmentation exponentielle prévue de la vulnérabilité et des personnes dans le besoin va de pair avec une diminution du financement des opérations humanitaires" est exprimée dans la première phrase de la section "Perspectives" : "Les tendances actuelles ne sont pas viables". Les contraintes de financement qui limitent l'engagement efficace de l'OMS dans les crises humanitaires sont les suivantes :

- Des lacunes de financement dans le budget du programme d'urgence sanitaire de l'OMS (40 %) et dans le segment du budget consacré aux opérations d'urgence et aux appels (25 %) ;
- Approbation d'augmentations budgétaires exceptionnelles pour le programme d'urgence sanitaire en mai 2022, mais pas encore d'"augmentation(s) matérielle(s) du financement" correspondant à ces augmentations.

## Commentaire PHM

EB154/14 décrit une augmentation choquante des situations d'urgence dans le monde. Il convient de le rappeler :

*La tendance générale au cours de la période considérée a été une forte augmentation des besoins humanitaires en matière de santé à l'échelle mondiale, sous l'effet de facteurs aggravants qui se chevauchent et interagissent, notamment l'accélération du changement climatique, l'intensification des conflits et de l'insécurité, l'augmentation de l'insécurité alimentaire, l'affaiblissement des systèmes de santé à la suite de la pandémie de COVID-19 et l'apparition de nouvelles épidémies de maladies infectieuses. (paragraphe 8)*

*D'année en année, l'OMS répond à des situations d'urgence sanitaire plus fréquentes, plus complexes et plus durables que jamais dans son histoire. À la fin de l'année 2022, les Nations Unies ont estimé que 339 millions de personnes - près de 5 % de la population mondiale - auraient besoin d'une aide humanitaire en 2023, beaucoup d'entre elles étant confrontées à des menaces urgentes pour leur santé. Cela représente une augmentation d'environ 25 % de l'ampleur des besoins humanitaires en matière de santé par rapport à 2022, et une augmentation de plus de 100 % par rapport à 2018. (paragraphe 11)*

*Les tendances actuelles ne sont pas durables. La forte augmentation des besoins humanitaires au cours des neuf premiers mois de 2023 reflète un paysage mondial de facteurs de risque et de menaces qui s'intensifient et se renforcent mutuellement, tels que les conflits et le changement climatique. [...] L'augmentation exponentielle prévue de la vulnérabilité et des personnes dans le besoin va de pair avec une diminution du financement des opérations humanitaires. (paragraphe 19)*

### Les causes des causes

Le rapport met l'accent sur le changement climatique, l'aggravation des conflits et de l'insécurité, l'insécurité alimentaire et la faiblesse des systèmes de santé. Il s'agit de phénomènes importants, liés entre eux et qui se renforcent mutuellement.

Toutefois, cette liste ne comprend pas les obstacles au développement économique équitable et durable, associés à la mondialisation néolibérale, ni les obstacles à l'autodétermination sociale et économique, associés à l'intervention impériale récurrente.

Les principes qui sous-tendent les politiques de l'OMS sur la détermination sociale de la santé de la population exigent que l'on se concentre sur les causes des causes. La liste des situations d'urgence de niveau 3 fournie dans le document EB154/14 constitue un riche ensemble de données permettant d'étudier les moteurs des situations d'urgence humanitaire et leurs conséquences sur la santé.

Si la politique de l'OMS en tant qu'institution d'un État membre ne lui permet pas d'enquêter sur les causes des causes, elle devrait au moins collecter et publier les données contextuelles pertinentes. Cependant, le travail et les rapports de l'OMS sur les conflits en cours politiquement sensibles (comme en Ukraine, au Tigré et à Gaza) exposent l'organisation à des accusations de la part des États membres (comme lors de l'EB152) selon lesquelles elle s'écarte de son mandat d'"agence technique" et adopte des positions politiques. Ces accusations s'accompagnent de la menace d'une suppression du financement du travail de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire, voire d'autres postes du budget de l'OMS.

PHM appelle les États membres à reconnaître que la santé est politique et que limiter le travail de l'OMS à un mandat technique étroitement défini équivaut à refuser de l'autoriser à enquêter sur les causes des causes.

(Le Secrétariat signale, dans le [document EB154/15](#) (paragraphe 13), que l'OMS travaille avec la Banque mondiale, le Fonds monétaire international et la Banque européenne d'investissement dans le cadre du groupe de travail conjoint du G20 sur les finances et la santé afin d'élaborer un cadre pour les vulnérabilités économiques et les risques de pandémies. Il s'agit peut-être d'un pas dans la bonne direction, mais avec les mauvais partenaires).

### Répondre aux urgences humanitaires

Nous saluons l'appel du secrétariat en faveur d'une "approche plus stratégique et holistique de la réponse à toutes les urgences sanitaires [qui] aiderait à briser le cycle de panique et de négligence qui laisse souvent les communautés dans des positions de vulnérabilité et de fragilité bien ancrées", et en faveur de "mesures ciblées pour renforcer les capacités essentielles à l'interface de la sécurité sanitaire, des soins de santé primaires et de la promotion de la santé". Ces types de changements systémiques, en particulier lorsqu'ils se concentrent sur l'investissement dans des systèmes de santé publique "résilients" et fonctionnels, peuvent contribuer à renforcer l'accès équitable aux soins dans des situations normales et d'urgence.

PHM appelle les États membres à approuver l'appel lancé par le Comité consultatif indépendant de surveillance du programme d'urgence sanitaire de l'OMS dans un rapport de mai 2023 (cité dans EB154/14) pour que le programme d'urgence sanitaire soit doté "d'une autorité suffisante et [qu'il soit] doté de toutes les ressources financières et humaines nécessaires, afin qu'il soit adapté à son objectif".

## **Renforcer l'architecture mondiale de préparation, de prévention et de réaction aux urgences sanitaires et de résilience**

[Le document EB154/15](#) fait état d'un certain nombre d'initiatives en cours - réglementaires,

administratives et financières - visant à "renforcer l'architecture mondiale de préparation, de prévention et de réaction aux urgences sanitaires et de résilience". Nombre de ces initiatives feront l'objet d'un examen plus approfondi lors de l'Assemblée mondiale de la santé 77 en mai,

L'EB154/15 note que les négociations en cours sur les amendements au Règlement sanitaire international et la négociation d'un nouveau "traité sur les pandémies" visent à "équilibrer la souveraineté et la promotion de la responsabilité mutuelle" (paragraphe 6) entre les États membres et devraient se terminer en mai 2024. Alors que le document mentionne explicitement que les révisions du RSI doivent être guidées par les principes "d'équité, de souveraineté et de solidarité" (paragraphe 3), ces principes ne sont pas explicitement reconnus en référence au processus INB (paragraphe 2).

Voir aussi TWN (9 janvier 2024) : [OMS : Les prochaines négociations sur l'amendement du RSI se concentreront sur les propositions d'équité](#) et TWN (19 octobre 2023) : [OMS : Le Bureau de l'INB propose un projet de texte de négociation déséquilibré ; pas de résultats concrets sur l'équité.](#)

Le rapport note le lancement du Fonds pour les pandémies en novembre 2022, son allocation de fonds aux candidats en juillet 2023 (dont 75 % bénéficient aux PRFM), et le fait que l'OMS est l'agence de mise en œuvre de 15 des 19 propositions sélectionnées. Néanmoins, il mentionne également la reconnaissance par le MNUH de septembre 2023 sur la PPR que "la portée et la coordination des mécanismes de financement actuels" pour la PPR sont inadéquates et qu'il faut faire davantage pour identifier "des sources de financement pour lancer rapidement des réponses plus efficaces et plus équitables" (paragraphe 5). Le rapport mentionne que l'OMS travaille sur ces questions avec la Banque mondiale et le groupe de travail conjoint du G20 sur les finances et la santé, et avec ces partenaires ainsi qu'avec le FMI et la Banque européenne d'investissement, afin d'élaborer un cadre permettant de comprendre les vulnérabilités et les risques économiques liés aux pandémies (paragraphe 13).

Comme dans plusieurs autres documents destinés à cette réunion, le secrétariat reconnaît que les situations d'urgence sanitaire auxquelles il a été confronté ces dernières années sont beaucoup plus complexes, fréquentes et étendues. Il reconnaît que la prolifération des PPP et l'implication accrue des OSC dans les interventions d'urgence "augmentent les risques de fragmentation, de duplication et de concurrence" (paragraphe 16), mais que "l'OMS continue de trouver de nouveaux moyens de mettre en relation et de coordonner les partenaires afin d'exploiter les forces collectives" pour la PPR dans les situations d'urgence sanitaire (paragraphe 17).

Le document [EB154/15](#) fait également état des travaux actuellement menés au sein du Secrétariat pour soutenir les capacités des États membres sur un certain nombre de fronts liés aux situations d'urgence, notamment :

- Renforcement de la surveillance grâce au travail du centre de l'OMS pour le renseignement sur les pandémies et les épidémies ;
- Combattre l'infodémocratie grâce au réseau d'information de l'OMS sur les épidémies et à l'initiative de l'OMS sur la confiance et la préparation aux pandémies ;
- Développer une plateforme provisoire de contre-mesures médicales (i-MCM) ; et
- Mise en place d'une plateforme améliorée visant à assurer une coordination efficace entre les États membres et les partenaires du Corps mondial d'urgence sanitaire lors des urgences sanitaires.

Le Conseil exécutif est invité à prendre note du rapport et à donner son avis sur deux questions :

- Comment le Secrétariat peut-il continuer à soutenir les États membres dans la poursuite des travaux du GDIEH et de l'INB, y compris dans les efforts visant à faciliter les synergies et la complémentarité de ces deux processus ?

- Comment le Secrétariat peut-il travailler avec les États membres et les organisations partenaires pour améliorer la cohérence entre toutes les initiatives et stratégies mondiales, régionales et nationales visant à renforcer la préparation, la réponse et la résilience aux urgences sanitaires ?

L'accent mis par l'OMS sur l'augmentation de la suffisance, de la flexibilité et de la durabilité du financement de la PPR est important. Toutefois, les institutions partenaires mentionnées dans le rapport (BM, FMI, G20) sont dominées par les voix, les contributions financières et les orientations politiques néolibérales des pays développés. Les pays en développement, vraisemblablement bénéficiaires de ces nouveaux mécanismes de financement, ne sont donc pas susceptibles de jouer un rôle déterminant dans la conception de la nouvelle architecture financière de la PPR.

# Point 15. Mise en œuvre de la résolution WHA75.11 (2022)

## En ligne de mire

La soixante-seizième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la décision [WHA76\(8\)](#), demandant au Directeur général de faire rapport à la prochaine Assemblée de la Santé en 2024, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa 154e session, sur la mise en œuvre de la résolution [WHA75.11](#) (2022), y compris une évaluation de l'impact direct et indirect de l'agression de la Fédération de Russie contre l'Ukraine sur la santé de la population ukrainienne, ainsi que les impacts sanitaires régionaux et plus larges que régionaux, y compris son effet négatif sur la réalisation de l'objectif et des fonctions de l'OMS.

Les demandes de l'[AMS75.11](#) adressées à la DG sont les suivantes :

- le soutien à la réponse humanitaire et d'urgence ;
- la prévention et la réponse à l'exploitation, aux abus et au harcèlement sexuels ;
- le soutien au secteur de la santé ;
- l'achat de médicaments et de fournitures essentiels ;
- surveiller les attaques contre les soins de santé
- répondre aux besoins en matière de santé mentale et psychosociale
- l'allocation des ressources.

Dans le document [EB154/16](#), le Secrétariat fait le point sur l'impact de la guerre sur la santé et rend compte de la mise en œuvre des demandes formulées dans le document [WHA75.11](#).

Le Conseil d'administration est invité à prendre note du rapport ([EB154/16](#)) et à fournir des orientations supplémentaires concernant les questions suivantes.

- Comment le Secrétariat peut-il renforcer la réponse de l'Organisation et promouvoir la transition vers le développement durable en Ukraine et dans les pays accueillant des réfugiés ?
- Comment tirer les leçons de cette expérience pour améliorer les connaissances et les preuves des meilleures pratiques ?

## Contexte

[Tracker links to previous discussions of WHA75.11 \(war in Ukraine\)](#)

## Commentaire PHM

PHM se félicite des informations détaillées sur le système de santé ukrainien recueillies par le système de surveillance des ressources et des services de santé (paragraphe 3), qui constituent une bonne base pour les plans de soutien au secteur de la santé à plus long terme. Le fait que l'OMS ait toujours travaillé en étroite collaboration avec le ministère ukrainien de la santé pour soutenir les services existants signifie également qu'ils sont en bonne position pour travailler ensemble sur un plan à plus long terme et examiner comment les soins de santé

primaires en particulier peuvent être renforcés. La première question à la fin du document [EB154/16](#) implique qu'il y aura

Il sera nécessaire d'intégrer des éléments durables dans le système au fur et à mesure que cela sera possible. Il sera nécessaire d'intégrer des éléments durables dans le système dès que possible ; par exemple, s'il est approprié d'alimenter des générateurs à court terme, les établissements de santé (paragraphe 3) pourraient faire partie du plan national pour les énergies renouvelables en Ukraine.

Dans le [document A76/12](#), il est mentionné que "l'OMS est engagée dans des discussions avec le ministère ukrainien de la santé et le service national de santé (le mécanisme à payeur unique pour les services de santé) sur les révisions du programme de garanties médicales, qui spécifie les paquets nationaux de services de santé, afin de s'assurer que les paquets sont réactifs et reflètent les besoins de santé prioritaires actuels dans le contexte d'urgence et au-delà". Le [document EB154/16](#) n'indique pas comment ces discussions ont progressé et si les paiements directs élevés sont réduits dans la pratique.

Avant la guerre, l'Ukraine avait l'un des taux de mortalité maternelle les plus élevés d'Europe, même s'il était en baisse ([A75/47](#)). Le taux de mortalité infantile était également relativement élevé par rapport à d'autres pays européens (environ six décès pour 1000 naissances vivantes). La couverture vaccinale n'atteignait pas les objectifs de l'OMS. Bien que le conflit ait mis à mal les soins primaires, si l'attention portée par l'OMS à la préparation aux épidémies (paragraphe 7), au soutien du programme national de vaccination (paragraphe 15) et à la formation des agents de soins de santé primaires (paragraphe 23), peut être intégrée dans un système doté d'une forte composante de santé primaire, cela devrait contribuer à améliorer ces chiffres.

Dans [WHA75.11](#), l'Assemblée a noté que le Comité régional de l'OMS pour l'Europe, lors de sa session spéciale du 10 mai 2022, avait adopté une résolution demandant au directeur régional de l'OMS pour l'Europe d'envisager de suspendre temporairement " les réunions régionales dans la Fédération de Russie, y compris les réunions techniques et les réunions d'experts, ainsi que les conférences et les séminaires " .... " jusqu'à ce qu'une résolution pacifique du conflit entre la Fédération de Russie et l'Ukraine soit mise en œuvre ". Il s'agirait d'un pas en arrière pour les personnes vivant dans ces régions. Le [document EB154/16](#) ne fait pas état des résultats de l'examen de cette proposition par le directeur régional.

Lors d'une récente réunion du conseil d'administration, des frustrations ont été exprimées concernant le coût de l'accueil des réfugiés ukrainiens. Les appels à "partager le fardeau" dans ce cas soulignent les défis plus vastes auxquels sont confrontées les personnes désespérées qui cherchent refuge pour échapper aux conflits, à la pauvreté et à la sécheresse. Voir [EB152/36](#) pour plus de détails. Un rapport sur la mise en œuvre du nouveau [plan d'action mondial](#) pour la promotion de la santé des réfugiés et des migrants est attendu en 2025.

# Point 13. Initiative mondiale pour la santé et la paix

## En ligne de mire

La Soixante-seizième Assemblée mondiale de la Santé a pris note de la [feuille de route de l'Initiative mondiale pour la santé et la paix](#). Conformément à la décision [WHA76\(12\)](#) (2023), le Directeur général soumettra à la Soixante-dix-septième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, un rapport ([EB154/17](#)) sur les progrès accomplis dans le renforcement de la feuille de route. Ce rapport décrira les travaux entrepris par le Secrétariat pour atteindre cet objectif ainsi que les résultats des consultations qui ont eu lieu. Le Conseil sera invité à prendre note du rapport et à fournir des orientations supplémentaires, notamment en ce qui concerne les questions suivantes.

- Quelles priorités le secrétariat devrait-il suivre dans la mise en œuvre et le renforcement des axes de travail de l'initiative "Global Health and Peace" ?
- Quelles sont les expériences nationales et/ou les besoins et les possibilités à prendre en compte pour établir un lien entre la santé et la paix dans les contextes spécifiques des États membres ?

## Contexte

[Projet actuel de feuille de route](#)

Page d'accueil de l'OMS pour l'[Initiative mondiale pour la santé et la paix](#), y compris l'Initiative mondiale pour la [santé](#) et la paix (GHPI) - [Une approche innovante : L'approche de la programmation de la santé et de la paix](#).

[Commission Lancet sur les sociétés pacifiques grâce à l'équité en matière de santé et à l'égalité des sexes](#)

[Liens vers](#) les discussions précédentes de l'organe de direction sur la santé et la paix

## Commentaire PHM

### Vue d'ensemble

L'initiative mondiale pour la santé et la paix (GHPI) est mise en œuvre au niveau national par le biais de deux principes clés qui définissent l'initiative. Ces deux principes sont les suivants : la "sensibilité aux conflits" (ne pas nuire) et la "réactivité à la paix" (contribuer à renforcer les conditions de la paix, en particulier la cohésion sociale et la confiance). L'initiative sera mise en œuvre par le biais de six axes de travail, en commençant par la "production d'éléments probants par la recherche et l'analyse". Voir le [projet de feuille de route](#) pour une discussion sur les deux principes et les six axes de travail.

Comme l'a demandé l'Assemblée de la Santé en mai 2023, le Secrétariat a entrepris une vaste consultation depuis lors. Le document EB154/17 rend compte des principaux messages issus des différentes réunions de consultation. Il apparaît que les réponses ont varié de l'enthousiasme

à la prudence (voire au scepticisme). Il est probable que certaines des questions soulevées lors des consultations réapparaîtront lors de la réunion du Conseil exécutif en janvier.

Suite à la consultation des États membres de septembre 2023, il a été question de préparer un document de référence (paragraphe 4). Toutefois, il semble que ce document ait été intégré au manuel mentionné au paragraphe 19.

Le site web de l'OMS fournit de plus amples informations sur l'IPSM, y compris des exemples utiles qui illustrent les deux principes clés en vigueur.

EB154/17 décrit une série d'activités mises en œuvre ces derniers mois dans le cadre de la mise en œuvre de l'IPSM.

## Appréciation

PHM se félicite de l'initiative Global Health for Peace. Il est évident que, dans la mesure du possible, les programmes et services de l'OMS au niveau des pays devraient être sensibles aux conflits et à la paix (conformément aux significations expliquées dans le document EB154/17). Les travaux entrepris jusqu'à présent et préfigurés par les six axes de travail semblent bien orientés vers l'élaboration et la mise en œuvre de l'initiative.

PHM apprécie l'accent mis sur la production de preuves par la recherche et l'analyse, y compris l'analyse d'études de cas. Plusieurs études de cas sont disponibles sur le [site web de l'OMS](#). L'analyse continue des cas conduira à des principes et des lignes directrices plus clairs. Cette recherche et cette analyse produiront également des informations utiles sur les facteurs de conflit et de paix dans différents contextes.

L'accès inéquitable aux infrastructures de base telles que les services de santé, les établissements d'enseignement, les efforts de développement, les opportunités économiques, les possibilités d'emploi, les services technologiques, le manque d'eau potable et d'électricité, suscite la colère des gens et peut conduire à des conflits. La pauvreté, les déplacements forcés, la marginalisation, la stigmatisation, l'exclusion, l'injustice, l'insécurité, les problèmes commerciaux, les conflits fonciers, les différences ethniques, religieuses et culturelles, les stéréotypes de genre, l'influence coloniale, la privatisation, les inégalités politiques, les tensions entre les groupes armés et les membres de la communauté, les discours de haine, la méfiance, l'insécurité alimentaire, les problèmes liés au climat tels que la pénurie d'eau pour l'agriculture contribuent également aux conflits dans les contextes fragiles et vulnérables.

Bien que l'Initiative mondiale pour la santé et la paix semble viser principalement à informer le travail de l'OMS dans les situations de conflit, les principes devraient être incorporés dans la formation du personnel de santé en général. Même en l'absence de conflit ouvert, il existe des divisions au sein des communautés où la sensibilité aux conflits (ne pas nuire) et la réactivité à la paix (renforcer la cohésion sociale et la confiance) peuvent contribuer au bien-être et à la santé.

PHM apprécie le paragraphe 31 de la feuille de route :

*En tant que telle, l'initiative "Global Health and Peace" se concentre sur les environnements fragiles, touchés par des conflits et vulnérables, mais elle est également pertinente dans tous les contextes où la cohésion sociale, la résilience ou la confiance doivent être construites, soutenues ou renforcées à la demande et avec l'acceptation des gouvernements. Comme l'a montré la pandémie de COVID-19, une*

*faible cohésion sociale ou un manque de confiance peuvent compromettre l'obtention de résultats positifs en matière de santé et de couverture sanitaire universelle.*

Une grande partie du travail de l'OMS pendant la pandémie de Covid a intégré l'essence de la "réactivité à la paix", même si elle n'a pas été qualifiée comme telle.

Cependant, il est évident qu'il y a des limites à ce qui peut être réalisé grâce à l'initiative GPPI, comme cela a été le cas lors de l'EBSS7 qui a exploré la situation dévastatrice à Gaza.

## **Risque de titrisation**

Bien que PHM se félicite de cette initiative, il convient de veiller à ce que l'accent mis sur la paix ne devienne pas un facteur de sécurité dans l'intérêt d'acteurs extérieurs.

Le concept de titrisation peut être illustré par l'intimidation des pays riches à l'égard des L&MIC autour des capacités de base du RSI : insister sur le détournement des fonds pour satisfaire aux normes de capacité de base - en tant que biens publics - essentiellement pour garantir la sécurité des pays riches (qui avaient les ressources nécessaires pour atteindre les normes de capacité de base). Voir le [commentaire de PHM sur le point 12.4 de l'AMS 70](#) pour plus de détails.

Le fait que l'initiative soit axée sur le niveau national contribuera à garantir l'autonomie nationale, et les représentants de l'OMS seront en mesure de soutenir les ministères nationaux de la santé, notamment contre les influences internationales indues et l'éventuelle sécurisation de la santé dans les situations de conflit.

Cependant, la programmation de la paix ne doit pas être comprise comme étant limitée à un seul pays. La majorité des conflits impliquant l'OMS sont internationaux et les griefs liés à l'exclusion ou à la discrimination pourraient clairement être liés à des questions internationales. L'attention portée à la fourniture de services équitables comme moyen de promouvoir la paix est bienvenue et devrait être appliquée au niveau international comme au niveau national.

**PHM demande instamment aux États membres de soutenir le développement continu de cette initiative.**

# Point 17. La poliomyélite

## En ligne de mire

### Éradication de la poliomyélite

Le Directeur général présentera un rapport sur la mise en œuvre de la stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026 ([EB15418](#)), y compris les progrès accomplis dans l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage et des poliovirus circulants dérivés de vaccins, avec une mise à jour de la situation financière à la fin de l'année 2023. Le Conseil sera invité à prendre note du rapport et à axer ses discussions sur les moyens concrets de garantir la mise en œuvre intégrale de la stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026 et l'obtention des ressources nécessaires à cette fin. Questions spécifiques suggérées par le Secrétariat pour examen par le Conseil :

- Quelles mesures devraient être adoptées pour s'assurer que tous les enfants n'ayant pas reçu la dose zéro dans les zones géographiques les plus touchées soient vaccinés contre la polio par voie orale, dans le cadre d'urgences humanitaires plus vastes affectant ces zones ?
- Quelles sont les mesures à prendre pour garantir la mobilisation des ressources financières nécessaires à la mise en œuvre intégrale de la stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026, notamment pour rendre rapidement opérationnelles les promesses de dons et mobiliser des engagements supplémentaires par le biais de ressources internationales et nationales ?

### Planification de la transition vers la poliomyélite et post-certification de la poliomyélite

Conformément à la décision [WHA70\(9\)](#) (2017), le Directeur général fera le point ([EB154/19](#)) sur la mise en œuvre du Plan d'action stratégique de l'OMS pour la transition vers la poliomyélite (2018-2023), en mettant l'accent sur les enseignements tirés et l'orientation stratégique proposée pour la période postérieure à 2023. Le Conseil sera invité à prendre note du rapport et à donner des conseils sur l'orientation stratégique pour la période postérieure à 2023.

Questions spécifiques suggérées par le Secrétariat pour examen par le Conseil :

- Le cadre stratégique proposé pour l'après-2023 répond-il aux besoins des États membres, dans le cadre général de la mise en place de systèmes de santé solides, résilients et équitables et de la pérennisation des progrès réalisés en matière de santé publique grâce à l'effort d'éradication ?
- Quelles sont les mesures à prendre pour garantir la responsabilité et l'appropriation de l'opérationnalisation du cadre stratégique post-2023 proposé aux niveaux national, régional et mondial ?

## Contexte

[Liens de suivi](#) vers les discussions antérieures de l'organe directeur sur la polio et les commentaires antérieurs de PHM sur l'éradication de la polio et la transition (voir en particulier

le [commentaire de PHM sur le point 17.3 lors de la WHA75](#), dont une grande partie reste pertinente).

[Page thématique](#) de l'OMS sur la polio avec des liens vers diverses pages utiles

# Commentaire PHM

## Éradication de la polio

Le rapport EB154/18 présente la situation actuelle et les réponses apportées aux niveaux national et mondial. L'OMS, ses partenaires et le personnel chargé de la lutte contre la poliomyélite à tous les niveaux doivent être félicités pour leur excellent travail.

Le rapport décrit la situation de la transmission de la polio sauvage dans les pays endémiques et indique que les recommandations (issues de la [réunion de juin 2023](#) du groupe consultatif technique pour le Pakistan et l'Afghanistan) visant à combler les lacunes infranationales en matière d'immunité et de surveillance sont en cours de mise en œuvre. Il est surprenant que l'Initiative mondiale de l'OMS pour la santé et la paix (sensibilité aux conflits et réactivité à la paix) ne soit pas mentionnée dans le document EB154/18.

Le rapport décrit les épidémies dans les régions non endémiques, y compris la poliomyélite dérivée d'un vaccin. Il décrit l'utilisation plus large du nouvel opv2, l'homologation et la préqualification complètes du vaccin et l'atténuation des contraintes liées au volume de production.

Parmi les autres initiatives signalées figurent le renforcement des capacités en matière d'égalité des sexes et la poursuite des travaux visant à intégrer la vaccination contre la polio dans les campagnes d'immunisation générale.

Le rapport est assez optimiste quant à la perspective d'un financement adéquat pour la mise en œuvre de la stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-26.

## Transition vers la poliomyélite et post-certification de la poliomyélite

Le document EB154/18 résume le cadre stratégique post-2023 pour la transition vers la poliomyélite, y compris la poursuite des travaux sur la stratégie post-certification de la poliomyélite, notamment la notification et la réglementation de l'endiguement et l'élaboration de critères permettant de vérifier l'élimination de la maladie.

Le document EB154/19 rend compte du cadre stratégique pour la transition vers la poliomyélite après 2023. Ce cadre comprend une vision globale (décrite plus en détail dans le document EB154/19), des plans stratégiques régionaux et des plans d'action nationaux en Afrique, en Asie du Sud-Est et en Afrique orientale et australe. La responsabilité et l'appropriation sont considérées comme essentielles pour la réalisation de la vision.

La transition est en cours. Les coûts des fonctions essentielles du programme de lutte contre la poliomyélite assumés par les bureaux régionaux et nationaux de l'OMS ont été intégrés dans le segment de base du budget-programme 2022-23 et du PB 2024-25. Le transfert des ressources du programme de lutte contre la poliomyélite vers le segment de base du PB s'est accompagné d'une réduction progressive des effectifs du programme de lutte contre la poliomyélite (postes soutenus par l'IMEP).

# Point 18. Éradication de la variole : destruction des stocks de virus variolique

## En ligne de mire

Dans sa résolution [WHA60.1](#) (2007), l'Assemblée de la Santé a autorisé la conservation du virus variolique dans deux dépôts pour des recherches limitées dans le temps et des activités associées en vue de la mise au point de diagnostics, d'agents antiviraux et de vaccins contre la variole, afin de parvenir à un consensus mondial sur une date de destruction des stocks de virus restants. Le Directeur général présentera un rapport ([EB154/20](#)) qui donne un aperçu de ces activités conformément au treizième programme de travail mondial de l'OMS (2019-2025) pour mieux protéger les populations contre les situations d'urgence sanitaire.

Le Conseil d'administration est invité à prendre note du rapport et à fournir des orientations supplémentaires sur les questions suivantes :

- quelles sont les pistes de recherche à privilégier, le cas échéant, pour poursuivre le développement de contre-mesures contre la variole et d'autres orthopoxvirus ?
- Quelles actions les États membres peuvent-ils proposer pour améliorer la préparation aux épidémies dues aux orthopoxvirus (qui comprennent la variole et le mpox) ? .

## Contexte

[Liens vers](#) les discussions antérieures de l'organe directeur sur la variole

[Page thématique](#) de l'OMS sur la variole

## Commentaire PHM

### Vue d'ensemble

PHM a demandé à plusieurs reprises la destruction définitive des stocks restants de virus de la variole, mais comme indiqué au paragraphe 1 du document [EB154/20](#), l'Assemblée de la santé a reporté cette action et autorisé la poursuite des recherches sous réserve des conditions énoncées au paragraphe 2.

Comme indiqué dans le document [A72/28](#) (4 avril 2019), le Comité consultatif

- juge qu'il n'est pas nécessaire de conserver le virus variolique vivant pour la mise au point de vaccins antivarioliques plus sûrs en dehors des études déjà approuvées
- n'est pas d'accord sur la question de savoir si la conservation du virus variolique vivant reste nécessaire pour la mise au point de tests de diagnostic essentiels pour la santé publique ; et
- juge que le virus vivant de la variole est toujours nécessaire pour poursuivre le développement d'agents antiviraux contre la variole.

Voir le compte rendu du débat de [WHA72 \(B7\)](#) pour l'explication des positions des pays sur la

destruction des stocks restants de virus variolique.

Le présent rapport (EB154/20) :

- résume les conclusions et les recommandations des récentes réunions du comité consultatif pour la recherche sur le virus de la variole, qui portent sur le diagnostic, les vaccins et la thérapeutique ;
- fait le point sur les inspections bisannuelles en matière de biosécurité et de sûreté biologique des deux dépôts autorisés de virus variolique (en Russie et aux États-Unis) ;
- fournit des informations actualisées sur les recommandations de l'OMS concernant la vaccination contre la variole et sur les réserves de vaccins de l'OMS ;
- Réponse de l'OMS à la flambée épidémique de mpox dans plusieurs pays depuis 2022.

## **Enjeux**

### **Variole synthétique**

Le comité consultatif a recommandé que les séquences génomiques soient placées dans le domaine public. Le Secrétariat note que "les progrès de la biologie synthétique et de la technologie de reconstruction du génome peuvent présenter à la fois des avantages et des risques pour la préparation à la variole" et souligne l'importance pour les États membres de mettre en œuvre les lignes directrices recommandées par l'OMS dans leur législation nationale.

(Il est ironique de constater que si les derniers stocks de virus de la variole avaient été détruits en 1996, comme le prévoyait le mandat initial, le risque de synthèse n'existerait pas, car le virus n'avait pas été séquencé à l'époque).

### **Sécurité dans les deux dépôts agréés**

Les équipes d'inspection continuent de suggérer des moyens d'améliorer les installations, les protocoles et les pratiques. Ces dépôts ne sont pas exempts de risques et leurs dispositifs de gestion des risques sont susceptibles d'être améliorés en permanence.

### **Stocks de vaccins et protocoles**

Les réserves de vaccins détenues par l'OMS et les États membres vont des vaccins à base de virus de la vaccine dérivés de la lymphé aux vaccins de quatrième génération récemment mis au point à partir de virus de la vaccine dont les gènes de virulence ont été supprimés. Il n'est pas certain qu'en cas d'épidémie de variole, les stocks de vaccins soient suffisants, qu'ils soient tous d'une efficacité et d'une sécurité comparables, qu'ils soient équitablement distribués et qu'ils soient administrés de manière efficace et appropriée.

### **Mpox**

Le développement et la réponse à l'urgence mpox sont décrits ; "les perspectives restent préoccupantes".

La page thématique de l'OMS sur la variole conseille :

*Après 1970, la variole est apparue sporadiquement en Afrique centrale et orientale (clade*

*l) et en Afrique de l'Ouest (clade II). En 2003, une épidémie aux États-Unis d'Amérique a été liée à l'infection par le virus de la grippe aviaire.*

*des animaux sauvages importés (clade II). Depuis 2005, des milliers de cas suspects sont signalés chaque année en RDC. En 2017, le virus mpox est réapparu au Nigéria et continue de se propager entre les personnes à travers le pays et chez les voyageurs vers d'autres destinations. Les données sur les cas signalés jusqu'en 2021 sont disponibles [ici](#).*

*En mai 2022, une épidémie de variole est apparue soudainement et s'est rapidement propagée en Europe, dans les Amériques, puis dans les six régions de l'OMS, 110 pays ayant signalé environ 87 000 cas et 112 décès. L'épidémie mondiale a touché principalement (mais pas uniquement) les homosexuels, les bisexuels et d'autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et s'est propagée de personne à personne par l'intermédiaire de réseaux sexuels. De plus amples informations sur l'épidémie mondiale sont disponibles [ici](#) et des données détaillées sur l'épidémie [sont disponibles ici](#) ;*

Le Mpox est endémique en RDC depuis 2005 et au Nigéria depuis 2017, mais ce n'est qu'un mois après la flambée mondiale de mai 2022 qu'il a été déclaré urgence de santé publique de portée internationale (juin 2022). La déclaration d'urgence a pris fin en mai 2023.

Le Secrétariat s'est montré particulièrement préoccupé par les interactions entre le SIDA et le mpox en raison des effets immunosuppresseurs du premier. Dans son cinquième et dernier rapport, le comité d'urgence a déclaré :

*Le Comité a souligné la nécessité de partenariats à long terme pour mobiliser le soutien financier et technique nécessaire au maintien de la surveillance, des mesures de contrôle et de la recherche en vue de l'élimination à long terme de la transmission interhumaine, ainsi que de l'atténuation des transmissions zoonotiques, lorsque cela est possible. L'intégration de la prévention, de la préparation et de la réponse au mpox dans les programmes nationaux de surveillance et de contrôle, y compris pour le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, a été réaffirmée comme un élément important de cette transition à long terme. En particulier, le Comité a noté que les progrès réalisés dans la lutte contre l'épidémie de variole dans plusieurs pays l'ont été en grande partie en l'absence de soutien financier extérieur et que la lutte et l'élimination à plus long terme sont peu probables si ce soutien n'est pas fourni.*

[Le document EB154/20](#) note que "le financement de la lutte contre le mpox reste extrêmement limité".

# Point 19. Déterminants sociaux de la santé

## En ligne de mire

Le prochain [rapport mondial sur les déterminants sociaux de l'équité en santé](#) présente une mise à jour de la situation de l'équité en santé et de ses déterminants sociaux, des progrès réalisés jusqu'à présent pour y remédier et des recommandations pour l'action future. Le rapport soumis à l'examen du Conseil exécutif ([EB154/21](#)) présente le rapport mondial en avant-première et note les effets de la pandémie de coronavirus (COVID-19) et d'autres crises et transitions sociales interdépendantes ayant une incidence sur l'équité en matière de santé, et souligne l'importance accrue de la prise en compte des déterminants sociaux dans tous les secteurs.

Le Conseil est invité à prendre note du rapport présenté par le Directeur général et à fournir des orientations supplémentaires sur les points suivants :

- la manière dont les États membres devraient s'attaquer aux déterminants sociaux de l'équité en matière de santé afin d'atténuer les effets des crises interdépendantes actuelles et des transitions sociétales sur la santé et l'équité en matière de santé ; et
- sur les recommandations proposées dans le prochain rapport mondial de l'OMS sur les déterminants sociaux de l'équité en santé.

## Contexte

[Liens](#) vers des discussions antérieures sur le SDH

[Rapport de la Commission](#)

[Page thématique de l'OMS](#) sur le SDH

## Commentaire PHM

Avant-projet de commentaire. Veuillez envoyer vos commentaires et suggestions à [editor@phmovement.org](mailto:editor@phmovement.org).

### Appréciation

PHM apprécie l'engagement du Dr Tedros, du personnel du Secrétariat (à Genève et dans les bureaux régionaux et nationaux) et des experts qui ont contribué à l'élaboration du rapport au cours des dernières années. Quinze ans se sont écoulés depuis le lancement du rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé et, à certains moments, il a semblé que l'ensemble du projet avait été mis de côté.

PHM remercie également les États membres qui ont insisté pour que l'action autour de la détermination des inégalités en matière de santé progresse et qui ont fourni des ressources pour soutenir ce travail. PHM apprécie également les militants de la santé (dans les universités et les mouvements sociaux) qui ont refusé que les inégalités en matière de santé soient

négligées.

Les données résumées dans le document EB154/21 sont inquiétantes, qu'il s'agisse des niveaux d'inégalité ou de la lenteur des progrès accomplis dans la correction des inégalités en matière de santé depuis 2008. Il faut espérer que les résultats et analyses plus détaillés jetteront un nouvel éclairage sur les défis les plus pressants, les causes et les priorités.

Le document EB154/21 se penche sur le (manque de) progrès réalisés depuis le rapport de la Commission de 2008. Il conclut que "les principaux déterminants structurels tels que les systèmes économiques inéquitables, la discrimination structurelle, y compris le racisme et l'inégalité entre les sexes qui se recoupent, et la faiblesse des infrastructures sociétales n'ont pas fait l'objet d'une attention et d'une action suffisantes". Il conclut que "les efforts visant à réduire les inégalités en matière de santé se sont souvent concentrés sur les efforts nécessaires à la fourniture de services de santé plus équitables", mais qu'il y a eu moins d'efforts en matière de plaidoyer et de collaboration intersectoriels.

Le document EB154/21 souligne l'impact des multiples crises qui se croisent (climat, Covid, conflits, coût de la vie) et met en évidence les transitions sociales et techniques majeures qui semblent devoir exacerber les inégalités en matière de santé.

Le document EB154/21 présente 14 recommandations spécifiques portant sur quatre objectifs généraux. Les objectifs de ces recommandations sont les suivants

- "s'attaquer aux effets sur la santé des hiérarchies de pouvoir et de la répartition des ressources ; s'attaquer aux systèmes et aux politiques qui favorisent la discrimination structurelle, y compris le racisme et l'inégalité entre les hommes et les femmes, qui se recoupent ; et reconstruire les infrastructures sociétales faibles pour améliorer les conditions de vie et de travail et renforcer les liens sociaux", et
- fournir des points d'entrée pour que "le secteur de la santé joue un rôle de catalyseur et de moteur de l'action au niveau structurel".

## **Quelle est la théorie du changement qui sous-tend ces recommandations ?**

Les questions essentielles à poser pour évaluer ces recommandations concernent la théorie sous-jacente du changement qui a présidé à leur élaboration.

- Quels sont les agents dont les pratiques seront modifiées par ce rapport ?
- Quels sont les moteurs fondamentaux de l'inégalité, de la discrimination, de l'austérité et de l'aliénation et comment ces recommandations s'attaquent-elles à ces moteurs fondamentaux ?
- Pourquoi les recommandations faciliteraient-elles l'adoption de politiques d'équité et la mise en œuvre de programmes d'équité ; quels ont été les obstacles à ces politiques et programmes dans le passé (y compris le rapport de la Commission de 2008) et comment ce rapport contribuera-t-il à surmonter ces obstacles ?

## **Stratégie**

Il existe une stratégie évidente dans ce document, bien qu'elle ne soit pas clairement articulée dans le document EB154/21. Cette stratégie implique un renforcement et un alignement des différents moteurs des politiques et programmes en faveur de l'équité. Ces moteurs sont les suivants

- l'articulation d'une série de politiques en faveur de l'équité, avec l'imprimatur de l'OMS, qui sont pertinentes pour les débats internationaux et nationaux sur les politiques et les programmes sociaux et économiques ;

- l'accent mis sur l'engagement communautaire et la participation sociale aux processus politiques et la création de conditions qui maximisent les capacités d'une société civile indépendante et inclusive à s'attaquer aux déterminants sociaux de l'équité en matière de santé ; et
- renforcer l'attention portée aux déterminants sociaux dans les systèmes de santé et les plates-formes politiques ; et développer les capacités humaines dans les domaines de la santé, de la protection sociale, de l'éducation, du travail, de l'administration locale et des organisations de services afin d'améliorer les efforts intersectoriels visant à prendre en compte les déterminants sociaux de l'équité en matière de santé
- l'accent mis sur la mesure, la recherche et la publication des différents indicateurs de l'inégalité en matière de santé, de la discrimination et de la faiblesse des services humains ;

## **Le rapport mondial en tant qu'intervention dans la formation de la politique mondiale**

Le document EB154/21 suggère que le rapport mondial adoptera une position progressiste (en faveur de l'équité) sur un certain nombre de questions très controversées dans le débat politique mondial. Il s'agit d'une intervention directe dans l'élaboration de la politique mondiale et, parce qu'elle s'appuie sur l'autorité de l'OMS, il s'agit d'une intervention significative.

L'articulation de ces positions politiques, qui fait autorité, constitue un levier que les défenseurs de l'équité en matière de santé peuvent utiliser.

Parmi les exemples de positions politiques en faveur des fonds propres, on peut citer

- Utilisation de la fiscalité progressive et des transferts de revenus pour promouvoir l'équité et élargir la marge de manœuvre budgétaire nationale pour les services publics universels ;
- Un financement public adéquat pour les infrastructures et la prestation de services dans les domaines de la santé, de l'éducation, des transports, du logement, de l'eau, de l'assainissement et de l'alimentation ;
- Mettre en évidence le concept de déterminants commerciaux de la santé et la nécessité d'une réglementation pour maximiser la capacité du secteur privé à promouvoir la santé ; souligner le rôle des marchés publics dans la promotion de "produits durables, sûrs et sains et de normes de travail sûres et équitables" ;
- Renforcer la prise en compte de l'équité en matière de santé dans les processus commerciaux mondiaux et régionaux ;
- Souligner l'importance de la marge de manœuvre budgétaire pour des investissements publics équitables dans des domaines tels que l'allègement de la dette, le financement du développement et la coopération internationale en matière de fiscalité ;
- Assurer une couverture sanitaire universelle grâce à un financement progressif de la santé et à des approches de soins de santé primaires ; réduire au minimum les dépenses à la charge des patients et financer les services de santé à partir de ressources publiques communes ;
- Souligner la nécessité de prendre en compte et de protéger les déterminants sociaux

de l'équité en matière de santé dans les situations d'urgence, de migration et de conflit ; garantir les droits des personnes déplacées à accéder aux services sociaux et de santé.

### **Le rapport mondial en tant qu'intervention dans la formation de la politique intérieure**

De même, le rapport adoptera une position progressiste (en faveur de l'équité) sur un certain nombre de questions très contestées dans le débat politique national (dans certains cas, des questions contestées au niveau international et national). Il s'agit d'une intervention directe dans l'élaboration des politiques nationales, importante parce qu'elle déploie l'autorité de l'OMS. Voici quelques exemples de positions politiques en faveur de l'équité :

- Veiller à ce que les investissements en matière de planification urbaine, rurale et territoriale, de transport et de logement s'appuient sur des approches garantissant que les logements et les environnements bâtis sont sains et accessibles ;
- Souligner l'importance des "communautés accueillantes pour les personnes âgées" dans la lutte contre l'isolement social et la solitude ;
- Souligner l'importance de la protection sociale universelle ;
- Étendre les droits à l'emploi de base aux travailleurs précaires et informels ;
- Reconnaître et réparer les discriminations, y compris celles liées au sexe, à la race et au handicap, s'attaquer aux conséquences de la colonisation et reconnaître l'indigénéité comme un facteur déterminant de la santé et de l'équité en matière de santé ;
- Expliquer les avantages en termes d'équité sanitaire d'une action sur le changement climatique, la biodiversité et la sécurité alimentaire ;
- Renforcer le soutien aux communautés autochtones dans leur gestion des terres et des ressources naturelles ;
- Soulignant l'importance de piloter la transformation numérique en faveur de l'équité en matière de santé et du bien public ;
- Assurer une couverture sanitaire universelle grâce à un financement progressif de la santé et à des approches de soins de santé primaires ; réduire au minimum les dépenses à la charge des patients et financer les services de santé à partir de ressources publiques communes.

## **Documentation et analyse inadéquates des facteurs fondamentaux d'inégalité, de discrimination, d'austérité et d'aliénation**

Il ressort du résumé du document EB154/21 que, malgré des références occasionnelles, le rapport ne fournira pas une documentation et une analyse complètes des moteurs fondamentaux de l'inégalité, de la discrimination, de l'austérité et de l'aliénation. Il s'agit notamment de :

- l'évaporation de l'emploi décent associée à la libéralisation du commerce, au développement technologique et à l'émergence de grandes entreprises, assises sur des chaînes de valeur mondiales, qui ont le pouvoir d'extorquer diverses concessions aux pays comme condition à l'investissement étranger ;
- l'impact sur les petits agriculteurs de la protection et du subventionnement de l'agriculture du Nord et du pouvoir des géants de l'agro-industrie dans les chaînes de valeur alimentaires mondiales (y compris la distinction entre la sécurité et la souveraineté alimentaires qui a des implications clés pour le commerce dans l'agriculture) ;
- l'impact de la libéralisation financière sur la capacité des gouvernements nationaux à gérer leurs propres économies, y compris l'imposition progressive et un espace fiscal adéquat pour le développement social ;
- l'impact de l'aggravation des inégalités économiques et de l'évaporation des emplois décents sur la dépression et la colère des communautés, qui se manifestent parfois par des mouvements néo-fascistes.

L'absence de documentation et d'analyse complètes de ces facteurs affaiblit la

plateforme politique présentée dans le rapport mondial et réduit l'effet de levier dont disposent les différentes parties prenantes qui plaident en faveur d'une réforme politique dans cet espace.

## **Documentation et analyse insuffisantes des obstacles à l'adoption de politiques favorables aux fonds propres**

Il ressort du résumé figurant dans le document EB154/21 que, malgré des références occasionnelles, le rapport ne fournira pas une documentation et une analyse complètes des obstacles à l'adoption de politiques en faveur de l'équité et à la mise en œuvre de programmes en faveur de l'équité. Ces obstacles sont notamment les suivants :

- le pouvoir du "sentiment du marché" (la voix du capital international) sur les gouvernements élus en ce qui concerne la fiscalité, les dépenses publiques, la privatisation et la commercialisation des services à la personne ;
- l'impact de la politique de l'argent et de la porte tournante (entre les entreprises et le gouvernement) sur la formation des politiques ;
- le rôle de la Banque mondiale et des agences similaires dans la promotion des politiques économiques néolibérales (en dépit de ses rapports sur papier glacé qui prétendent résoudre tous les défis sociaux et économiques possibles) ;
- le rôle du FMI et des banques privées mondiales qui imposent l'austérité tout en refusant de s'attaquer aux causes de la dette insoutenable et des vulnérabilités monétaires ;
- les limites à l'élaboration des politiques nationales qui ont été intégrées dans le réseau mondial d'accords multilatéraux et plurilatéraux sur le commerce et l'investissement.

Le fait de ne pas documenter et analyser pleinement les obstacles à la mise en œuvre de politiques favorables à l'équité affaiblit l'impulsion politique qui doit être donnée par le rapport mondial et diminue l'effet de levier dont disposent les différents groupes qui plaident en faveur d'une réforme des politiques dans ce domaine.

## **Créer des groupes d'intérêt capables d'exercer une pression politique sur la formation des politiques nationales et le débat sur les politiques internationales**

Il ressort du document EB154/21 que la stratégie sous-jacente au rapport mondial, en termes de conduite du changement, s'appuiera sur trois groupes principaux : l'évaluation, la recherche et la publication ; la société civile favorable à l'équité ; les systèmes de santé et le personnel de santé.

### **Le groupe d'évaluation, de recherche et de publication**

Le groupe chargé de l'évaluation, de la recherche et de la publication comprend les chercheurs en matière d'équité en santé (épidémiologie, sciences sociales, études politiques, etc.) et les agences chargées du suivi des programmes et de l'établissement de rapports statistiques.

Le rapport mondial soulignera l'importance d'un suivi continu de l'équité en matière de santé et de la poursuite de la recherche sur les tendances et les modèles d'équité en matière de santé (y compris les facteurs d'inégalité et les obstacles à l'action politique).

L'histoire du débat sur l'équité en matière de santé suggère que la mesure et la publication (de Virchow à Marmot) font la différence.

## **Société civile pro-équité**

Il ressort clairement du document EB154/21 que le rapport mondial considère la défense des intérêts de la société civile comme un moteur important du changement, qu'il s'agisse des communautés locales qui défendent leurs intérêts auprès des autorités locales, des ONG internationales actives dans le domaine de l'équité en matière de santé ou des mouvements sociaux d'intérêt public qui travaillent avec les communautés qui subissent de plein fouet les inégalités, les discriminations et le manque de services.

Il est évident que les positions politiques en faveur de l'équité mentionnées dans le document EB154/21 et développées dans le rapport mondial constitueront un levier pour ce type de plaidoyer de la société civile.

Cependant, il serait important de ne pas sous-estimer les défis auxquels est confronté ce type de plaidoyer de la société civile, notamment les obstacles juridiques imposés par de nombreux gouvernements à la mobilisation populaire et à l'expression démocratique.

Les organisations et les réseaux qui rassemblent les expériences et les demandes de ceux qui subissent de plein fouet les inégalités constituent les éléments de base de la défense des intérêts de la société civile. La construction d'une voix cohérente capable d'avoir un impact sur l'élaboration des politiques nationales implique une convergence de différentes communautés qui dépassent les frontières, à la lumière des moteurs structurels communs de leurs différents désavantages.

Pour ce qui est de la constitution d'un groupe cohérent de la société civile capable d'intervenir avec force dans le débat sur la politique internationale, de nombreuses questions sont prioritaires et il faut franchir les frontières de la langue, de la culture et du contexte. Toutefois, ces ONG et ces réseaux internationaux sont renforcés lorsqu'ils ont des liens directs avec les organisations de base.

Si l'OMS devait relever le défi de travailler avec la société civile, elle pourrait faire beaucoup, à partir de Genève et des bureaux régionaux et nationaux. Toutefois, en tant qu'organisation d'un État membre, l'OMS s'est montrée très prudente dans sa collaboration avec la société civile, au-delà de la sclérose des "relations officielles".

## **Systemes et personnel de santé**

Le document EB154/21 laisse présager un effort politique important pour renforcer l'accent mis sur les déterminants sociaux dans les systèmes de santé et les plateformes politiques ; pour intégrer les déterminants sociaux de l'équité en matière de santé dans toutes les stratégies et politiques de santé, les plans de préparation et de réponse aux urgences et les lois sur la santé publique ; pour développer les capacités humaines dans les domaines de la santé, de la protection sociale, de l'éducation, du travail, de l'administration locale et des organisations de services afin de renforcer les efforts intersectoriels pour traiter les déterminants sociaux de l'équité en matière de santé.

Cette vision des agences et du personnel de santé en tant que défenseurs de l'équité rappelle la promesse de la déclaration d'Alma-Ata de 1978, qui prévoyait un scénario dans lequel les

praticiens des soins de santé primaires et leurs agences travailleraient avec leurs communautés pour s'attaquer aux déterminants sociaux de leur santé ([Newell, 1975](#)). Après 30 ans de tentatives d'enterrer ou de réinterpréter la vision d'Alma-Ata des soins de santé primaires, il est encourageant de voir que ce principe fondamental est reconnu.

Cependant, les gestionnaires des systèmes de santé sont partout confrontés à des besoins qui dépassent les ressources et leurs contrats de travail les incitent fortement à concentrer toutes leurs ressources sur ces besoins.

les besoins programmatiques. Les financiers des systèmes de santé sont également préoccupés par le nombre de patients et, bien que les unités de promotion de la santé aient été autorisées à parler des inégalités en matière de santé (parfois), elles disposent rarement des ressources nécessaires pour étayer leur discours.

Pour remédier à ces incitations conservatrices, il faudra qu'un groupe d'intérêt extérieur à l'establishment de la santé exige un changement de politique et une action significative en faveur de l'équité en matière de santé. Ce groupe extérieur ne peut provenir que des communautés qui ont le plus à gagner de politiques et de programmes en faveur de l'équité. Il sera essentiel de faciliter l'expression de ces voix pour que le secteur de la santé puisse agir en faveur de l'équité en matière de santé.

**PHM demande instamment aux membres du Conseil exécutif d'approuver les politiques et stratégies positives en faveur de l'équité annoncées dans le document EB154/21 et de renforcer les domaines dans lesquels le rapport mondial risque d'occulter des questions essentielles.**

**PHM exhorte les organisations de la société civile d'intérêt public à tirer pleinement parti de la plateforme politique progressiste annoncée dans le rapport mondial et à mener des actions de plaidoyer nationales et internationales autour de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques et de programmes en faveur de l'équité.**

# Point 20. Nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant

## En ligne de mire

Ce rapport biennal ([EB154/22](#)) fera le point sur les progrès accomplis dans la réalisation du [plan global de mise en œuvre](#) sur la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant et sur la mise en œuvre du [Code international de commercialisation des substituts du lait maternel](#).

Le Conseil d'administration sera invité à prendre note du rapport et à fournir des orientations supplémentaires. Le Secrétariat souhaite obtenir des conseils sur les questions suivantes :

- Le plan global de mise en œuvre sur la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant arrivant à son terme en 2025, quelles sont les prochaines mesures que le Secrétariat devrait prendre pour se préparer à cette échéance et pour soutenir la réalisation des objectifs de développement durable d'ici 2030, compte tenu à la fois du plan de mise en œuvre et des objectifs formulés ?
- En ce qui concerne les orientations sur les mesures réglementaires visant à restreindre le marketing numérique des substituts du lait maternel, comment l'adoption de ces orientations peut-elle être renforcée ?

## Contexte

[Liens](#) vers des discussions antérieures sur la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant.

La dernière fois que ce point a été discuté lors des réunions des organes directeurs mondiaux, c'était lors de la 75e Assemblée mondiale de la santé, en 2022, au titre du point [WHA75 18.1](#).

## Commentaire PHM

### **Absence de progrès dans la réalisation des objectifs du plan global de mise en œuvre**

La cible 2.2 de l'objectif de développement durable est la suivante : "D'ici à 2030, mettre fin à toutes les formes de malnutrition, notamment en atteignant d'ici à 2025 les objectifs convenus au niveau international en matière de retard de croissance et d'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans, et répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes et allaitantes et des personnes âgées".

Le plan global de mise en œuvre de l'OMS pour la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant reprend ces objectifs mondiaux, mais va un peu plus loin en incluant l'anémie chez les femmes en âge de procréer, l'insuffisance pondérale à la naissance, la surcharge pondérale chez les enfants et l'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois de la vie. Dans le document [EB154/22](#), ils indiquent s'ils sont en bonne voie pour atteindre ces objectifs en 2025 et 2030, comme le résume le tableau ci-dessous, avec un code de couleur pour plus de

commodité.

En résumé, on prévoit actuellement que les progrès mondiaux en matière de nutrition maternelle et infantile ne permettront pas d'atteindre les objectifs fixés pour 2025 en matière de retard de croissance, d'anémie, d'insuffisance pondérale à la naissance, de surpoids chez l'enfant et d'émaciation, et qu'ils ne permettront que marginalement d'atteindre l'objectif de l'allaitement maternel exclusif. Le retard de croissance, l'insuffisance pondérale à la naissance et l'émaciation n'ont diminué que de moins de 2 % par rapport au niveau de référence de 2012, et de 1,5 % par rapport à l'année précédente.

Pour ne rien arranger, l'anémie chez les femmes en âge de procréer et la surcharge pondérale chez les enfants ont en fait augmenté depuis que les objectifs de 2025 ont été fixés.

En 2018, l'UNICEF et l'OMS ont proposé de nouveaux objectifs pour 2030, en projetant les objectifs de 2025 du plan global de mise en œuvre à l'échéance de 2030 pour les ODD. Ces objectifs comprenaient des cibles plus ambitieuses pour l'allaitement maternel exclusif ( $\geq 70$  % au cours des 6 premiers mois de la vie) et l'émaciation ( $< 3$  %). Toutefois, au rythme actuel, le monde n'est pas en passe d'atteindre ces objectifs, car l'état de la nutrition des mères, des nourrissons et des jeunes enfants se *dégrade* au lieu de s'améliorer.

	Progrès depuis 2012	En bonne voie pour atteindre l'objectif de 2025 ?	Objectif 2025	Commentaire
Retard de croissance	Diminution de 1,7 par an, mais en 2022 il y avait encore 22,3 % enfants souffrant d'un retard de croissance	Dépassement prévu de 31,5 millions de personnes souffrant d'un retard de croissance, 138,5 millions d'euros au total	Une réduction de 50% en nombre de retard de croissance enfants de moins de 5 ans	Uniquement européen et de l'Ouest  Régions du Pacifique sur la bonne voie
Anémie	Augmentation de 1,4 %, aujourd'hui 29,9 % des reproductif âge femmes anémique	Plus de femmes seront anémique que dans les 2012 (31,1% vs 28,5 %), manquantes 50 % objectif de réduction	Une réduction de 50 % de l'anémie chez les femmes de reproductif âge	Manque de progrès en vu dans tous les pays de l'Union européenne Régions de l'OMS semblables
Faible taux de natalité poids	Diminué de 0,3 % depuis 2012, mais 14,7 %	Il y aura 14,4 % de bébés nés avec un faible poids à la naissance en 2025,	Une réduction de 30 de faible poids de naissance	Seulement 11 des 157 pays avec un nombre suffisant de

	des enfants ont été toujours nés avec faible poids à la naissance en 2020	complètement absente la réduction de 30 cible	incidence	données disponibles sont en bonne voie pour atteindre 2025 cible
Surcharge pondérale	Augmenté avec 0,1 % depuis 2012, 5,6 % des enfants sont surcharge pondérale en 2022	Encore 5,6 % des enfants sera en surpoids en 2025, près du double l'objectif qui a été fixé	Réduire l'enfance surcharge pondérale à <3%	Régionale les disparités en matière de progrès. Augmentation des Amériques et de l'Ouest Pacifique, diminution de la
				Région européenne
Exclusif breastfeeding	Depuis 2012 il y a eu >10% l'augmentation des exclusif l'allaitement, 47,7 % des nourrissons moins de 6 mois étaient exclusivement allaité en 2021	53,4 % des nourrissons être exclusivement allaités en 2025, marginalement dépasser l'objectif	Augmentation exclusif l'allaitement en 6 premiers mois à ≥50%	Bien que la progrès mondial se présente bien, de la 106 pays avec des données suffisantes, 90 pays ne sont pas prévu pour atteindre le d'ici à 2025.
Gaspillage	Diminution de 0,7 depuis 2012, toujours 6,8% des enfants	En 2025, 6,6 % des enfants de moins de 5 ans être gaspillée,	Réduire et maintenir l'enfance	Sur les 125 pays avec suffisamment de

	sont gaspillés en 2022	manquante l'objectif de 5	en perte de vitesse à < 5 %	données, 85 atteindront l'objectif en 2025
--	---------------------------	------------------------------	--------------------------------	---

## **Pas d'analyse des facteurs structurels de la malnutrition**

Le rapport du Secrétariat (EB154/22) ne fournit aucune analyse des moteurs de la crise de la malnutrition. Il ne décrit pas les causes profondes ou les obstacles à la mise en œuvre effective des actions convenues. La section sur les cinq actions énumère simplement diverses activités qui ont eu lieu au cours des deux dernières années, sans réfléchir aux raisons pour lesquelles les cinq actions n'ont pas eu d'impact sur les six objectifs.

Le fait que le Secrétariat demande au Conseil d'examiner ce qui devrait remplacer le Plan global de mise en œuvre à partir de 2025 sans proposer la moindre analyse des moteurs de la malnutrition ou des obstacles à une action efficace suggère une profonde dissonance cognitive. En revanche, voir [Lancet](#) sur l'économie politique de la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants.

Malgré l'attention portée par différentes agences des Nations unies aux questions de nutrition, il semble que l'économie politique des systèmes alimentaires et le rôle des grandes entreprises agricoles et alimentaires dans la définition de l'approvisionnement alimentaire au niveau mondial n'aient guère retenu l'attention. La politique nutritionnelle doit s'intéresser aux origines des aliments, à leur interconnexion avec la propriété et l'utilisation des terres, à leur médiation par la mondialisation néolibérale et le commerce, et à la manière dont notre déconnexion des origines des aliments contribue également aux crises écologiques, y compris le réchauffement climatique.

Le rapport ne reconnaît pas et ne fait pas état de mesures concernant la réglementation des aliments riches en graisses, en sel et en sucre (HFSS) ou des aliments ultra-transformés (UPF).

Pour enrayer la progression de l'obésité infantile dans les différentes régions de l'OMS, il est nécessaire de jouer un rôle moteur au niveau mondial pour réglementer efficacement les boissons sucrées et la commercialisation de produits malsains auprès des enfants d'âge scolaire. C'est important, car la combinaison de la dénutrition au début de la vie et de la suralimentation due à un environnement obésogène plus tard dans la vie prédispose à des maladies non transmissibles telles que le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires et d'autres aspects du syndrome métabolique.

IBFAN/BMA a [récemment fait état](#) de l'adoption par le Codex Alimentarius d'une nouvelle norme sur les préparations de suite pour les nourrissons plus âgés et les jeunes enfants, qui donne le feu vert à des produits sucrés, inutiles, ultra-transformés et aromatisés.

## **Sécurité alimentaire, diversité alimentaire, souveraineté alimentaire**

Le rapport du Secrétariat ne fournit aucune analyse de l'insécurité alimentaire et de la nécessité d'une réforme substantielle du système alimentaire qui s'attaque aux inégalités structurelles inhérentes aux systèmes alimentaires mondiaux.

Le rapport regrette que l'aide publique au développement pour les interventions spécifiques à la nutrition soit insuffisante et PHM partage ce regret. Cependant, les interventions spécifiques à la nutrition ne s'attaquent pas aux distorsions inhérentes aux systèmes alimentaires mondiaux. Pour atteindre les objectifs de 2025, il faudra repenser les affirmations selon lesquelles les grandes entreprises agroalimentaires peuvent apporter des solutions à la sécurité alimentaire mondiale en contrôlant les chaînes d'approvisionnement mondiales et en s'appuyant sur des technofixes. La souveraineté alimentaire devrait être la base d'une nouvelle approche.

## **Placer une alimentation saine au cœur des soins de santé primaires**

Le document du Conseil européen mentionne que les services de nutrition devraient être inclus dans la couverture universelle des soins de santé. La couverture sanitaire universelle propose un ensemble minimal de prestations de services qui sont achetées auprès de prestataires de services, tant publics que privés, dans le cadre d'un système de soins de santé fondé sur le marché.

En revanche, les soins de santé primaires mettent l'accent sur la prévention et sur un environnement sain permettant aux enfants de grandir et de se développer. Les agents de santé communautaires peuvent jouer un rôle important dans la lutte contre la malnutrition infantile et leur contribution a été documentée dans des pays tels que l'Inde, la Thaïlande et le Bangladesh.

PHM rejette un modèle dans lequel la nutrition est considérée comme un "service" qui peut être transformé en un système de santé dépouillé et basé sur le marché. Au contraire, une nutrition adéquate, en particulier au début de la vie, doit être considérée comme un droit

humain fondamental et comme la base sur laquelle la santé est construite. Cela implique de prêter attention à la diversité alimentaire et à la souveraineté alimentaire dans le cadre d'une approche de participation communautaire visant à mettre fin à la malnutrition.

Il existe des besoins nutritionnels très réels qui peuvent être satisfaits par des services nutritionnels ciblés et adaptés au contexte, par exemple les carences en micronutriments chez les adolescentes et les jeunes femmes.

les femmes, ainsi que pendant la gestation et l'allaitement. Toutefois, ces services doivent être adaptés au contexte, intégrés dans des soins de santé primaires complets et dans des programmes communautaires axés sur la diversité et la souveraineté alimentaires.

## **L'allaitement**

La plus grande faiblesse de ce rapport est qu'il ne met pas l'accent sur l'allaitement maternel, qui est l'intervention qui présente le meilleur rapport coût-bénéfice pour plusieurs résultats, y compris la mortalité infantile. Le document parle d'allaitement exclusif, mais tout allaitement est important. Le document indique qu'il y a eu une augmentation significative de l'allaitement maternel exclusif, mais il indique également que sur 106 pays disposant de données suffisantes, la plupart (entre 90 et 100 pays) n'ont pas atteint et n'atteindront probablement pas l'objectif de 2025, ce qui est très préoccupant.

Depuis l'entrée en vigueur du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel en 1981, seuls 32 pays ont adopté des mesures légales pour mettre en œuvre des mesures alignées sur le Code. En 2022, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté la décision WHA75(71) qui demandait aux États membres des orientations sur les mesures réglementaires visant à restreindre la commercialisation numérique des substituts du lait maternel, ce qui a donné lieu à une [nouvelle orientation de](#) 11 recommandations pour l'action des États membres.

Dans un [commentaire préliminaire sur ce point de l'ordre du jour, IBFAN](#) a mis l'accent sur le marketing numérique, l'alimentation des nourrissons dans les situations d'urgence, la messagerie et le commerce mondial. PHM se joint à IBFAN pour :

- demandant à l'OMS d'adopter une résolution ferme exigeant que les États membres mettent pleinement en œuvre les nouvelles orientations ;
- soulignant l'importance de protéger et de soutenir les femmes qui souhaitent allaiter dans les situations humanitaires et d'urgence ;
- demander des garanties pour empêcher les programmes humanitaires de promouvoir les produits enrichis ultra-transformés comme des solutions miracles, sans mentionner l'allaitement ou l'importance de la bio-diversité des aliments ;
- appelant les Nations unies et les agences humanitaires à remettre en question le système alimentaire dirigé par les entreprises, qui a tant nui à l'écosystème et aux aliments durables et biodiversifiés.

## **Réponse aux deux questions du Secrétariat**

### **Quelles sont les prochaines mesures à prendre par le Secrétariat ?**

PHM exhorte les États membres à demander au Secrétariat d'entreprendre un examen complet des circonstances économiques et politiques qui soutiennent la crise nutritionnelle (y compris les systèmes alimentaires mondiaux) et les obstacles commerciaux et politiques à la mise en œuvre efficace des cinq actions du plan de mise en œuvre global.

### **Renforcer l'utilisation des conseils en matière de marketing numérique**

PHM se joint à IBFAN pour demander une résolution forte exigeant que les États membres mettent pleinement en œuvre les orientations. Cette résolution devrait comporter des dispositions strictes en matière de responsabilité, fondées sur les principes de l'examen par les pairs. Elle devrait également inclure des dispositions qui contribueront à une

les milieux professionnels et communautaires qui encourageront les gouvernements à mettre en œuvre les orientations.

# Point 21. Bien-être et promotion de la santé

## En ligne de mire

Le Directeur général présentera un rapport ([EB154/23](#)) sur la mise en œuvre de la résolution [WHA75.19](#) (2022), y compris sur l'élaboration d'un cadre pour parvenir au bien-être. [Le Cadre mondial pour le bien-être](#) comprend six orientations stratégiques visant à promouvoir le bien-être de la société sur la base des principaux déterminants de la santé (à savoir environnementaux, sociaux et économiques), d'une couverture sanitaire universelle équitable, de la transformation numérique et de la mesure des progrès, en les associant à des suggestions d'orientations politiques efficaces tirées de l'expérience au niveau national. Le cadre jette les bases d'une cohérence et d'une coordination accrues des politiques et des programmes visant à créer des sociétés saines et résilientes.

Le conseil d'administration sera invité à prendre note du rapport et à fournir des orientations supplémentaires. Au cours de ses discussions, le Conseil souhaitera peut-être se concentrer sur les points suivants :

- Comment la responsabilité globale de la promotion des sociétés de bien-être devrait-elle être organisée au niveau national ?
- Quelles ressources techniques supplémentaires devraient être développées pour soutenir la mise en œuvre et le suivi au niveau national ?
- Compte tenu des appels de plus en plus nombreux en faveur d'une réorientation de la santé publique vers la promotion de la santé, quels seraient les meilleurs mécanismes pour fixer des priorités afin de garantir le bien-être des sociétés ?
- Comment garantir/faciliter l'engagement à coopérer pour le bien-être et la promotion de la santé tout en maintenant des responsabilités claires.

## Contexte

[Liens](#) vers des discussions antérieures sur la promotion de la santé

[Page thématique](#) de l'OMS sur la

promotion de la santé [Page de l'équipe de](#)

l'OMS sur la promotion de la santé

## Commentaire PHM

### **Pas de théorie explicite du changement**

Le cadre mondial n'articule aucune théorie explicite du changement. Les éléments clés de sa théorie implicite du changement semblent être de nouvelles mesures, des études de cas inspirantes, le renforcement des capacités et des orientations politiques pour les États membres.

Le cadre fournit un diagnostic précis (bien qu'à un niveau d'abstraction élevé) des "causes sous-jacentes contemporaines communes" (paragraphe 5 du [document EB154/23](#) et partie IIb du [cadre mondial](#)). Cependant, il n'y a pas d'analyse des forces, des agents et des dynamiques associés à ces causes sous-jacentes, ni d'analyse des obstacles, précédemment rencontrés, à la prise en compte de ces causes.

Malgré l'appel lancé dans [WHA75.19](#) en faveur d'un "plan de mise en œuvre et de suivi" dans le cadre mondial, aucun plan de ce type n'est inclus dans le cadre mondial.

Le dernier paragraphe du cadre suggère une confiance irréaliste dans le consensus et la responsabilité :

*Ce cadre nécessite une transition de l'ensemble du gouvernement et de la société. Les principaux partenaires, notamment les organisations non gouvernementales et civiques, les universités, les entreprises, les gouvernements et les organisations internationales, devraient s'engager dans des partenariats efficaces fondés sur le consensus et la responsabilité, en vue d'une mise en œuvre décisive des stratégies de promotion de la santé et du bien-être.*

Le document EB154/23 indique (paragraphe 12) que "le Secrétariat met actuellement en place un Groupe consultatif technique stratégique multidisciplinaire d'experts chargé de fournir des conseils et de proposer des contributions aux cadres de suivi et de mise en œuvre". Cependant, il n'est pas clair que le mandat du groupe englobera le cadre mondial.

## **La découverte du buen vivir**

L'accent mis sur le bien-être dans la Charte de Genève et le Cadre mondial de l'OMS reflète l'influence du discours du "bien vivre" ou buen vivir, qui a été très influent dans la santé publique latino-américaine pendant quelques décennies. Toutefois, le projet de cadre bénéficierait de deux autres innovations de l'école latino-américaine de médecine sociale/santé collective.

L'un d'entre eux est l'insistance sur la distinction entre les déterminants *sociaux* (en tant que facteurs dont il est démontré qu'ils influencent la santé de la population) et la détermination sociale (qui se concentre sur les forces et la dynamique qui reproduisent ces facteurs). Le projet de cadre n'aborde que très peu la question de la *détermination* sociale et politique de la santé, si ce n'est à un niveau très général.

La deuxième innovation est le passage de la *santé publique* à la *santé collective*, afin d'éviter de surestimer le rôle du gouvernement dans l'évolution de la santé de la population et de mettre en évidence la manière dont la santé des populations est façonnée par les forces, les engagements et la dynamique des communautés et, plus largement, de la société civile.

## **Ambiguïtés dans la conceptualisation de la promotion de la santé**

Le paragraphe 2(1) du dispositif demande au DG d'identifier le rôle que la promotion de la santé pourrait jouer dans la réalisation du bien-être. On peut supposer que cette demande vise à clarifier le rôle que la promotion de la santé pourrait jouer dans la promotion du bien-être si le cadre proposé devait être adopté et mis en œuvre par l'OMS.

Cependant, la conceptualisation de la "promotion de la santé" qui est proposée est ambiguë, englobant diversement la promotion de la santé en tant que secteur institutionnel, comprenant des experts et des organisations, par opposition à la promotion de la santé en tant qu'ensemble de principes et de pratiques que les praticiens de la santé, les agences et les administrations peuvent appliquer dans leur travail, par opposition à la promotion de la santé en tant que processus social, une manière de parler de l'amélioration de la santé de la

population. Dire que "la promotion de la santé cherche à influencer les politiques et les programmes" (partie IIId du cadre mondial)

suggère la "promotion de la santé" comme une entité singulière dotée de sa propre agence. Plus loin, le cadre décrit la promotion de la santé comme un "moteur" de la santé publique.

Le projet de création d'une société (ou d'une civilisation) du bien-être s'appuie, dans différents secteurs et communautés, sur un très large éventail de principes et de paradigmes de pratique. En effet, la pratique professionnelle et civique des praticiens de la santé s'appuie sur un large éventail de principes et de paradigmes de pratique, y compris mais bien au-delà de la "promotion de la santé" (qu'elle soit comprise comme un secteur institutionnel ou un ensemble de principes et de pratiques, ou comme un synonyme d'amélioration de la santé).

Le projet de cadre (partie II d) indique que "la *promotion de la santé est le processus qui permet aux personnes de mieux contrôler et d'améliorer leur santé*". Mais la promotion de la santé n'est manifestement pas le seul "processus permettant aux personnes d'accroître le contrôle sur leur santé et de l'améliorer". Pour de nombreuses personnes, le recours aux médecines traditionnelles ou complémentaires est un processus qui leur permet de mieux maîtriser leur santé et de l'améliorer. La promotion de la santé n'est pas le seul ensemble de principes et de pratiques qui aident les gouvernements, les communautés et les individus "à faire face et à relever les défis en matière de santé et de bien-être afin d'améliorer la santé des populations et de l'environnement" (page 6).

Certaines sections de ce cadre semblent viser à promouvoir la promotion de la santé plutôt qu'à expliquer son rôle, comme le demande l'AMS75.19. La partie V du cadre déclare que *... la promotion de la santé fournit la plate-forme, les approches et les outils qui permettent cette collaboration intersectorielle transformatrice, l'action collective par le biais de l'autonomisation des communautés et, en fin de compte, la bonne gouvernance qui est essentielle à la réalisation du bien-être de la société.*

## **Violation du mandat**

Ce point a commencé par la [Charte de Genève pour le bien-être](#), déclaration finale de la 10e Conférence mondiale sur la promotion de la santé, qui s'est tenue à Genève, en Suisse, du 13 au 15 décembre 2021.

L'Assemblée de la santé a ensuite été saisie d'un [projet de résolution](#) parrainé par l'Arabie saoudite, l'Azerbaïdjan, le Bahreïn, la Bosnie-et-Herzégovine, le Botswana, la Colombie, l'Irak, Oman, le Pérou, la Thaïlande, les Émirats arabes unis, les États-Unis d'Amérique et Vanuatu, qui a été adopté en tant que [WHA75.19](#).

WHA75.19 demande à la DG

*... à élaborer, dans le cadre du mandat de l'OMS, un cadre sur la réalisation du bien-être, en s'appuyant sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et ses 17 objectifs de développement durable, et à déterminer le rôle que joue la promotion de la santé dans ce cadre.*

Cette demande comprend deux tâches distinctes : premièrement, élaborer un cadre pour le bien-être basé sur les ODD ; deuxièmement, expliquer le rôle que joue la promotion de la santé dans ce cadre.

Cependant, le cadre mondial qui a été produit s'intitule "Achieving well-being : Un cadre mondial pour intégrer le bien-être dans la santé publique *en utilisant* une approche de promotion de la santé".

Il s'agit là d'un écart très important par rapport au mandat initial : de l'élaboration d'un cadre et de l'identification du rôle de la promotion de la santé à l'élaboration d'un cadre utilisant une approche de promotion de la santé. La manière dont cette transformation du mandat a eu lieu n'est pas claire. Elle a probablement impliqué des choix délibérés de la part du personnel du Secrétariat, mais elle a peut-être été soutenue par les États membres promoteurs, les donateurs et les conseillers.

L'adoption de la décision [WHA76\(22\)](#), par laquelle l'Assemblée a adopté le cadre, accepte et soutient le mandat transformé.

La provenance des décisions et des résolutions des organes directeurs et la provenance des publications et des initiatives mises en œuvre par l'intermédiaire du Secrétariat sont cachées au public. Il en va de même pour le rôle des États membres, des donateurs, des gestionnaires de programmes au sein du Secrétariat, des conseillers professionnels et des entités du secteur privé.

Ce secret ("commercial-confidence") représente un manquement majeur à l'obligation de rendre des comptes. Le manque de transparence remet en question l'intégrité de l'Organisation.

## **La désintégration de l'OMS : un marché d'influence**

Il semble que la volonté d'établir un cadre mondial pour le bien-être soit (au moins en partie) orientée vers la promotion de la santé. La survie de nombreuses unités au sein du Secrétariat (et le maintien de leur personnel) dépend de la lutte permanente pour attirer l'attention des donateurs et obtenir leur financement.

Malgré le discours sur la mobilisation "coordonnée" des ressources, il existe une tension entre les différentes unités qui attirent l'attention des donateurs, ce qui entraîne la désintégration d'une politique cohérente et de l'élaboration de programmes.

Cette dynamique néfaste est la conséquence directe du refus des États membres de financer pleinement l'Organisation par le biais de contributions obligatoires ou de délier les contributions volontaires étroitement liées à l'oreille.

## **Position PHM**

PHM demande un renforcement radical de la responsabilité du Secrétariat de l'OMS en ce qui concerne les relations en coulisses entre les États membres, les intérêts particuliers, les donateurs et les gestionnaires de programmes au sein du Secrétariat. PHM demande à l'OMS de nommer les agences de financement qui soutiennent chaque initiative soumise aux organes directeurs.

PHM demande qu'il soit mis fin à la marchandisation de la prise de décision et de la production de ressources de l'OMS et que l'Organisation bénéficie d'un financement prévisible, adéquat et flexible par le biais de contributions évaluées et de contributions volontaires non liées.

# Point 22. Changement climatique, pollution et santé

## Contenu

- [En ligne de mire](#)
- [Contexte](#)
- [Commentaire PHM](#)
- [Notes de discussion](#)

## En ligne de mire

### **Impact des produits chimiques, des déchets et de la pollution sur la santé humaine**

Dans le document [EB154/24](#), le Secrétariat rend compte de la mise en œuvre de la résolution [WHA76.17](#) (2023). Cette résolution demande aux États membres d'aider le Secrétariat à s'engager dans deux initiatives de l'Assemblée des Nations Unies pour l'environnement : la création d'un groupe scientifique et politique pour contribuer à la gestion rationnelle des produits chimiques et des déchets et prévenir la pollution ([UNEP EA.5 RES.8](#)) ; et l'élaboration d'un instrument international contraignant pour mettre fin à la pollution par les plastiques ([UNEA-5.2](#)). Le rapport présente des options pour la participation de l'OMS à ces deux initiatives.

Le Conseil est invité à prendre note du rapport et à fournir des orientations supplémentaires, ainsi que de la proposition de groupe scientifique et politique et de l'instrument en cours d'élaboration sur la pollution plastique.

### **Changement climatique et santé**

Le rapport [EB154/25](#) décrit les effets croissants du changement climatique sur la santé, les possibilités de protéger et d'améliorer la santé grâce à l'action climatique, les mesures à prendre par la communauté sanitaire mondiale et le rôle unique de l'OMS pour diriger, informer, guider et mettre en œuvre l'action sanitaire face au changement climatique. Le Conseil d'administration est invité à prendre note du rapport et à fournir des orientations supplémentaires.

## Contexte

Liens vers les discussions antérieures sur l'[environnement](#), le [climat](#) et l'[ASGIPC](#)

Page thématique de l'OMS sur le [changement climatique](#) et la [santé environnementale](#)

## Commentaire PHM

## **Impact des produits chimiques, des déchets et de la pollution sur la santé humaine**

Le conseil d'administration examinera la participation de l'OMS à deux initiatives du Programme des Nations unies pour l'environnement (PNUE) : le groupe scientifique et politique et l'instrument international contraignant visant à mettre fin à la pollution plastique.

## Le panel science-politique

Le PNUE a décidé que "le groupe devrait être un organe intergouvernemental indépendant doté d'un programme de travail approuvé par les gouvernements qui en sont membres, afin de fournir des données scientifiques pertinentes pour l'élaboration des politiques, sans être prescriptif". Le PNUE considère que les principales fonctions du groupe devraient être les suivantes :

- Entreprendre une "analyse de l'horizon" afin d'identifier les questions pertinentes pour les décideurs politiques et, si possible, proposer des options fondées sur des données probantes pour les aborder ;
- Évaluer les problèmes actuels et identifier des options potentielles fondées sur des données probantes pour traiter, dans la mesure du possible, ces problèmes, en particulier ceux qui concernent les pays en développement ;
- Fournir des informations actualisées et pertinentes, identifier les principales lacunes de la recherche scientifique, encourager et soutenir la communication entre les scientifiques et les décideurs politiques, expliquer et diffuser les résultats pour différents publics, et sensibiliser le public ;
- Faciliter le partage d'informations avec les pays, en particulier les pays en développement à la recherche d'informations scientifiques pertinentes.

Dans le document [WHA76.17](#) (paragraphe 4(8)), le Secrétariat a été chargé de contribuer activement aux travaux du groupe de travail ad hoc à composition non limitée chargé de mettre en place le groupe scientifique et politique proposé.

Au paragraphe 12 du document EB154/24, le Secrétariat présente six options concernant les relations de l'OMS avec le groupe d'experts. Ces options ne s'excluent pas mutuellement.

Au paragraphe 7, le document EB154/24 note que l'OMS dispose de procédures strictes et bien établies pour identifier et gérer les conflits d'intérêts potentiels des experts. Des processus comparables seront nécessaires pour le groupe scientifique et politique. PHM note que les conflits d'intérêts se sont avérés problématiques dans certaines des organisations impliquées dans l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques.

PHM demande instamment au Conseil d'administration de recommander une résolution à l'Assemblée de la santé qui approuve la participation de l'OMS au groupe d'experts selon des modalités qui englobent l'ensemble des six options. Cette résolution devrait également

- prévoir des rapports réguliers aux organes directeurs de l'OMS concernant les travaux du groupe et la contribution de l'OMS au groupe ;
- demander au Secrétariat, lors de la préparation de son rapport pour WHA77, d'inclure des conseils sur les dispositions en cours de négociation pour le groupe qui (conformément au paragraphe 6(c) de [UNEP/EA.5/Res.8](#)) garantissent que le travail du groupe sera transparent, impartial et protégé contre les distorsions résultant de conflits d'intérêts.

PHM affirme que, comme indiqué aux paragraphes 6 et 7 du document EB154/24, la participation au groupe scientifique et politique relève entièrement du mandat actuel de l'OMS et que les contraintes budgétaires ne devraient pas empêcher ou limiter la participation de

I'OMS.

## Mettre fin à la pollution plastique

Le PNUE a déterminé (dans le document [UNEP/EA.5/Res.14](#)) qu'un instrument international juridiquement contraignant sur la pollution plastique, y compris dans l'environnement marin, est nécessaire et a décidé de convoquer un comité de négociation intergouvernemental pour un tel instrument, qui commencera ses travaux au cours du second semestre 2022, avec l'ambition de les achever d'ici la fin de 2024.

Dans les paragraphes 16-18 du [document EB154/24](#), le Secrétariat examine une série d'options concernant le rôle de l'OMS dans le comité de négociation intergouvernemental et dans l'instrument juridiquement contraignant en cours d'élaboration. Au paragraphe 22, le Secrétariat indique que l'OMS continuera à s'impliquer dans les projets de dispositions sur les questions de santé et dans les travaux techniques pertinents entre les négociations officielles.

PHM demande instamment au Conseil d'approuver un tel engagement, qui englobe tous les modes d'implication mentionnés aux paragraphes 16 à 18.

PHM demande instamment au Conseil d'administration de demander au Secrétariat, dans le cadre de son engagement avec le comité international de négociation, de veiller attentivement à ce que l'instrument juridiquement contraignant comprenne des dispositions solides garantissant que sa mise en œuvre est protégée contre les distorsions résultant de conflits d'intérêts.

## Changement climatique et santé

### Provenance

Le [projet d'ordre du jour provisoire](#) de la réunion actuelle du CE, publié en juin 2023, n'incluait pas ce point sur le changement climatique. Sur ce projet d'ordre du jour provisoire, le point 19 était "L'impact des produits chimiques, des déchets et de la pollution sur la santé humaine". Le 16 novembre, lorsque l'[ordre du jour provisoire](#) a été publié, ce point était devenu "Changement climatique, pollution et santé". C'était deux semaines avant l'ouverture de la COP28 à Dubaï.

Rien dans le document EB154/25 n'explique comment, face aux inquiétudes persistantes concernant le contrôle de l'ordre du jour, un nouveau point important a été accepté pour l'ordre du jour révisé. Nous supposons que, face aux températures mondiales record et à la résistance persistante à l'action climatique à Dubaï, le Secrétaire général de l'ONU a peut-être exhorté ses agences spécialisées à faire davantage pour promouvoir une action efficace contre le réchauffement de la planète. Ou peut-être l'un des grands donateurs de l'OMS a-t-il indiqué que des fonds pourraient être disponibles pour une nouvelle initiative sur le climat et la santé.

(PHM se félicite de ce point et du rapport figurant dans le document EB154/25, mais regrette le manque de transparence concernant la provenance de ce point et de nombreux autres (points, résolutions et décisions) figurant à l'ordre du jour des organes directeurs).

Quelle que soit l'origine de ce rapport, le message sous-jacent est que l'OMS doit contribuer davantage à la mise en place d'une action efficace contre le réchauffement climatique.

## Appréciation

Il s'agit d'une excellente initiative. Compte tenu de la résistance persistante à la réduction de l'utilisation des combustibles fossiles, qui s'est manifestée en particulier lors de la COP28, l'OMS doit faire davantage pour contribuer à l'élaboration d'arguments en faveur d'une action efficace en matière d'atténuation et d'adaptation.

Le rapport ([EB154/25](#)) décrit bien les problèmes. Il introduit la dimension de l'équité en soulignant les conséquences sanitaires du changement climatique auxquelles sont confrontés les pays à revenu faible et moyen inférieur (inondations, sécheresse, déplacements et conflits) et les petits États insulaires en développement, tout en reconnaissant la faible contribution de ces pays à l'historique des émissions mondiales.

[Le document EB154/25](#) met également en évidence les modes de développement et les choix économiques qui sont à l'origine de la crise climatique et qui sont les causes directes des graves répercussions sur la santé. Le document cite les systèmes énergétiques polluants, qui provoquent chaque année des millions de décès prématurés dus à la pollution de l'air, les systèmes alimentaires malsains et destructeurs pour l'environnement, qui contribuent aux maladies non transmissibles, et les systèmes de planification urbaine et de transport qui entraînent une dépendance à l'égard de la voiture, l'inactivité physique et des accidents de la route. Ces impacts parallèles sur le réchauffement climatique et directement sur la santé sont importants car ils sous-tendent la logique de l'argument du "co-bénéfice".

Le document identifie plusieurs éléments d'une réponse du système de santé au réchauffement climatique :

1. se préparer (à réagir aux chaleurs extrêmes, aux inondations et aux maladies infectieuses) ;
2. la résilience au climat (y compris l'eau et l'assainissement, les systèmes alimentaires durables) ;
3. réduire les émissions de carbone du secteur de la santé ; et
4. œuvrer à l'obtention de "co-bénéfices" pour la santé (par exemple, des vies sauvées grâce à l'amélioration de la qualité de l'air) en favorisant l'atténuation du changement climatique dans d'autres secteurs, notamment l'énergie, l'alimentation, les transports et les systèmes urbains ;
5. encourager les "acteurs de la santé" à travailler dans tous les secteurs pour préserver conjointement les principaux déterminants de l'environnement.

Le document propose ensuite un certain nombre d'actions du Secrétariat qui pourraient contribuer à renforcer la réponse du système de santé. Il s'agit notamment d'intensifier ses propres travaux dans les domaines suivants

- assurer l'encadrement et la sensibilisation,
- la production de preuves, la collecte de données, le suivi des tendances et la production de ressources techniques, et
- le renforcement des capacités et le soutien aux pays.

## Critique

La volonté de renforcer la réponse du système de santé est appréciée. Les actions proposées

sont complètes et stratégiques.

Cependant, si la rhétorique selon laquelle le changement climatique est "une menace fondamentale pour la santé humaine exige une réponse forte de la part de la communauté sanitaire mondiale pour protéger la santé contre les risques climatiques croissants, garantir l'accès à des services de santé de haute qualité, résilients au climat et durables sur le plan environnemental", il n'en reste pas moins que le changement climatique n'est pas une menace fondamentale pour la santé humaine.

et améliorer la santé, tout en limitant le réchauffement de la planète à la limite convenue de 1,5°C. (paragraphe 7)" est bienvenu, la nécessité de *responsabilités communes mais différenciées et de capacités respectives* est absente de l'articulation.

Le rapport note l'impact différentiel du réchauffement climatique, les pays à faible revenu étant plus touchés, mais il ne note pas que la plupart des efforts d'atténuation doivent provenir des pollueurs passés et présents, et que si les pays à faible revenu ont besoin d'un soutien considérable pour l'adaptation, la contribution qu'ils peuvent apporter à l'atténuation est moindre. Les pays à revenu élevé doivent s'engager à fournir un soutien financier dans le cadre des fonds communs.

La référence à l'identification et au déploiement de l'accès aux énergies renouvelables pour les établissements de soins de santé dans les pays à faible revenu (paragraphe 9) est trompeuse et distrayante, alors que la lutte dans ces pays consiste à mettre en place les établissements de soins de santé minimums requis avec les niveaux minimums d'accès à l'énergie assuré - de quelque type que ce soit. L'argument des co-bénéfices des technologies respectueuses du climat est important mais doit aller de pair avec des transferts de technologie gratuits et facilités (l'argument des capacités respectives). L'ensemble du rapport laisse de côté les perspectives de justice climatique des pays en développement et s'en tient trop à l'idée que "le monde ne fait qu'un". Qu'est-il advenu de l'impérialisme ?

PHM demande également au Secrétariat de renforcer ce document, en ce qui concerne le pouvoir des populations et l'approche des soins de santé primaires, avant de le soumettre à l'Assemblée de la Santé. Le document reconnaît clairement l'importance du pouvoir des populations pour vaincre la résistance aux combustibles fossiles et pour faire pression en faveur d'un financement adéquat et équitable de l'adaptation. Il reconnaît également le pouvoir potentiel de la "communauté mondiale de la santé" dans la lutte contre le réchauffement climatique. Il reconnaît également le pouvoir potentiel de la "communauté mondiale de la santé" dans la lutte contre le réchauffement climatique.

Cependant, elle ne fait pas le lien. L'approche des soins de santé primaires, élaborée à Alma-Ata, envisage un "partenariat de santé communautaire" pour la santé ; le personnel de santé (à tous les niveaux) travaille activement avec ses communautés pour définir les risques et se mobiliser contre les causes sous-jacentes.

Une part importante de la population travaille dans le secteur de la santé ; il s'agit en grande majorité de personnes qui se soucient du bien-être et de la santé de leur communauté, y compris de la menace que représente le réchauffement climatique. Il existe déjà une myriade d'organisations et de réseaux issus du système de santé qui défendent et se mobilisent contre le réchauffement climatique.

PHM invite le Secrétariat à explorer d'autres actions qui pourraient tirer parti de ces partenariats de santé communautaire dans différents districts, à différents niveaux.

La dynamique physique qui sous-tend le réchauffement climatique est mondiale, mais les risques spécifiques sont divers et peuvent être très localisés. Au sein d'un État, différentes régions ou districts peuvent être exposés différemment ; les conséquences varient également et

les vulnérabilités diffèrent. Le modèle de soins de santé primaires prévoit que les agences locales de soins de santé identifient et préconisent des mesures d'adaptation et d'atténuation localisées, en partenariat avec leurs communautés, tout en préconisant des politiques et des stratégies universelles.

Le Secrétariat mentionne la résilience climatique comme un élément central du développement de la santé dans le contexte de la couverture sanitaire universelle et des soins de santé primaires. Cependant, il ne reconnaît pas les conséquences d'une approche de la couverture sanitaire universelle basée sur l'assurance commerciale, qui encourage les soins hospitaliers privés et la pratique privée. Ce scénario favorise la surspécialisation et la surconsommation de soins de santé et constitue une menace supplémentaire pour la résilience climatique.

Des soins de santé primaires solides ont démontré leur capacité à s'attaquer aux causes évitables de mortalité et de morbidité. Ils ont également le potentiel de répondre aux diverses menaces associées au réchauffement climatique, y compris le fardeau croissant des maladies transmissibles. Le rapport ne reconnaît pas le besoin urgent de renforcer les soins de santé primaires en vue d'assurer l'accès universel aux soins de santé et de renforcer la résilience pour faire face aux urgences/chocs sanitaires (en raison de la fréquence accrue des événements climatiques extrêmes, des pandémies, etc).

Reconnaître les besoins locaux ne signifie pas ignorer les forces et les processus qui opèrent au niveau mondial. PHM demande instamment à l'OMS d'encourager activement les organisations de soins de santé (décideurs, praticiens et OSC) à participer aux réunions de l'organe subsidiaire de conseil scientifique et technologique et de l'organe subsidiaire de mise en œuvre de la CCNUCC afin de s'assurer que les perspectives en matière de santé sont entendues. Une telle participation peut donner un contexte global à des luttes localisées.

# Point 23. Économie et santé pour tous

## En ligne de mire

Le Directeur général présentera un rapport ([EB154/26](#)) qui résume les activités et les recommandations du [Conseil de l'OMS sur l'économie de la santé pour tous](#). Il fournira également des informations à l'appui d'une approche de la politique et de la prise de décision qui permette un meilleur équilibre entre l'économie et la santé et qui reconnaisse que la réalisation de la santé pour tous nécessite des investissements économiques et budgétaires soutenus, multisectoriels et à long terme.

Le Conseil d'administration est invité à prendre note du rapport et à fournir des orientations sur les points suivants :

- Comment faire progresser au mieux la mise en place d'une économie de la santé pour tous, en reconnaissant les liens entre l'économie et la santé et l'intérêt de développer les deux de manière équilibrée ?
- Comment le Secrétariat peut-il aider au mieux les États membres à promouvoir une économie de la santé pour tous, en reconnaissant la valeur de l'action multisectorielle et des approches pangouvernementales ?

## Contexte

[La santé pour tous : transformer les économies pour obtenir ce qui compte", rapport final du Conseil de l'OMS sur l'économie de la santé pour tous.](#)

## Commentaire PHM

N'hésitez pas à écrire à [editor@phmovement.org](mailto:editor@phmovement.org) pour nous faire part de vos réactions à ce commentaire.

### **Nécessité d'une théorie du changement**

Le rapport du Secrétariat (EB154/26) décrit le contexte des travaux du Conseil comme étant caractérisé par les "crises interdépendantes de la santé, de l'inégalité et du climat, qui [...] perturbent la solidarité et la stabilité". La nécessité d'un changement est illustrée par de nombreuses références à la pandémie de Covid.

Le rapport reconnaît que le développement des systèmes de santé (accès, qualité, efficacité, etc.) et les conditions qui déterminent la santé de la population sont déterminés de manière complexe par les activités et les tendances économiques et par les pressions exercées par les acteurs économiques.

Le rapport du Conseil exprime clairement la nécessité d'une économie alternative qui modifie la manière dont la valeur est conçue et dont le financement des services de santé fonctionne. Bien que l'évaluation alternative soit décrite de manière positive comme devant inclure le rôle des travailleurs de la santé et la santé comme un investissement et non un coût, il n'y a pas

d'examen plus approfondi de la manière dont cela pourrait être réalisé.

Le rapport du Conseil critique la subordination des dépenses de santé au remboursement de la dette. Pour y remédier, il recommande d'exclure les investissements dans la santé du déficit budgétaire souverain. Le rapport du Conseil critique la subordination des dépenses de santé au remboursement de la dette.

Le rapport appelle également à une suspension des remboursements de la dette par les pays à faible revenu lors des pandémies et autres catastrophes sanitaires.

Au niveau national, le rapport du Conseil critique les politiques d'austérité et préconise de générer des financements publics, notamment par le biais d'impôts sur la fortune et sur les entités multinationales. Il encourage également la régulation des acteurs du secteur privé pour le bien commun.

Les [13 recommandations sont toutes d'excellentes idées](#), un ensemble d'orientations qui, si elles étaient mises en œuvre, feraient une grande différence. Les recommandations ont toutes un caractère impératif - elles exigent que quelque chose se produise - mais les agents qui conduiront le changement requis, ainsi que leur pourquoi et leur comment, ne sont pas identifiés.

Les recommandations du Conseil articulent des desiderata de haut niveau qui sont bafoués, à bien des égards, dans les modes de fonctionnement des économies nationales et de l'économie mondiale. Le Conseil n'analyse pas les obstacles à la mise en œuvre de ses recommandations et n'explique pas non plus comment ces obstacles pourraient être surmontés.

Il n'y a pas d'analyse explicite des forces et des dynamiques qui ont conduit aux crises interdépendantes de l'inégalité en matière de santé et du climat, et il n'y a pas de théorie explicite du changement formulée dans le rapport du Conseil. En l'absence d'une théorie crédible du changement et d'actions réalisables découlant de cette théorie du changement, une grande partie de ce rapport est fantaisiste.

Deux aspects des recommandations du Conseil pourraient refléter une théorie implicite du changement.

La création du Conseil lui-même était stratégique dans le sens où le fait d'introduire de nouvelles idées dans le discours public et de leur donner l'imprimatur de l'OMS pourrait, dans une certaine mesure, modifier le discours sur l'élaboration des politiques aux niveaux national et mondial et contribuer ainsi au changement. Les appels à la réforme de la réglementation en matière de propriété intellectuelle lancés dans le rapport du Conseil illustrent l'importance des déclarations faisant autorité pour contribuer au changement. Mais ces nouvelles idées doivent trouver les groupes d'intérêt dont l'action et le plaidoyer peuvent modifier les réalités politiques sur le terrain. Il n'y a pas grand-chose dans ce rapport qui puisse relier les déclarations de haut niveau sur la réforme de la politique de propriété intellectuelle à une pression intérieure réussie dans un nombre suffisant de pays membres de l'OMC pour provoquer un changement...

La proposition d'un "tableau de bord pour une économie saine" peut refléter l'idée que les nouvelles informations peuvent contribuer au changement social et économique. Toutefois, en tant que théorie du changement, les nouvelles informations doivent modifier la répartition des forces politiques et renforcer l'action des groupes qui cherchent à obtenir des changements sociaux et économiques. Le rapport du Conseil n'indique pas qu'une telle considération a été prise en compte.

Il y a d'autres indices d'une théorie implicite du changement dans la discussion proposée dans

le document EB154/26 sur la manière dont l'OMS pourrait faire avancer l'ordre du jour du Conseil :

- L'OMS devrait développer ses travaux dans le domaine de la macroéconomie et de la santé et s'assurer des ressources supplémentaires pour permettre à l'OMS d'apporter des contributions complètes dans ce domaine ;

- Les efforts de l'OMS pour s'attaquer aux déterminants sociaux et commerciaux de la santé devraient être encore renforcés et pourraient inclure la promotion de la transition vers des énergies propres, des systèmes alimentaires plus durables et des systèmes de transport plus propres ;
- L'OMS pourrait promouvoir le renforcement des capacités [...] afin de mieux équiper les bureaux de pays et les ministères de la santé pour qu'ils puissent dialoguer avec les secteurs de l'économie et de la finance et pour renforcer la capacité publique globale à élaborer des politiques économiques et fiscales et à favoriser les collaborations entre les secteurs public et privé ;
- Le rapport suggère que le déploiement de l'expertise technique de l'OMS dans la fourniture d'orientations normatives et d'analyses rigoureuses sur l'économie de la santé pour tous pourrait également contribuer à la réalisation de l'ordre du jour du Conseil.

Cependant, il n'y a aucune discussion (dans le rapport du Conseil ou dans celui du Secrétariat) sur les obstacles qui ont limité la capacité de l'OMS à avancer dans ces directions, par exemple, les dénégations répétées (et intimidantes) par les États-Unis du mandat ou de la compétence de l'OMS dans ces domaines et les politiques délibérées de la plupart des pays à revenu élevé pour tenir le Secrétariat en laisse en limitant la croissance des contributions obligatoires et en insistant sur la spécification stricte des contributions volontaires.

Il convient de noter qu'aucune des suggestions du Conseil sur l'allègement de la dette et la finance internationale ne figure dans la note du Secrétariat. En fait, le terme "dette" est totalement absent de ce résumé du rapport du Conseil. L'accent est plutôt mis sur la plateforme d'investissement et les prêts des banques multilatérales de développement. En l'absence d'allègement de la dette, ces mesures pourraient être contre-productives, en augmentant la pression sur les pays à faible revenu et en nuisant à leurs finances en matière de santé.

De même, en ce qui concerne le secteur privé, la note du Secrétariat se limite à travailler avec le secteur privé et à établir une collaboration, sans mentionner la nécessité de réglementer ce secteur dans l'intérêt général.

Alors que le rapport du Secrétariat continue d'appeler à des "changements économiques fondamentaux", la nature de ces changements n'est pas du tout précisée. Les 13 recommandations se suffisent à elles-mêmes et ne requièrent aucune réforme ni même aucune critique substantielle de l'ordre économique existant. Les bonnes recommandations du rapport du Conseil (bien que de haut niveau et sans volonté de mise en œuvre) ont été marginalisées dans le rapport du Secrétariat.

## **Financement des soins de santé**

La section "Travaux connexes de l'OMS" du rapport du secrétariat semble avoir été élaborée au sein du secrétariat de l'OMS et ne semble pas avoir de lien avec les travaux du Conseil.

Le passage suivant de cette section est tout à fait trompeur et constitue une version gravement déformée de l'histoire.

*Toutefois, en 2001, la Commission de l'OMS sur la macroéconomie et la santé a conclu*

*que le niveau des dépenses de santé dans les pays à faible revenu était insuffisant pour relever les défis sanitaires auxquels ils sont confrontés, et qu'avec un financement nettement plus important, il en résulterait un rendement potentiel élevé pour la santé et l'économie. La reconnaissance de l'interconnexion des*

*L'intégration de l'économie et de la santé a également servi de base pour freiner l'augmentation des coûts de santé et remédier aux inégalités.*

Dans la même section, le rapport mentionne que l'OMS "élabore et évalue des politiques fiscales plus larges liées au financement de la couverture sanitaire universelle". Il s'agit là d'un langage d'entreprise. La réalité est que l'OMS a été intimidée par la BM, Rockefeller et les États-Unis pour promouvoir l'assurance maladie commercialisée afin de collecter des fonds pour des soins de santé mixtes public-privé, un modèle qui, toutes choses égales par ailleurs, rend plus difficile la promotion de la qualité, de l'efficacité et de la distribution équitable des ressources en matière de soins de santé. La note du Secrétariat ne propose rien pour inverser les pressions en faveur d'un système de santé privatisé et commercialisé.

### **Les questions posées à l'attention du conseil d'administration**

Le Secrétariat invite le Conseil à prendre note du rapport et à donner son avis sur les questions suivantes.

#### **Comment faire progresser au mieux la mise en place d'une économie de la santé pour tous, en reconnaissant les liens entre l'économie et la santé et l'intérêt de développer les deux de manière équilibrée ?**

PHM invite les membres du conseil d'administration à demander au secrétariat de poursuivre ses travaux, en s'adressant à :

- analyser plus en profondeur la genèse des crises interdépendantes, en particulier la crise de l'inégalité et de l'aliénation ;
- identifier et explorer les obstacles à la mise en œuvre des 13 recommandations ;
- la recherche du consensus nécessaire pour rendre opérationnel l'allègement de la dette internationale afin de soutenir les finances de la santé et de garantir les services de santé dans les pays en développement pendant les périodes de crise ;
- réorienter l'économie afin de donner la priorité à la santé en tant que bien public et, par conséquent, construire des alliances internationales autour de l'échange de connaissances et de technologies qui ne soient pas motivées par les exigences des entreprises en matière de profit ; et
- élaborer de nouvelles recommandations afin d'éclairer l'action de l'OMS en faveur d'une économie de la santé pour tous.

#### **Comment le Secrétariat peut-il aider au mieux les États membres à promouvoir une économie de la santé pour tous, en reconnaissant la valeur de l'action multisectorielle et des approches pangouvernementales ?**

PHM demande instamment au Conseil d'administration

- de demander au Secrétariat de concevoir et d'entreprendre une enquête auprès des États membres de l'OMS afin d'identifier et d'analyser les obstacles à la mise en œuvre des recommandations du Conseil et d'identifier les initiatives qui ont permis de surmonter ces obstacles ;
- demande que le Secrétariat poursuive ses travaux afin d'étudier le rôle des systèmes

de santé, tels que les établissements de santé, les unités de santé publique et le personnel de santé, dans la mise en place d'une pression politique en faveur d'une action intersectorielle visant à mettre en place une économie de la santé pour tous ;

- de demander au Secrétariat de poursuivre ses travaux afin d'explorer les possibilités d'un "engagement public significatif" et de partenariats entre la communauté et le secteur de la santé en vue d'une action intersectorielle en faveur de la santé pour tous.

# Point 24.1 Financement et mise en œuvre du budget-programme 2022-2023 et perspectives de financement du budget-programme 2024-2025

## En ligne de mire

Le Directeur général présentera un rapport ([EB154/27](#)) sur le financement et la mise en œuvre du budget-programme 2022-2023 et fournira une mise à jour sur le financement du budget-programme 2024-2025. Le Conseil sera invité à prendre note du rapport et à fournir des orientations supplémentaires.

## Contexte

Liens du tracker vers les discussions précédentes sur [PB22-23](#) et [PB23-24](#).

[Portail web du budget-programme pour 2022/23](#)

## Commentaire PHM

Le présent document (EB154/27) fait le point sur le financement du budget-programme 2022-23, en s'appuyant sur les mises à jour précédentes des réunions du Conseil exécutif de janvier 2023 et de l'Assemblée mondiale de la santé de mai 2023 ([EB152/26](#) et [A76/18](#)).

Comme pour les mises à jour précédentes, le document EB154/27 est positif en ce qui concerne le montant du financement disponible ou prévu pour le budget du Programme. Le budget du Programme de 6726 millions de dollars US pour l'exercice biennal 2022-23 devrait atteindre 138 % (9 315 millions de dollars US). Cette augmentation s'explique par le financement supplémentaire des segments du Programme liés à des événements (le financement de l'éradication de la poliomyélite représentait 246 % du budget approuvé, tandis que le financement des opérations d'urgence et des appels s'élevait à 303 %). Le travail de base de l'OMS (c'est-à-dire ses programmes "de base") devrait recevoir 96 % de son budget approuvé de 4968 millions de dollars US, et les programmes spéciaux de l'OMS devraient recevoir 84 % de leur budget de 199 millions de dollars US.

Le tableau 2 présente une ventilation plus fine de l'affectation des fonds des programmes de base. Comme dans les rapports précédents, nous continuons à constater que certains domaines prioritaires reçoivent plus d'argent qu'ils n'en ont besoin, tandis que d'autres en reçoivent moins. Ces zones ont déjà été appelées "poches de pauvreté". À titre d'exemple, le domaine prioritaire 1.1 (amélioration de l'accès à des services de santé essentiels de qualité) est financé à hauteur de 118 %, tandis que le domaine prioritaire 2.1 (pays préparés aux urgences sanitaires) est financé à hauteur de 55 %.

Le rapport nous informe que les programmes de base sont financés par 957 millions de dollars de contributions obligatoires (CA) et 4 012 millions de dollars de contributions volontaires (CV)

(soit 24 % de CA et 76 % de CV). Le rapport indique également que "les contributions volontaires (spécifiques et thématiques) représentent 62,2 % du financement total des programmes de base, projections comprises".) L'écart apparent entre 76 % et 62,2 % pourrait s'expliquer par le fait que les contributions volontaires "de base" ne sont pas incluses dans le rapport.

total. Ces CV "de base" devaient s'élever à environ 150 millions de dollars dans le budget-programme 2022-23 de l'OMS (p. 28), ce qui expliquerait la différence.

En définitive, les programmes de base de l'OMS (pas le budget total du programme, mais seulement le segment de base - son travail essentiel) sont principalement financés par des CV spécifiques et rigides. Cette constatation est importante car elle illustre la nécessité d'augmenter le montant du financement flexible destiné au segment de base. L'"aspiration", approuvée par les États membres lors de l'Assemblée mondiale de la santé en 2022, est d'augmenter le montant des CA pour le segment de base à 50 % du budget de base 2022-2023 d'ici l'exercice biennal 2028-2029 ([groupe de travail sur le financement durable](#)).

En ce qui concerne l'avenir et le budget 2024-25, nous savons déjà, d'après le projet de 14e BPM, qu'il n'y aura pas d'augmentation du segment de base : il restera à 4968 USD. Le tableau 4 du document EB154/27 (reproduit ci-dessous) nous donne une idée du déficit de financement.

Budget segment	Programme budget 2024-2025	AC	VC	Total	Gap (US\$)	Gap (%)
Base	4 968	1 146	1 281	<b>2 427</b>	2 542	51%
Emergency response and appeals	1 000	0	402	<b>402</b>	598	60%
Polio eradication	694	0	657	<b>657</b>	38	5%
Special programmes	172	3	46	<b>49</b>	123	71%
Total Programme budget	<b>6 835</b>	<b>1 148</b>	<b>2 386</b>	<b>3 534</b>	<b>3 300</b>	<b>48%</b>

Tableau 4. Financement prévu pour le budget du programme 2024-2025 par segment au 30 septembre 2023

Le tableau montre l'augmentation des CA (1 146 millions d'USD) conformément à l'"aspiration" mentionnée ci-dessus, et il montre également que certains VC sont déjà projetés. Le nouveau cycle d'investissement, dont le lancement est prévu au dernier trimestre 2024, doit garantir que le segment de base est entièrement financé pour la période du 14e GPW (2025-28). À court terme, il doit au moins obtenir des donateurs un engagement suffisant pour couvrir la période biennale 2024-25.

PHM demande instamment au Conseil d'administration de faire face à la nécessité urgente d'augmenter le budget pour 2024-25 à la fois pour le segment de base et les opérations d'urgence. La demande pour ces deux catégories au cours du prochain exercice biennal sera beaucoup plus élevée en raison de l'aggravation des conflits et des inégalités, de l'accélération du réchauffement climatique, de l'imminence d'épidémies zoonotiques et de l'augmentation du nombre de demandeurs d'asile.

# Point 24.2 Projet de quatorzième programme général de travail

## En ligne de mire

Le Directeur général soumettra à l'examen du Conseil le projet de quatorzième programme général de travail (2025-2028) ([EB154/28](#)). S'appuyant sur le treizième programme général de travail (2019-2025), le programme de transformation de l'OMS et le cadre de résultats de l'OMS, et intégrant les enseignements tirés, le projet de quatorzième programme général de travail définit un programme de santé et de bien-être pour tous les acteurs de la santé, l'objectif primordial étant de promouvoir, d'assurer et de protéger la santé et le bien-être de tous les peuples, partout dans le monde. Le Conseil d'administration est invité à prendre note du rapport et à fournir des orientations supplémentaires pour finaliser le projet de programme de travail.

Dans un document séparé ([EB154/INF./1](#)), le Bureau d'évaluation fournira une évaluation de la mise en œuvre du treizième programme général de travail pour l'information du Conseil.

## Contexte

Tracker links to previous discussions of [GPW13 \(en anglais\)](#)

[Page de l'OMS](#) sur le financement de l'OMS et [sur la conférence GPW13](#)

## Commentaire PHM

Le projet GPW14 propose des adaptations progressives (et peut-être des améliorations) par rapport au GPW13. Il est logique et bien présenté et fournira un cadre utile pour la planification et la budgétisation des programmes.

## Ne pas mentionner le capitalisme

La section intitulée "Un monde en mutation" (paragraphe 1 à 4 de la partie 1) donne un aperçu utile des défis posés par le contexte auquel le BPM répond.

Il est regrettable que ce compte rendu soit muet sur les dynamiques du capitalisme mondialisé qui contribuent à reproduire les défis auxquels l'humanité est confrontée. Ces dynamiques revêtent une importance particulière :

- le pouvoir et l'impunité des grandes sociétés transnationales dont la recherche du profit va souvent à l'encontre des conditions nécessaires à la réalisation de la santé pour tous, comme l'illustre le rôle des géants des combustibles fossiles dans le réchauffement de la planète et dans la prévention ou le retardement des mesures d'atténuation et d'adaptation ;
- le pouvoir exercé par les détenteurs de capitaux sur les gouvernements et les agences intergouvernementales importantes telles que la Banque mondiale et le FMI ; illustré par le rôle de l'Europe et de l'Amérique du Nord dans l'empêchement de la mise en

œuvre de la proposition T-TAP de l'OMS

dans les premiers mois de Covid et leur insistance à établir l'accélérateur ACT en dehors de l'OMS, avec les inégalités d'accès aux vaccins qui en découlent ;

- la libéralisation du commerce et de la finance au niveau mondial afin de soutenir les profits des grandes entreprises en contrôlant les chaînes d'approvisionnement mondiales, ce qui a des répercussions sur le chômage et l'inégalité économique, comme l'illustre l'impact sur les petits agriculteurs de produits agricoles subventionnés à bas prix, avec une urbanisation rapide mais sans infrastructure urbaine de base ni emploi décent ; et
- l'austérité budgétaire demandée aux gouvernements et les demandes associées de privatisation des soins de santé et de commercialisation du financement des soins de santé.

La proposition selon laquelle ces dynamiques ne sont pas pertinentes pour comprendre les défis à relever dans le cadre de la BPM14 est ridicule. Nombre de ces dynamiques structurelles sont évoquées (de manière indirecte) dans le rapport du Conseil de l'OMS sur l'économie de la santé pour tous, mais le présent projet de BPM ne s'est pas appuyé sur le rapport du Conseil. Toutefois, le fait de ne pas reconnaître ces dynamiques a l'avantage d'éviter le travail difficile qu'implique la recherche d'une solution pour y faire face.

## **Impact inacceptable**

La section sur l'impact du contexte contemporain sur la santé de la population (paragraphe 5 à 12 de la partie 1) est déprimante mais importante. Cette section devrait être largement diffusée, en particulier parmi les personnels de santé et, par leur intermédiaire, auprès de leurs communautés.

## **Solidarité**

Le projet de BPM14 ne fait aucune mention de la solidarité, ce qui est surprenant après la période de pandémie au cours de laquelle l'OMS a utilisé librement ce mot pour décrire l'approche que l'institution (et les États membres) devrait adopter pour gouverner la santé. Il est particulièrement ironique que cette "lentille" ait été mise de côté, étant donné l'accent mis dans le document sur les multiples crises croisées que nous connaissons, et la probabilité que cela exacerbe le travail de l'OMS dans les situations d'urgence et humanitaires. Une grande partie du soutien financier et autre pour ce travail est susceptible de nécessiter de la solidarité.

## **Une vision trop positive de l'écosystème mondial de la santé**

La section décrivant les **promesses et le potentiel d'un écosystème mondial de la santé en pleine évolution** (paragraphe 13 à 19 de la partie 1) adopte une approche "verre à moitié plein", soulignant : "évolution rapide", "changements importants", "prise de conscience renouvelée", "engagements renouvelés", "reconnaissance croissante", "nombre croissant d'acteurs" et "progrès continus". Cela est loin d'être une évaluation équilibrée des forces et des faiblesses de l'"écosystème mondial de la santé", fondée sur des données probantes, qui pourrait adopter un point de vue plus sombre :

- la domination du financement de la santé mondiale par les philanthropies américaines qui ont leurs propres préférences et leurs propres projets, y compris la perspective de

- fixation technique de Gates et la poussée de privatisation de Rockefeller ;
- la prédominance des soins individuels dans les communications entre les agences et les praticiens des soins de santé et leurs communautés, par opposition à la "participation de la communauté".

le concept de soins de santé primaires avec son potentiel de prévention, y compris l'action sur les déterminants sociaux, la responsabilisation du système de santé et la résilience de la communauté ;

- l'insuffisance persistante des agents de santé communautaire qui ont une contribution particulière à apporter en termes de soutien à la participation communautaire ;

## **L'OMS est-elle prête pour l'avenir ?**

La section consacrée à une **OMS en mutation et adaptée à l'avenir** (paragraphe 20 à 27 de la partie 1) est axée sur les trois objectifs clés du programme de transformation : l'impact au niveau des pays, l'exploitation du plein potentiel de l'Organisation et la participation pleine et entière de la "communauté mondiale".

Les transformations envisagées sont admirables. Cependant, l'analyse est résolument "le verre à moitié plein" plutôt qu'équilibrée et basée sur des preuves. Une confrontation plus honnête avec la réalité devrait le reconnaître :

- les contributions volontaires restent étroitement affectées ;
- la concurrence entre les unités pour attirer l'attention des donateurs continue de fragmenter l'Organisation ;
- Les fonctions de l'OMS continuent d'être transférées à des partenariats public-privé multipartites et non responsables, tels que l'accélérateur ACT ; et
- L'OMS n'a qu'une capacité limitée à communiquer ou à travailler avec les communautés qu'elle prétend servir.

Les lacunes relevées dans l'évaluation de GPW13 (voir les paragraphes 14-21 de [EB154/INF./1](#)) auraient pu être reconnues dans ces sections.

## **Un "agenda mondial de la santé" pour 2025-2028**

La partie 2 du projet de stratégie générale pour l'emploi définit les six objectifs stratégiques et les 15 résultats qui guideront la planification et la budgétisation pour la période 2025-28.

Les **résultats de haut niveau** pour le projet de BPM14 (voir le [tableau](#), voir également les paragraphes 1 à 17 de la partie 2) sont raisonnables, bien qu'ils soient très généraux. La signification de ces généralités est précisée dans le texte sous la forme d'une série d'engagements pour chaque objectif et résultat. Ces engagements sont admirables et PHM se féliciterait de leur réalisation.

Les engagements pris au titre des six objectifs stratégiques sont présentés comme des orientations, sans aucune considération pour les moteurs. Le dernier paragraphe de la partie 2 ([paragraphe 18](#)) présente cinq thèmes qui sont considérés comme essentiels à la réussite de l'agenda commun et à l'obtention d'un impact mesurable. Ces thèmes fournissent des indications supplémentaires sur la manière dont les six objectifs stratégiques doivent être abordés.

**Le cadre de résultats de l'OMS** est décrit aux paragraphes 12 à 17 de la partie 2. Ce cadre constitue une manière judicieuse d'aborder la mesure et la responsabilité. La distinction est faite

entre

(a) la mesure de l'impact, qui évalue les résultats conjoints des États membres, des partenaires et du Secrétariat en ce qui concerne l'impact global et les résultats ; et (b) la mesure des résultats, qui évalue et facilite la gestion de la contribution du Secrétariat.

La distinction entre les résultats et l'impact est utile, mais elle met en évidence le manque de responsabilité des États membres en ce qui concerne la mise en œuvre des résolutions qu'ils adoptent et des documents d'orientation qu'ils publient.

note. Alors que les résolutions des organes directeurs contiennent généralement des recommandations à l'intention des États membres *et des demandes adressées au directeur général*, les rapports du secrétariat sur la mise en œuvre se gardent généralement de proposer des analyses approfondies de la mise en œuvre par les États membres. La Commission pour l'information et la responsabilité en matière de santé des femmes constitue une exception à ce manque d'obligation de rendre compte, car elle a intégré un solide élément d'examen par les pairs dans son cadre de responsabilité.

## Les promesses sont conditionnelles

La crédibilité des engagements pris au titre des six objectifs clés dépend de la **théorie du changement** qui y est associée, présentée aux paragraphes 10 à 16 de la partie 3 et résumée dans l'[infographie de](#) la page 38. La réalisation des engagements dépend de l'action conjointe des États membres, des partenaires et des principaux groupes d'intérêt dans quatre domaines majeurs :

- Les engagements de l'UE en matière de santé et de bien-être et les objectifs convenus au niveau international doivent être réaffirmés et faire l'objet d'un suivi ;
- les interventions et actions prioritaires en matière de santé définies dans l'agenda mondial pour la santé doivent être prises en compte dans les stratégies nationales, régionales et mondiales, les budgets, les plans d'action, les cadres de suivi et d'évaluation et, le cas échéant, la législation,
- les ressources nationales et celles des partenaires en matière de santé doivent être augmentées ; et
- l'engagement intersectoriel, partenarial et communautaire global en faveur de la santé et du bien-être doit être renforcé, en particulier avec les principaux secteurs "contribuant" à la santé (par exemple les secteurs de l'alimentation, de l'agriculture, de l'environnement, de la finance, de l'action sociale et de l'éducation) et entre les acteurs publics et privés.

L'articulation d'une théorie explicite du changement est appréciée. L'évaluation de GPW13 indique que cela ne faisait pas partie de GPW13.

La théorie du changement comprend les principaux éléments facilitateurs, les hypothèses et les risques qui sont essentiels pour réaliser le changement et l'impact que le projet de BPM 14 vise à atteindre (résumé au paragraphe 16 de la partie 3).

Les **principaux éléments facilitateurs** reflètent les conditions nécessaires au sein du Secrétariat pour garantir sa capacité à respecter ses contributions et engagements dans le cadre du projet GPW 14. Il s'agit notamment de renforcer les capacités des bureaux nationaux et régionaux de l'OMS, d'assurer un financement durable et souple de l'OMS, de disposer d'une main-d'œuvre motivée et adaptée aux besoins, et de rendre l'OMS plus efficace, plus efficiente et plus responsable.

Les **hypothèses et les risques** mis en évidence dans la théorie du changement concernent principalement les facteurs externes susceptibles d'influencer le degré de soutien politique, d'engagement et de financement du projet de BPM 14 et de la santé mondiale. La prochaine version de ce document contiendra plus de détails sur les risques.

En effet, les promesses de l'agenda mondial pour la santé énoncées dans la partie 2 sont conditionnelles et les conditions de leur réalisation sont résumées dans le commentaire sur les principaux éléments facilitateurs, les hypothèses et les risques. Les conclusions de l'évaluation du programme GPW13 soulignent l'importance de cette reconnaissance des éléments facilitateurs et des obstacles.

## Rôle et capacité de l'OMS

La troisième partie du document est axée sur le rôle et la capacité de l'OMS par rapport à l'"agenda mondial de la santé" proposé. Le projet propose que la contribution vitale de l'OMS à la réalisation de l'agenda mondial de la santé repose sur les éléments suivants :

1. le rôle de chef de file et de partenaire dans le domaine de la santé (convocation, défense, promotion) ;
2. les travaux normatifs et techniques de base ; la production de biens publics mondiaux pour la santé ; et
3. un soutien différencié aux pays et une coopération technique.

L'optimisation des performances de l'OMS (abordée dans la partie 4) impliquera de nouvelles approches de la gestion du changement, une stratégie ambitieuse en matière de personnel et le développement des collaborations et partenariats existants de l'OMS. Il s'agira également de

- renforcer les capacités de base des bureaux nationaux et régionaux afin de produire un impact ;
- le renforcement de la gouvernance, de la responsabilité et des fonctions administratives de l'OMS ; et
- le financement durable.

Il n'est pas certain que l'OMS soit en *mesure* de développer ses capacités de cette manière.

## En résumé

Le projet GPW14 ne s'écarte pas radicalement du GPW13, mais propose des adaptations progressives à un environnement en mutation. Il est logique et bien présenté et constituera un cadre utile pour la planification et la budgétisation des programmes.

Cependant, il y a quelques lacunes critiques (le capitalisme n'est pas mentionné) et plusieurs sections qui reflètent des vœux pieux plutôt qu'une approche équilibrée et fondée sur des preuves.

Toutefois, les promesses de ce projet de BPM ne sont pas absolues. Le texte contient un certain nombre d'avertissements concernant les conditions qui devront être remplies pour réaliser l'"agenda mondial de la santé" proposé.

**PHM exhorte les États membres à combler les lacunes de ce BPM et à adopter une approche plus équilibrée de l'évaluation de l'écosystème mondial de la santé et des capacités et incapacités de l'OMS.**

## Évaluation de la GPW13

[EB154/INF./1](#) présente un résumé de l'évaluation du GPW13 réalisée entre novembre et décembre 2023. L'évaluation est présentée comme une contribution à l'élaboration du GPW14, mais il semble probable que les résultats de l'évaluation soient arrivés assez tard dans le processus qui a débuté en août 2023.

Néanmoins, l'évaluation contient des constatations et des conclusions utiles, dont plusieurs semblent avoir été prises en compte dans le projet actuel de GPW14.

# Point 24.3 Financement durable : Cycle d'investissement de l'OMS

## En ligne de mire

En réponse à la demande formulée dans la décision [WHA76\(19\)](#) (2023), le Directeur général fournira un plan complet, avec les modalités et les coûts et gains d'efficacité attendus, pour le cycle d'investissement de l'OMS ([EB154/29 Rev.1](#)). Le plan a été élaboré à la suite de multiples consultations avec les États membres et comprend les prochaines étapes proposées. Le Conseil est invité à examiner le rapport et à fournir des orientations supplémentaires.

## Contexte

[Liens](#) vers des discussions antérieures sur le financement de l'OMS

[Un retour sur la santé : arguments en faveur d'un financement durable de l'OMS](#)

[GHF \(10/1/24\) "L'OMS cherche à lever 7 milliards de dollars lors du premier cycle d'investissement en 2024, le Conseil exécutif examinera la proposition ce mois-ci".](#)

## Commentaire PHM

### Objectif et vision de la réussite

Sous le titre "Purpose and vision for success", le rapport nous dit que le "WHO investment round aims to safeguard the global political momentum for health in order to rally stakeholders behind the General Program of Work 14 and move the Organization's finances towards more predictability and flexibility". En règle générale, le segment de base finit par être entièrement financé. Il n'a donc jamais vraiment été difficile de "rallier" les "parties prenantes" au programme de travail général. Cela pourrait maintenant devenir un problème, en fonction de la réussite ou de l'échec de la RI. Mais les sommes en jeu sont minimales, et il est donc peu probable que cela décourage les bailleurs de fonds. Les bénéfices d'un financement intégral du segment de base sont, bien entendu, très importants.

"Le succès du cycle d'investissement de l'OMS ne se mesurera pas uniquement à l'aune du financement obtenu, mais prendra également en compte la prévisibilité, la flexibilité, l'élargissement de la base des donateurs et l'amélioration de l'efficacité" (paragraphe 8).

"En ce qui concerne la prévisibilité, les marqueurs importants seront le financement disponible par le biais de contributions volontaires au début de la période quadriennale de la BPM 14 (référence pour la période 2020-2023 : 17%) et le nombre de contributeurs s'engageant pour l'ensemble de la période quadriennale (référence pour 2020-2023 : sept)" (paragraphe 9).

Le montant des fonds collectés par les RI étant crucial, le Secrétariat a l'impression de couvrir ses arrières. Si les RI parviennent moins bien à collecter des fonds que dans le cadre de l'accord

actuel, alors il faut que le Secrétariat se protège.

devrait être considérée comme un échec, que le financement soit plus prévisible, plus flexible ou qu'il bénéficie d'une base de donateurs plus large. La probabilité que la RI obtienne un financement plus flexible est assez faible, et la flexibilité sera principalement obtenue par l'augmentation des CA. Néanmoins, l'objectif reste (malgré les efforts des États-Unis pour se soustraire à leurs engagements) que le segment de base soit totalement flexible, et il est donc important que la qualité des VC évolue vers une plus grande flexibilité.

## **Marqueurs/indicateurs de succès**

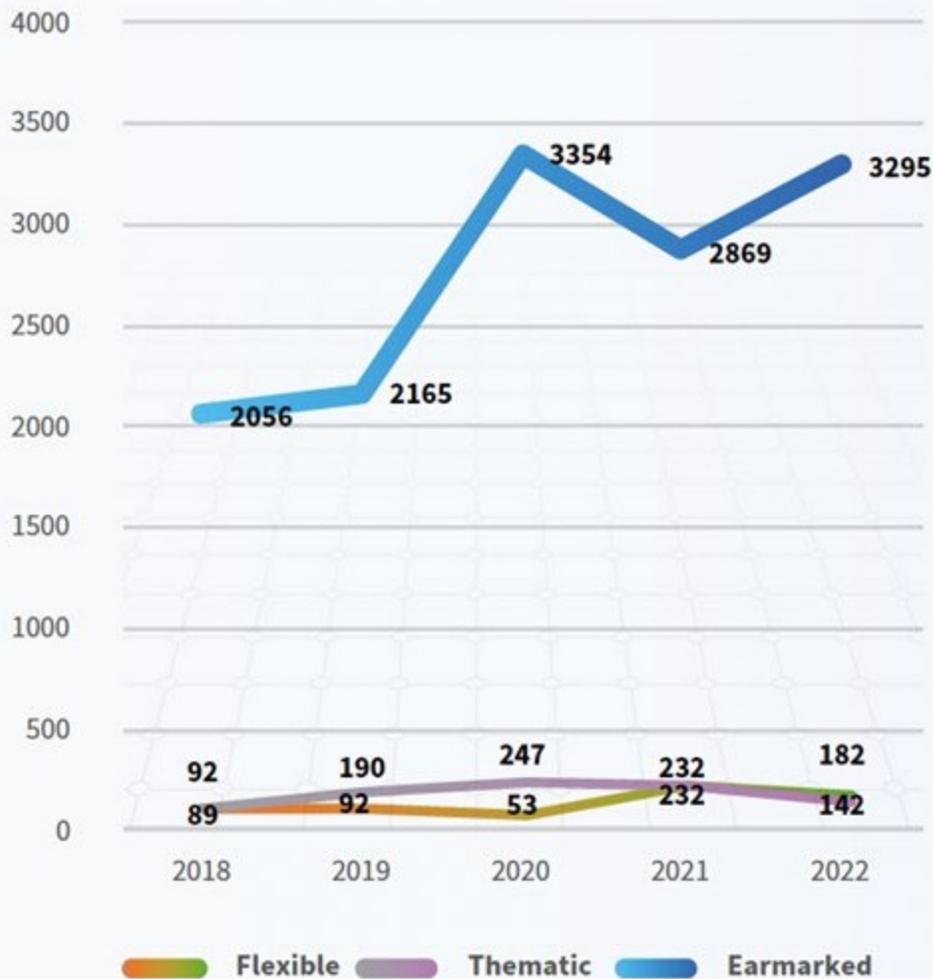
Le premier marqueur - 17 % du total des fonds de capital-risque au début de la période. Nous savons, d'après le projet GPW 14, que l'"enveloppe financière indicative" est d'environ 11,13 milliards de dollars pour la période 2025-2028, dont 7,14 milliards de dollars de capital-risque devront être levés par le biais de la RI. 17 % = 1,21 milliard de dollars. Le tableau 4 de l'EB154/27 nous apprend que les fonds de capital-risque prévus pour 2024-25 s'élèvent à 1,28 milliard d'USD, de sorte qu'obtenir 70 millions d'USD supplémentaires ne semble pas trop difficile !

Le deuxième marqueur, sept contributeurs, semble également, à première vue, relativement facile à obtenir. Les engagements pluriannuels des donateurs en faveur du budget du programme sont en fait en augmentation - passant de 818 millions de dollars US en 2022 à 964 millions de dollars US en 2023 (A76/17, p10). La figure 5 du rapport énumère les dix premiers contributeurs au segment de base. Il sera très intéressant de voir qui d'entre eux s'engagera pour la durée de la BPM. Étant donné le montant de la contribution de chacun des cinq principaux contributeurs, le fait de ne pas obtenir leur engagement signifiera que le montant des fonds garantis pour la période sera relativement faible, ce qui nuira à l'utilité potentielle des fonds prévisibles.

Le troisième marqueur : "En ce qui concerne la flexibilité, l'indicateur sera le pourcentage de financement flexible volontaire disponible pour le budget de base pour la période de quatre ans (base de référence pour 2020-2023 : 16%)". Là encore, si vous n'êtes pas familiarisé avec les différents types de CV, cela peut prêter à confusion. Les CV les moins flexibles sont les CV "spécifiées" ou "affectées", qui contribuent à la plupart des CV du segment de base. Il existe également des sociétés de capital-risque "thématiques" et des sociétés de capital-risque "de base". Les CV de base sont les plus flexibles et sont souvent appelées CV "flexibles" pour cette raison.

Pour avoir une idée du poids relatif de ces sociétés de capital-risque, voir la figure ci-dessous tirée de A76/17. La barre des 16 % est un véritable défi. Comme le souligne A76/17 : "La proportion des financements flexibles et thématiques a diminué de 140 millions de dollars US, passant de 464 millions de dollars US en 2021 à 324 millions de dollars US en 2022, ce qui représente à peine 9 % du total des contributions volontaires". C'est en partie la raison pour laquelle le RI a été créé. Il aura du mal à atteindre cet objectif.

**Fig. 6. Voluntary contribution revenue (Programme budget) for 2018-2022 (US\$ millions).**



Quatrième marqueur ou indicateur de succès : l'élargissement de la base des donateurs. Voici le texte : "Enfin, le nombre de donateurs qui augmentent le montant de leurs contributions démontrera non seulement l'élargissement de la base de donateurs, mais aussi l'engagement des donateurs existants". À première vue, "élargir la base de donateurs" ne signifie pas nécessairement augmenter le nombre de donateurs. La condition d'"élargissement" est plutôt remplie si un plus grand nombre de donateurs existants augmentent leurs contributions. Cela peut démontrer une augmentation de l'engagement, mais pas un élargissement de la base des donateurs.

## Modalités

Le rapport nous donne un peu plus d'informations sur la façon dont les RI vont se dérouler. En voici la description : "L'événement, qui donnera l'occasion à tous les États membres et aux autres contributeurs de participer, virtuellement ou en personne, et de faire des promesses financières au budget de base de la 14e Semaine mondiale de la protection de l'environnement.

Tedros a introduit les "dossiers d'investissement" lorsqu'il a pris la tête de la DG afin de s'assurer le soutien des donateurs. Il a lancé le [premier dossier d'investissement](#) en 2018 et a clairement exposé les arguments économiques dans le rapport 2022 intitulé "[A Healthy Return](#)". Un nouveau dossier d'investissement est en cours d'élaboration pour le RI, sur la base des dossiers précédents. Il est difficile de comprendre pourquoi cela est nécessaire. Il n'est guère nécessaire que la DG fournisse un autre "dossier d'investissement" aux donateurs. L'OMS est un bien public mondial et est nécessaire à la coopération internationale en matière de santé. Le "cas" de l'OMS est évident.

## Mobilisation des ressources

Nous savons combien d'argent le RI devra obtenir (rappelons que le RI n'est concerné que par le financement du segment de base du budget). Sur le total de 11,13 milliards de dollars US pour 2025-28, 7,13 milliards de dollars US devront provenir des sociétés de capital-risque. L'obtention des résultats de la RI dépendra de la portée et de l'intensité du plaidoyer. Cela sera possible en élargissant la définition du financement "thématique" pour inclure une plus grande flexibilité programmatique et géographique, une révision des opérations du Comité d'allocation des ressources et le déploiement d'un modèle de rapport standardisé.

## Coûts et avantages des ME

Une analyse coûts-bénéfices a été réalisée (mais ne semble pas avoir été publiée). Comme "les capacités de mobilisation des ressources de l'OMS sont déjà faibles", il n'y aura pas beaucoup de coûts supplémentaires, mais "le potentiel d'efficacité organisationnelle et d'augmentation de l'efficacité est significatif". En termes monétaires, le coût global du RI sera de l'ordre de 3,25 à 5,55 millions de dollars. Les gains d'efficacité, quant à eux, seront de l'ordre de 15 à 40 millions de dollars, auxquels s'ajouteront les avantages non quantifiés de la fidélisation du personnel grâce à un financement plus prévisible.

## Risques

Les trois risques ayant l'impact et la probabilité les plus élevés sont les suivants : (a) le risque financier de ne pas atteindre la cible ; (b) le risque de réputation si le cycle d'investissement est considéré comme un échec ; et (c) le risque structurel si l'approche de l'OMS en matière de mobilisation des ressources n'est pas optimisée pour un cycle d'investissement.

Il s'agit de risques sérieux, voire existentiels. La stratégie d'atténuation n'est pas particulièrement convaincante : "disposer d'un ensemble clair d'indicateurs de réussite allant au-delà du simple montant total collecté ; tirer parti de la force unique de l'approche de l'OMS

en matière de mobilisation des ressources ; et disposer d'un cadre de résultats et d'un dossier d'investissement solides assortis d'un plan de communication clair". Les indicateurs ne dépendent délibérément pas du montant total des fonds collectés (même si cela est très important).

# Point 25.3 Questions émanant du groupe de travail Agile des États membres sur le renforcement de la gouvernance budgétaire, programmatique et financière de l'OMS

## En ligne de mire

Le Directeur général soumettra une série de rapports, couvrant certains des mandats donnés et des demandes formulées par les organes directeurs en réponse aux travaux du groupe de travail sur les États membres agiles et au plan de mise en œuvre de la réforme du Secrétariat. Il transmettra également deux rapports des anciens co-facilitateurs du groupe de travail. Le Conseil sera invité à prendre note des rapports, à fournir des orientations supplémentaires et à examiner le projet de décision pertinent (dans [EB154/34](#)).

[EB154/32](#): Plan de mise en œuvre de la réforme du Secrétariat

[EB154/33](#) : Renforcement de la gouvernance budgétaire, programmatique et financière de l'OMS : suivi de la mise en œuvre de la décision EB152(15) (2023).

[EB154/33 Add.1](#) : Propositions pour améliorer l'efficacité des organes directeurs de l'OMS

[EB154/33 Add.2](#) : Plan de projet : mise en œuvre de solutions numériques pour les interactions entre le Secrétariat et les États membres sur les questions relatives aux organes directeurs

[EB154/33 Add.3](#) : Mécanismes de recouvrement des coûts pour les contributions volontaires - une mise à jour [EB154/34](#) Rapport des anciens co-facilitateurs du groupe de travail sur les États membres agiles

[EB154/34 Add.1](#) Suivi de la décision [WHA69\(8\)](#) (2016), paragraphe 10 du dispositif : Amélioration de la transparence du processus de sélection des sous-directeurs généraux

[EB154/35](#) Procédure de traitement et d'examen des allégations potentielles contre les directeurs généraux de l'OMS

## Contexte

[EB152/33](#), qui transmet le rapport du groupe de travail sur l'EM agile, explique le contexte :

*Le groupe de travail des États membres de l'Agile sur le renforcement de la gouvernance budgétaire, programmatique et financière de l'OMS a tenu trois réunions hybrides entre juillet et novembre 2022, sous la cofacilitation de M. José Acacio, de*

*l'Australie, et de Mme Philomena Bawelile Simelane, de l'Eswatini. Dans le cadre du mandat de la Task*

*Les co-facilitateurs ont également organisé une session d'information et un examen approfondi des questions liées au travail du groupe de travail.*

*Lors de sa 151e session en mai 2022, le Conseil exécutif a décidé, par la décision [EB151\(1\)](#) (2022), et compte tenu des résultats de la soixante-quinzième Assemblée mondiale de la santé, en particulier de l'adoption des recommandations du groupe de travail sur le financement durable par la décision [WHA75\(8\)](#) (2022), et prenant note du paragraphe 40 de ces recommandations, de créer le groupe de travail des États membres de l'Agile sur le renforcement de la gouvernance de l'OMS en matière de budget, de programmes et de financement.*

*Le mandat du groupe de travail était le suivant : (a) se concentrer sur le renforcement de la gouvernance budgétaire, programmatique et financière de l'OMS ; (b) analyser les défis de la gouvernance en matière de transparence, de responsabilité, de conformité et d'efficacité ; et (c) élaborer des recommandations visant des améliorations à long terme, en s'appuyant sur les recommandations du groupe de travail sur le financement durable, telles qu'elles ont été adoptées par la soixante-quinzième Assemblée mondiale de la santé dans la décision [WHA75\(8\)](#) (2022).*

## Commentaire PHM

Le paragraphe 38(e) des [recommandations du](#) Groupe de travail sur le financement durable (GTDF), qui ont été approuvées par les États membres lors de la 75e AMS, en mai 2022 ([WHA75\(8\)](#)), souligne que

*toute augmentation des contributions des États membres doit s'accompagner de réformes appropriées de la gouvernance, à convenir par les États membres, ainsi que d'un nouveau renforcement de la transparence, de l'efficacité, de la responsabilité et du respect des règles au sein de l'Organisation".*

Le WGSF a recommandé la création d'un "groupe de travail agile des États membres" chargé de formuler des recommandations qui contribueraient à la mise en œuvre de ces réformes par le Secrétariat de l'OMS (paragraphe 39(e)(i) et paragraphe 40).

Le groupe de travail des États membres agiles sur le renforcement de la gouvernance budgétaire, programmatique et financière de l'OMS (ci-après dénommé le groupe de travail) a été dûment établi lors de la réunion du Conseil exécutif de mai 2022 ([voir la décision EB151\(1\)](#)). Le premier rapport du Groupe de travail (qui proposait 11 recommandations et 27 sous-actions pour améliorer la performance du Secrétariat et renforcer ses processus budgétaires, programmatiques, financiers et de gouvernance, ainsi que sa responsabilité) a été présenté, examiné et approuvé lors du Conseil exécutif de janvier 2023 (EB152/33 ; EB152/34 ; EB152(16)), du PBAC et également de l'AMS en mai 2023 (A76/31).

## Mise en œuvre du plan de mise en œuvre de la réforme du Secrétariat

Le Secrétariat est tenu de fournir des rapports d'avancement sur la mise en œuvre de son plan de mise en œuvre des réformes. Le plan ([voir EB152/34](#)) contient 98 actions réparties dans les

sept catégories thématiques (fonction et systèmes de responsabilité ; impact au niveau national ; financement ; gouvernance ; ressources humaines ; budget du programme ; mobilisation des ressources). (Voir le [commentaire de PHM](#) sur le plan de mise en œuvre au point 23.1 de l'EB152).

Le document [EB154/32](#) fait le point sur l'état d'avancement du plan de mise en œuvre, y compris sur les progrès accomplis dans l'achèvement des actions restantes. 38 actions avaient été mises en œuvre à la fin de 2022 et les 60 actions restantes progressaient en 2023. "Entre janvier et novembre 2023, le nombre d'actions mises en œuvre a progressivement augmenté, passant de 38 en janvier 2023 à 42 en mars 2023. Depuis mars de cette année, le Secrétariat a mis en œuvre 25 actions supplémentaires" (paragraphe 10).

Les paragraphes 5 à 7 donnent un aperçu des exigences imposées au Secrétariat et reconnaissent les risques associés à ces exigences. Par exemple, le secrétariat doit veiller à ce que 269 actions distinctes au total, issues de son propre plan de mise en œuvre, du groupe de travail, de l'initiative de transformation et du plan d'action de l'ARG, "s'emboîtent les unes dans les autres". Les risques associés à ces exigences sont dus à "l'absence d'allocation spécifique de fonds pour mener à bien le plan de mise en œuvre et à une augmentation sans précédent des négociations avec les organes directeurs, des réunions des organes intergouvernementaux, des consultations des États membres et des séances d'information" (p. 2).

Le document énumère huit points forts (budget du programme, transparence, PRSEAH, financement, responsabilité, mobilisation des ressources, impact au niveau national et gouvernance). Le Secrétariat a mis en place un [portail des États membres](#) qui comprend [un tableau de bord dédié au](#) suivi du plan de mise en œuvre et à la communication transparente des progrès, ainsi que diverses plateformes numériques permettant de suivre le budget du programme et d'accéder aux documents pertinents relatifs au budget. Il s'agit d'un effort significatif de la part du Secrétariat et d'une ressource vraiment utile.

Le rapport souligne l'importance, pour l'impact au niveau des pays, de la "sélection et de l'affectation des chefs des bureaux de pays et des délégations d'autorité révisées aux bureaux de pays". Il est important que l'OMS réfléchisse à la [controverse entourant l'élection](#) récente du directeur du bureau régional de SEARO et à la question de savoir si cela pourrait avoir une incidence sur le niveau national.

## **Progrès des actions du Secrétariat à l'appui des recommandations spécifiques du groupe de travail, comme indiqué dans la décision EB152(15) (2023).**

### **[EB154/33](#) : Renforcer la gouvernance budgétaire, programmatique et financière de l'OMS**

Examine les progrès réalisés :

- Conseiller les États membres en matière de coûts sur les projets de résolution et de décision ;
- Organigramme du secrétariat,
- Analyse de l'affectation des contributions volontaires,
- Renforcer le rôle du conseil d'administration et de son comité du programme, du budget et de l'administration ;
- Production de rapports pour les réunions de l'organe directeur
- Préparation des projets de résolution et de décision

En janvier 2023, le Bureau exécutif a examiné le premier rapport du groupe de travail et, sur la base de ce rapport, a formulé des demandes spécifiques au Secrétariat ([EB152\(15\)](#)). EB154/33 est une mise à jour des progrès réalisés pour répondre à ces demandes. Le Secrétariat a maintenant fourni un [organigramme](#) de l'Organisation et les coordonnées de tous ses cadres supérieurs.

Le rapport indique qu'une "analyse de la flexibilité et des limites de l'affectation des contributions volontaires" a été réalisée au cours de l'été 2023 (aucun détail n'est fourni) et qu'elle a révélé que "les entités ayant des montants nettement plus élevés de contributions volontaires flexibles et non affectées ont tendance à utiliser un modèle de "reconstitution" pour la mobilisation des ressources, pour lequel le financement non affecté est un paramètre clé (par exemple, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; et Gavi, l'Alliance du Vaccin)".

Cela n'est pas convaincant : ces deux "entités" ont des mandats très spécifiques (contrairement à l'OMS) et ont des "modèles d'entreprise" (contrairement à l'OMS). Elles ont également toutes deux été financées - et continuent de l'être - par la Fondation Gates, ce qui aurait considérablement influencé leurs modèles d'entreprise pour y inclure un grand nombre (voire la totalité) des "incitations" décrites au paragraphe 32. Le document note : "Le Secrétariat a observé les meilleures pratiques d'autres entités, adaptant les leçons apprises au contexte de l'OMS dans la planification du cycle d'investissement" (p. 10).

Voir le [commentaire de PHM](#) sur le point 24.3 (cycle d'investissement) à ce BE.

### **EB145/33Add1 : Propositions pour améliorer l'efficacité des organes directeurs de l'OMS (un "comité technique" ?)**

Le plan de mise en œuvre de la réforme du Secrétariat (EB152/34) comprenait une demande au Secrétariat de fournir des propositions de réforme des organes directeurs de l'OMS. Le document EB154/33Add1 énonce dix problèmes liés au fonctionnement des organes directeurs (paragraphe 2) et présente sept propositions pour y remédier :

- A. Création d'un nouveau comité du conseil d'administration chargé des questions techniques
- B. Nouvelles disciplines pour l'élaboration des ordres du jour des organes de direction
- C. En transférant les discussions sur certains points aux comités du conseil d'administration, le conseil d'administration peut se consacrer à des discussions plus stratégiques.
- D. Axer l'Assemblée mondiale de la santé sur les résultats du Conseil exécutif plutôt que sur l'examen de tous les points techniques
- E. Nouvelles disciplines concernant la préparation et la soumission des documents à la Commission
- F. Nouvelles disciplines sur les temps de parole des États membres
- G. Amélioration du soutien à la participation des États membres aux processus et aux réunions des organes directeurs

La recommandation A (et les recommandations connexes D et E) est controversée.

On ne voit pas très bien comment la création d'un nouveau comité pourrait résoudre le problème de l'impossibilité de gérer la documentation des organes directeurs. Le fait de changer le lieu d'examen des documents ne réduira pas la charge documentaire pour le Secrétariat.

Le Bureau exécutif permet actuellement aux organisations de la société civile ayant des relations officielles avec l'OMS de faire des déclarations. Cette possibilité sera-t-elle maintenue au sein du nouveau comité ? Le PBAC ne permet pas ce niveau d'interaction, et l'on craint donc que la recommandation A ne limite la participation des OSC à une discussion sur le rapport du nouveau comité, sans possibilité de "rediscuter" chaque point de l'ordre du jour séparément (paragraphe 17).

Le Secrétariat est prêt à commencer à rédiger le mandat de ce nouveau Comité. Le Secrétariat devrait clarifier la situation pour la société civile avant de poursuivre cette recommandation. L'ironie est que la recommandation G du document est intitulée : "Participation effective aux processus et réunions des organes directeurs". Or, la "participation effective" concerne les technologies de l'information plutôt que l'encouragement et la facilitation d'un éventail diversifié de points de vue.

### **PHM demande instamment aux États membres de rejeter le comité technique proposé**

### **EB145/33 Add.2 : Mise en œuvre de solutions numériques pour les interactions entre le Secrétariat et les États membres sur les questions relatives aux organes directeurs**

Le Secrétariat propose quatre initiatives prioritaires sous cette rubrique :

1. Base de données en ligne consultable des résolutions et décisions de l'OMS,
2. Système de gestion des contacts et lignes directrices,
3. Outil de correspondance officielle
4. Portail communautaire des États membres.

### **EB154/33 Add.3 : Mécanismes de recouvrement des coûts pour les contributions volontaires**

Les CV affectés augmentent les coûts administratifs (gestion, gouvernance, infrastructure) supportés par le Secrétariat, mais les mécanismes de recouvrement des coûts existants ne couvrent pas ces coûts.

Des recommandations judicieuses.

### **EB154/34 : Rapport des anciens cofacilitateurs du groupe de travail Agile des États membres sur le renforcement de la gouvernance budgétaire, programmatique et financière de l'OMS (et projet de décision)**

Un modèle informel inclusif pour les discussions sur les réformes en cours menées par les États membres, ouvert à tous les États membres, est proposé.

Des propositions visant à améliorer la transparence dans la création et l'attribution des postes de haut niveau à l'OMS sont présentées.

Des propositions visant à renforcer les consultations des États membres sur la hiérarchisation du budget du programme et l'affectation des ressources sont présentées.

### **EB154/34 Add.1 Suivi de la décision [WHA69\(8\)](#) (2016), paragraphe 10 du dispositif : Améliorer la transparence du processus de sélection des Directeurs généraux adjoints**

### **EB154/35 Procédure de traitement et d'examen des allégations potentielles à l'encontre des directeurs généraux de l'OMS**

Pour les antécédents, voir le rapport annuel de l'IEOAC de mai 2023 dans [EBPBAC38/2](#).

# Point 25.4 Engagement avec les acteurs non étatiques

En ligne de mire

## Rapport sur la mise en œuvre du cadre d'engagement avec les acteurs non étatiques

Conformément à la résolution [WHA69.10](#) (2016) et au Cadre d'engagement avec les acteurs non étatiques (alinéa 68(a)), le Directeur général présentera le huitième rapport annuel sur la mise en œuvre du Cadre par l'OMS ([EB154/36](#)), illustrant les engagements avec les entités et rendant compte des différents aspects de la mise en œuvre du Cadre aux trois niveaux de l'Organisation. Le Conseil sera invité à prendre note du rapport.

## Acteurs non étatiques en relations officielles avec l'OMS

Conformément aux dispositions du Cadre d'engagement avec les acteurs non étatiques, le Conseil d'administration est chargé, par l'intermédiaire de son Comité des programmes, des budgets et de l'administration, d'examiner les demandes d'admission d'acteurs non étatiques aux relations officielles et de réexaminer la collaboration avec un tiers des acteurs non étatiques en relations officielles afin de décider s'il convient de maintenir, de différer le réexamen ou de rompre leurs relations officielles. Le Conseil sera invité à prendre note du rapport ([EB154/37](#)) et à examiner un projet de décision ([EB154/37 Add.1](#)).

## Contexte

FENSA ([Annexe 5, WHA69/2016/REC/1](#) et [WHA69.10](#), mai 2016))

Liens vers des discussions antérieures sur les [ANE](#) et la [FENSA](#)

## Commentaire PHM

Ce commentaire concerne le rapport sur la mise en œuvre du FENSA (EB154/36).

## L'heure est à l'évaluation approfondie

Il est temps d'évaluer le FENSA. Quelle est sa contribution à la santé publique au niveau mondial et quelle est son efficacité ? Le paragraphe 2 du FENSA stipule que "l'OMS s'engage avec les acteurs non étatiques, compte tenu de leur rôle important dans la santé mondiale, à faire progresser et à promouvoir la santé publique et à encourager les acteurs non étatiques à utiliser leurs propres activités pour protéger et promouvoir la santé publique".

Comment l'OMS gère-t-elle stratégiquement son engagement avec les acteurs non étatiques afin d'optimiser ces engagements pour obtenir des résultats en matière de santé publique ?

Le document EB154/36 promet (au paragraphe 3) de rendre compte des "principales

réalisations" en 2023, mais ce qu'il décrit est une série d'activités menées dans les bureaux régionaux et à Genève dans le cadre du mandat de la FENSA.

La FENSA a été évaluée en 2019 ([EB146/38 Add.2](#)), mais cette évaluation portait uniquement sur la mise en œuvre du cadre, et non sur la question de savoir si elle tirait parti de sa relation avec les ANE de la manière la plus efficiente et la plus efficace possible en termes de protection et de promotion de la santé publique.

## **Rapports par régions plutôt que par catégories et types d'interaction**

Le document EB154/36 rend compte des activités menées sous l'égide du FENSA dans les régions et à Genève. Toutefois, une caractéristique essentielle de la conception du FENSA a été l'identification de quatre catégories distinctes d'acteurs non étatiques et de six types d'engagement qui caractérisent la relation de l'OMS avec chacune des quatre catégories distinctes.

Les quatre catégories sont : les organisations non gouvernementales, les entités du secteur privé, les fondations philanthropiques et les institutions universitaires. Les cinq types d'interaction sont : la participation, les ressources, les preuves, le plaidoyer et la collaboration technique.

La présentation des activités de la FENSA par région et par siège social réduit les quatre catégories différentes et leurs interactions à un ensemble indifférencié, ce qui empêche de se concentrer sur les avantages et les risques associés aux différents types d'interactions avec les différents types d'acteurs non étatiques.

## **Gestion des risques**

Il semble que la majeure partie du travail de l'"unité spécialisée" consiste à évaluer de nouvelles relations et de nouvelles activités. Il n'est pas certain que les possibilités de maximiser les résultats en matière de santé publique et de minimiser les risques soient prioritaires.

### **Risque (pour l'intégrité et la réputation) associé à la mobilisation de ressources compétitives**

L'un des risques les plus importants pour l'intégrité et la réputation de l'OMS provient de la concurrence que se livrent les unités organisationnelles, en particulier au siège, pour attirer l'attention des donateurs. Compte tenu de l'insuffisance persistante des contributions obligatoires et de l'affectation stricte des contributions volontaires, la réussite d'un accord peut faire la différence entre la survie ou la fermeture d'une unité et l'emploi ou le licenciement de son personnel.

Lors de la plupart des AMS, des initiatives ont été lancées par des gestionnaires de programmes, négociant avec des donateurs, souvent avec l'aide d'ANE et d'États membres intéressés. Dans le meilleur des cas, ces initiatives permettent d'explorer de nouvelles idées et approches. Au pire, elles enfreignent les dispositions relatives aux conflits d'intérêts de la FENSA, fragmentent le travail de l'OMS et font perdre du temps aux États membres lors des réunions des organes directeurs. Ces relations et négociations ne sont pas transparentes et l'"unité spécialisée" ne semble pas en mesure de les remarquer.

PHM a attiré l'attention sur un cas précédent concernant le [psoriasis](#) et a exprimé son inquiétude quant à l'origine du point sur le bien-être et la promotion de la santé (point 21) lors de cette

réunion du Conseil exécutif ([ici](#)). Dans l'affaire du [chocolat](#), un État membre plaidait pour que les "parties prenantes" (en l'occurrence une entité du secteur privé) soient impliquées dans l'élaboration des lignes directrices de l'OMS.

## Conflits d'intérêts liés aux partenariats public-privé multipartites

Il existe une contradiction entre le fait de se concentrer sur l'intégrité des "relations officielles" tout en transférant les fonctions de santé mondiale de l'OMS vers divers partenariats multipartites (tels que l'ACT Accelerator) où des fondations philanthropiques (Gates, Wellcome) et des associations d'entreprises (FIIM) jouent un rôle de premier plan et où des cadres réglementaires tels que la FENSA n'existent pas.

L'accélérateur ACT a été imposé à l'OMS par de puissants États membres désireux de gérer la Covid tout en protégeant leurs propres entreprises. La mauvaise répartition scandaleuse des vaccins et des autres ressources médicales pendant la Covid a eu un impact massif en termes de mortalité évitable pendant la Covid et a été en partie la conséquence de la mise à l'écart délibérée de l'OMS.

L'accent mis sur les conflits d'intérêts dans le cadre de la FENSA semble quelque peu vide à côté de l'émergence du nouveau multipartisme.

## Avantages

Les relations de l'OMS avec les ANE sont d'une importance capitale pour son travail. Des exemples impliquant toutes les modalités d'engagement pour chacun des quatre types d'ANE. Toutefois, l'administration du FENSA ne s'est guère attachée à maximiser les avantages de ces relations.

## Le partenariat pour la santé communautaire

La déclaration d'Alma-Ata de 1978 prévoyait que les organismes et le personnel de soins de santé primaires travaillent avec leurs communautés pour améliorer leurs soins de santé et s'engager de manière intersectorielle pour améliorer la santé de la population. Le partenariat SSP/communauté est l'un des moteurs les plus puissants de la santé pour tous. Outre les études de cas de [Health by the People \(1975\)](#) de Ken Newell, les domaines de la santé au travail, de la santé des femmes, de la santé des populations autochtones et de l'environnement et de la santé illustrent tous le pouvoir des partenariats entre les professionnels de la santé et leurs communautés pour parvenir au changement.

Le partenariat pour la santé communautaire reste présent dans la rhétorique de l'OMS, mais il est pratiquement absent de sa programmation. Il est certain que la réflexion stratégique de l'OMS ne met guère l'accent sur la manière d'établir des engagements susceptibles de contribuer à la création d'un mouvement social en faveur de l'équité en matière de santé.

PHM se félicite des nouvelles initiatives des parties prenantes mentionnées au paragraphe 22 du document EB154/36 et reconnaît la différence entre ces initiatives et les partenariats public-privé multipartites créés en dehors de l'OMS, mentionnés ci-dessus. Cependant, ces initiatives ne sont pas conçues pour construire le type de partenariat communautaire dont Ken Newell a parlé.

## PHM demande

- l'adoption d'un cadre pour l'établissement de rapports sur la mise en œuvre du FENSA, qui tienne compte des formes d'interaction associées aux différentes catégories d'acteurs non étatiques ;

- une évaluation de la FENSA axée sur l'efficacité et l'efficacite avec lesquelles le secretariat tire parti de ses relations avec les ANE pour obtenir des resultats en matiere de sante publique ;
- une transparence totale quant a la provenance des elements et des initiatives presentes aux organes directeurs ;
- l'elaboration d'un nouveau cadre pour l'engagement de l'OMS dans des partenariats public-privé multipartites établis en dehors de l'OMS ;
- un nouvel accent sur le pouvoir stratégique pour la sante mondiale du "partenariat pour la sante communautaire" envisagé dans la déclaration d'Alma-Ata.