



Mouvement populaire pour la santé

Contexte et commentaires sur les points à l'ordre du jour de l'EB156 Février 2025

Cette analyse et ce commentaire sur une sélection de points soumis au Conseil exécutif de l'OMS en février 2025 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 une équipe internationale d'analystes politiques.

réseau de consultants. Le commentaire est conçu pour être lu en conjonction avec le rapport du Secrétariat sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de la Convention.

Il ne reproduit pas le contenu des documents officiels.

Cette version PDF de l'analyse et du commentaire de PHM est extraite de la [page Tracker de PHM pour EB156](#), qui fournit des liens directs vers les documents du Secrétariat ainsi que vers les commentaires sur les points de l'ordre du jour de PHM.

Cette version intégrée du commentaire de PHM est publiée le 30 janvier 2025. Pour certains points de l'ordre du jour, il n'y a pas encore de commentaire de PHM ; dans certains cas parce que les documents étaient en retard ; dans d'autres cas parce que nos équipes travaillent encore dessus. Les utilisateurs sont invités à vérifier sur la [page EB156 Tracker](#) les commentaires PHM qui ne sont pas inclus dans cette ressource. Ils publiés sur la page de suivi au fur et à mesure qu'ils seront finalisés.

Vos commentaires et réactions sont les bienvenus. Écrivez à editor@phmovement.org. PHM remercie son équipe d'analystes et son réseau de consultants.

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

Contenu

Poste 6 UHC.....	3
Point 7 Suivi de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations unies sur les maladies non transmissibles.....	5
Point 8 : Santé mentale et lien social	7
Point 9(i) : Maladies transmissibles : méningite.....	11
Point 9(ii) : Maladie transmissible : leptospirose et infections cutanées	14
Point 10 Médicaments de qualité inférieure et falsifiés	16
Point 11 Nomenclature normalisée des dispositifs médicaux	20
Point 13 Projet de stratégie en matière de médecine traditionnelle	22
Point 15 Le travail de l'OMS dans les situations d'urgence.....	25
Point 16 Mise en œuvre de la résolution WHA75.11 (2022) Guerre d'Ukraine.....	26
Point 17 Conditions sanitaires dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé.....	27
Point 18 Examen de la santé et de la préparation universelles	30
Point 20 L'impact des produits chimiques, des déchets et de la pollution sur la santé humaine.....	33
Point 21 Feuille de route actualisée pour une réponse mondiale renforcée aux effets néfastes sur la santé de la pollution atmosphérique	36
Point 22 : Changement climatique et santé	38

Point 23.1 Financement et mise en œuvre du budget du programme 2024-2025	44
Point 23.2 Proposé PB26-27	46
Point 24.3(i) Stratégies ou plans d'action mondiaux dont l'expiration est prévue dans un délai d'un an : Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et la profession de sage-femme	48
Rubrique 24.3(ii) Stratégies ou plans d'action mondiaux dont l'expiration est prévue dans un délai d'un an : Stratégie mondiale pour la santé numérique	51
Point 26.3 : Comité permanent de la prévention, de la préparation et de l'intervention en matière d'urgences sanitaires	52

Poste 6 UHC

En ligne de mire

Le rapport du Directeur général (EB156/6) résume les progrès accomplis sur la voie de la couverture sanitaire universelle en 2023-2024, y compris les soins de santé primaires et les services de santé intégrés centrés sur la personne, en réponse aux résolutions WHA72.2 (2019) et WHA76.4 (2023) et à la décision WHA77(16) (2024).

Le rapport met en lumière les réalisations et les principaux défis liés à l'extension de la couverture par des services de qualité et au renforcement de la protection financière. Le Conseil d'administration sera invité à prendre note du rapport et à identifier les priorités en vue de la prochaine réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle en 2027.

Contexte

Liens de suivi vers les [discussions antérieures du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la santé sur la santé publique et/ou les soins de santé primaires](#)

Commentaire PHM

Le rapport EB156/6 de l'OMS sur ce point de l'ordre du jour reconnaît sans détour que les progrès en matière d'accès aux soins et de protection financière ne sont pas au rendez-vous à l'échelle mondiale. Plus de 4,5 milliards de personnes n'étaient pas couvertes par les services de santé essentiels en 2021.

Et les difficultés financières se sont aggravées depuis 2000, 2 milliards de personnes devant faire face à des dépenses de santé catastrophiques ou appauvrissantes en raison des frais de santé à la charge du patient en 2019. L'amélioration de l'indice mondial de couverture des services de santé universelle est au point mort, et même la couverture prévue par cet indicateur, compte tenu de la manière dont il est mesuré et de ce qui mesuré, est, de l'avis de PHM, surestimée. Le rapport prévoit également les niveaux considérables de mortalité évitable et d'appauvrissement auxquels cette situation a contribué.

Nous notons également que, contrairement aux rapports relatifs à presque tous les autres points de l'ordre du jour, l'activité relative aux soins de santé primaires s'est principalement déroulée dans les bureaux et zones régionaux. En outre, les activités rapportées concernent principalement certains processus de gouvernance et de création d'orientations. Le rapport ne contient que peu de choses en termes d'augmentation mesurée de la prestation de services, de la protection financière ou des résultats. Le contraste entre la structure de ce rapport sur les soins de santé primaires et la santé publique universelle et les rapports sur les maladies non transmissibles spécifiques (point 7) et les maladies transmissibles spécifiques (point 9) est instructif. Dans ces derniers, il n'est fait aucune mention des soins de santé primaires, de la santé publique universelle ou de la nécessité d'intégrer ces secteurs verticaux dans le reste des systèmes de santé, et encore moins de l'importance des soins de santé primaires et de la santé publique universelle, ni de ce que font les bureaux régionaux. Toutes les activités sont basées à Genève. Dans ce point 6 de l'ordre du jour, il y a peu de choses sur l'intégration des secteurs verticaux spécifiques aux maladies et sur la contribution au niveau mondial.

PHM a constamment et clairement exprimé précédemment que nous attribuons les progrès de l'UHC qui ne sont pas sur la bonne voie à un mauvais choix de stratégies et pas seulement à une mauvaise mise en œuvre. Cela se reflète dans le paragraphe 10, où la plupart des exemples concernent le passage à l'assurance en tant qu'équivalent de la santé publique universelle. Nous soulignons que l'assurance maladie financée par des fonds publics, telle qu'elle est mise en œuvre dans les pays à faible revenu, est très différente de l'assurance maladie sociale en vigueur dans certains pays à revenu élevé et qu'elle ne parvient pas à offrir une protection financière ou à améliorer les services publics. Nous notons que certains exemples de renforcement des services publics sont mentionnés ce qui concerne le Chili, la Guyane, le Belize et le Timor-Oriental, ainsi que l'atoll de Faafu aux Maldives, mais ces exemples semblent peu nombreux et exceptionnels plutôt que la règle.

Les initiatives régionales sont les bienvenues. Il s'agit notamment des achats groupés dans la région de la Méditerranée orientale et des mesures visant à renforcer les capacités dans les Amériques, ainsi que du programme régional d'achats primaires.

Plateformes de soins de santé pour l'apprentissage et la diffusion dans la région SEAR ; toutes sont innovantes et doivent être soutenues et étendues.

En ce qui concerne le personnel de santé, le rapport met en évidence les énormes pénuries et les problèmes de migration, mais n'a pas grand-chose à proposer pour aller de l'avant. De même, le rapport identifie correctement la forte inégalité des dépenses de santé entre les pays comme un problème et la contribution du fardeau de la dette à la réduction des dépenses de santé là où il est le plus nécessaire d'augmenter les dépenses - mais là encore, il n'y a pas de propositions concrètes.

Nous sommes particulièrement préoccupés par le paragraphe 20 qui parle du Secrétariat "réinitialisant le Partenariat UHC", par lequel l'OMS fournit un soutien personnalisé à trois niveaux pour la santé publique universelle dans 125 États membres d'ici à 2025.

2027" et d'une "plateforme d'investissement dans l'impact sur la santé avec les banques régionales de développement pour catalyser des investissements de 1,5 milliard de dollars".

1,5 milliard d'euros d'investissements dans les soins de santé primaires" et d'un "Fonds fiduciaire multipartenaires" avec l'OIT et l'OCDE pour remédier à la pénurie de 11,1 millions de travailleurs de la santé". Nous avertissons que toute forme d'investissement privé, ou même d'investissement public basé sur des prêts (instrument d'endettement) est susceptible de surcharger un pays qui a déjà un problème d'endettement. Nous notons que toutes ces stratégies doivent être reconsidérées après le retrait des États-Unis, et que les investissements des entreprises, directement ou indirectement, doivent être considérés avec une grande prudence.

Le retrait des États-Unis de l'OMS est l'occasion d'affaiblir l'emprise des entreprises sur les institutions mondiales, car les États-Unis ont été les principaux défenseurs de ces institutions et politiques et le principal obstacle aux politiques favorisant l'équité en matière de santé et aux efforts visant à limiter le rôle des profits dans le domaine de la santé.

Nous notons également que la détérioration de la situation en matière de protection financière est aussi le résultat direct de la privatisation croissante des soins de santé. Dans la plupart des pays à faible revenu, les investissements dans les infrastructures de santé publique stagnent ou sont même supprimés, l'accès et la qualité des soins de santé publique diminuent et les gens sont obligés de chercher des soins de santé dans d'autres pays.

des alternatives dans le domaine de la santé privée. Dans de nombreux pays, la croissance de ce que l'on appelle aujourd'hui "l'assurance-maladie privée" s'en ressent.

L'industrie des soins de santé" est souhaitable, car elle stimule le taux de croissance économique global et fournit des services de santé de qualité à la population.

un retour sur investissement plus élevé pour les capitaux privés.

Il est également important de comprendre et de fixer la responsabilité des institutions financières et de santé mondiales, en particulier celles qui, comme la SFI, encouragent le profit dans le secteur privé et l'échec de la protection financière, ainsi que le rôle des programmes de santé verticaux de l'OMS qui sapent l'approche des soins de santé primaires.

PHM demande instamment au Conseil d'administration de fournir des orientations concernant les thèmes clés de troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations unies sur la santé universelle en 2027, y compris :

- élargir l'enveloppe budgétaire par une réforme fiscale équitable (y compris les règles fiscales internationales) et des mesures visant à réduire la crise actuelle de la dette ;
- un examen objectif des coûts et des avantages supposés de l'encouragement des prestations de soins de santé du secteur privé soutenues par l'assurance maladie par rapport aux prestations du secteur public financées par l'État ;
- les relations économiques et les politiques publiques qui ont pour effet d'aggraver les inégalités économiques (et les obstacles financiers à l'accès et/ou l'appauvrissement médical) ;
- le développement de nouveaux outils de politique de santé qui peuvent aider les pays à élaborer des plans pratiques de développement des systèmes de santé structurés en fonction de leurs propres réalités, qui guideront le développement des systèmes de soins de santé primaires et des dispositions de financement des soins de santé, entre autres aspects.

Point 7 Suivi de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations unies sur NCDs

En ligne de mire

Le document EB156/7 présente de brefs rapports sur l'état d'avancement de la mise en œuvre des résolutions et décisions suivantes :

- Résolution [WHA74.4](#) (2021) sur la réduction de la charge des maladies non transmissibles par le renforcement de la prévention et du contrôle du diabète
- Résolution [WHA74.5](#) (2021) sur la santé bucco-dentaire
- Résolution [WHA73.2](#) (2020) sur la stratégie mondiale visant à accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique et sur les buts et objectifs associés pour période 2020-2030
- Résolution [WHA66.8](#) (2013) sur le plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020
- Décision [WHA72\(11\)](#) (2019) sur le suivi de la déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles
- Décision [WHA74\(11\)](#) (2021) sur le rôle mécanisme mondial de coordination pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles dans les travaux de l'OMS sur l'engagement multipartite pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles.
- Décision [WHA75\(11\)](#) (2022) sur le suivi de la déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles.

Au paragraphe 41, le Conseil est invité à prendre note du rapport et à donner son avis sur questions ci-dessous :

- 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 ? De quelles discussions techniques, dialogues, briefings et séances d'information supplémentaires les États membres ont-ils besoin ?
- Comment les résultats de la quatrième réunion de haut niveau pourraient-ils être utilisés au mieux pour continuer à faire progresser la lutte contre les maladies non transmissibles et la santé mentale au niveau mondial ?
- Comment le Secrétariat peut-il soutenir davantage les États membres dans leurs efforts pour s'aligner sur les stratégies et les plans couverts par ce rapport ?

Contexte

Liens vers les [discussions antérieures du Conseil exécutif et/ou de l'Assemblée mondiale de la santé sur les maladies non transmissibles](#)

Commentaire PHM

Le rapport relatif à ce point de l'ordre du jour comprend un examen de la situation concernant les progrès réalisés en matière de maladies non transmissibles et de santé mentale, ainsi qu'un certain nombre de rapports très succincts sur les secrétariat concernant des maladies non transmissibles spécifiques. L'examen de la situation est sombre, avec des lacunes par rapport aux objectifs mondiaux dans presque tous les domaines.

La plupart des rapports font référence à la santé publique universelle, aux soins de santé primaires, à l'approche multisectorielle, à l'ensemble du gouvernement et à l'approche globale des réponses de l'ensemble de la société. Pourtant, comme ces dimensions "horizontales" ne sont incluses que sous forme de brèves références, l'orientation générale de ces politiques met l'accent sur les initiatives verticales spécifiques à la maladie. Il en résulte que les horizontaux et les défis de l'intégration sont marginalisés et restent au niveau de la théorie et de la généralité.

Envisager :

- le renforcement du système de santé, en se concentrant sur les prestations du secteur public et en établissant des liens systématiques entre les différents niveaux,
- les modèles de prestation de soins de santé primaires (y compris la contribution des soins de santé primaires à tous les objectifs verticaux du programme MNT),
- Les prix des médicaments et des vaccins, le renforcement de la chaîne d'approvisionnement et la production locale de médicaments, de vaccins, de produits de diagnostic et d'autres produits de soins de santé,
- développement du personnel (santé mentale, personnel dentaire, imagerie, chirurgie, etc.)
- les services de laboratoire,
- les systèmes de données,
- des ressources fiscales pour le développement des systèmes de santé (y compris une fiscalité équitable et une action internationale sur le fardeau de la dette),
- une action sur la détermination sociale des besoins et des risques en matière de santé (y compris la pauvreté, l'inégalité, l'aliénation, le chômage),
- l'action intersectorielle pour la santé et le bien-être, y compris le logement, les transports, l'eau et l'assainissement, la santé scolaire, la sécurité au travail,
- beaucoup plus.

Bon nombre de ces questions sont examinées dans le [document EB156/6](#) (point 6, UHC/PHC, de cet ordre du jour), mais il reste encore beaucoup à faire pour intégrer l'approche spécifique à une maladie dans une approche globale de renforcement des systèmes de santé.

PHM demande instamment au conseil d'administration de veiller à ce que la quatrième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations unies sur les maladies non transmissibles soit mise à profit pour donner une impulsion concrète à l'élaboration de réponses globales et intégrées des systèmes de santé aux maladies non transmissibles, y compris des solutions pratiques aux questions transversales énumérées ci-dessus.

Point 8 : Santé mentale et lien social

En ligne de mire

Le rapport du directeur général sur ce point ([EB156/8](#)) souligne l'importance de la lutte contre l'isolement social et la solitude pour améliorer la santé mentale et sociale. Il présente les engagements de l'OMS et propose des actions pour faire progresser les liens sociaux en tant que priorité de santé publique mondiale.

Au paragraphe 23, le Secrétariat invite le Conseil exécutif à prendre note du rapport et à fournir des orientations supplémentaires.

Contexte

En novembre 2023, la DG a créé la [Commission de l'OMS sur la connexion sociale](#) ; un rapport est attendu pour mai 2025. Les donateurs qui financent les travaux de Commission ne sont pas clairement identifiés, mais nous savons ce qu'il en est :

1. Commission compte trois représentants États-Unis, dont l'un des deux coprésidents ;
2. Les États-Unis sont [intervenus](#) au nom de la Commission dans le débat sur le bien-être et la promotion de la santé (EB154), soulignant l'importance du lien social pour la santé humaine, affirmant qu'il avait été négligé et promettant des solutions efficaces ;
3. L'OMS a publié en 2021 un "[advocacy brief on social isolation and loneliness among older people](#)" en association avec le département des affaires économiques et sociales des Nations unies et l'Union internationale des télécommunications (un organisme qui compte parmi ses membres plus de [1 000 entreprises mondiales](#), dont beaucoup sont directement impliquées dans les technologies de l'information) ;
4. La Commission a organisé "[un événement multipartite](#)" lors Sommet mondial de la santé à Berlin en octobre 2024, au cours duquel l'orateur principal était le directeur de la santé de Google ;
5. Ce point sur la santé mentale et le lien social a été inscrit à l'ordre du jour de l'EB156 à la demande de deux États membres (paragraphe 1 de l'EB156/8) ; une résolution est probablement en cours de préparation pour la WHA78.

Commentaire PHM

Le rapport commence par la définition suivante : "La santé sociale fait référence à la quantité et à la qualité adéquates des relations dans un contexte particulier pour répondre au besoin d'un individu d'avoir des liens humains significatifs....". Cela conduit ensuite au concept de lien social comme étant synonyme de santé sociale, puis à l'isolement social et à la solitude comme étant la principale forme de déconnexion sociale, et propose un programme pour y remédier. Il s'agit là d'une réduction considérable du concept de santé sociale. L'isolement social n'est qu'un aspect de la question. La santé sociale est affectée dans des conditions de conflit, dans des conditions de sécurité physique personnelle médiocre, d'emploi précaire, de surpeuplement et de manque d'intimité, de stigmatisation et d'isolement des communautés par des forces majoritaires, etc.

Réduire la santé sociale à un problème d'isolement social revient à la rendre inopérante. En fait, la santé sociale est affectée par l'aliénation dont les personnes font l'objet du fait de leur rôle dans la production et la consommation et qui affecte leur santé mentale. Les pratiques en matière d'emploi sont souvent synonymes d'exploitation et le deviennent de plus en plus avec le travail précaire dans les pays à hauts revenus et l'exploitation du travail informel dans les pays à faibles et moyens revenus, ce qui engendre de nombreux problèmes de santé mentale. En termes de

La consommation massive de publicité sème la désaffection pour créer la demande et, ce faisant, crée de multiples tensions. De plus en plus, les gens doivent faire face à des bureaucraties d'entreprise déshumanisées qui s'appuient sur un manque de personnel pour maximiser les profits, ce qui signifie que les "clients" se sentent déresponsabilisés et frustrés. Cela a souvent des effets négatifs sur leur santé mentale.

PHM considère que le concept manquant dans ce document est la cohésion sociale. La connexion est un phénomène statique - un lien ou une association qui existe (ou non), incapable d'apporter des améliorations en soi. En revanche, la cohésion est un processus dynamique : l'action de former un ensemble uni. La cohésion est le ciment social qui unit les gens en tant que collectifs autour d'intérêts communs (par exemple, les syndicats). La recherche a démontré que c'est la base dont les gens ont besoin pour agir ensemble afin d'améliorer les conditions dans lesquelles ils vivent et travaillent. De simples connexions n'ont pas le pouvoir d'y parvenir. La réduction de l'isolement social par des solutions individuelles et/ou informatiques n'augmentera pas nécessairement la cohésion sociale et ne conduira pas à l'action communautaire pour l'amélioration de la santé que l'OMS et les États membres souhaitent. PHM demande instamment aux États membres de tenir compte de la différence cruciale entre le fait de se concentrer sur la connexion et celui de se concentrer sur la cohésion.

L'isolement social est bien sûr un problème, mais la proposition pour y remédier est tout à fait inadéquate. Aucune preuve n'est citée ou mentionnée dans ce rapport concernant la prévalence de l'isolement social, le contexte sociétal de l'isolement social ou les relations entre les liens sociaux et la santé. Il est fait référence à la qualité et à la quantité des relations sociales, mais il n'y a pas d'analyse de ce que la qualité pourrait signifier. Les références du rapport aux "preuves" ne font aucune distinction entre les associations causales et les associations écologiques.

La [Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS \(2008\)](#) a constaté que

...les inégalités de santé évitables sont dues aux conditions dans lesquelles les gens grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi qu'aux systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Les conditions dans lesquelles les gens vivent et meurent sont, à leur tour, façonnées par des forces politiques, sociales et économiques.

Le présent rapport ne montre aucune volonté d'explorer l'isolement social en termes de circonstances dans lesquelles les gens grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ou de forces politiques, sociales et économiques qui façonnent ces circonstances (travail et emploi, urbanisme, transport, logement, culture, sport, racisme, casteisme, sexisme, violence, etc.)

Contrairement au manque de preuves concernant la prévalence, contexte sociétal de l'isolement social ou les victimes qui en découlent, le Secrétariat s'est concentré sur les "interventions techniques" pour lutter contre la solitude, en s'appuyant sur des travaux antérieurs sur l'isolement social et le vieillissement (soutenus entre autres par l'UIT). Le mot "communauté" n'est mentionné qu'en passant dans la ligne consacrée aux effets de la santé mentale, mais jamais dans le contexte de la santé sociale. Il n'est pas fait mention de l'engagement ou de l'action de la communauté dans la lutte contre l'isolement social. Il existe d'excellents exemples d'approches communautaires dans de nombreux PRFM pour traiter ces problèmes dans différents contextes, mais ils ne sont pas reconnus dans ce document.

Il n'y a aucune trace de sociologie ou d'économie politique dans le document du CE ou sur la page web de la Commission. Alors que la fabrication syndiquée est remplacée par des robots et que les jeunes sont contraints de trouver du travail dans le précaire, le nombre de relations est-il le seul facteur ou le facteur critique de leur bien-être ? La notion marxiste d'aliénation met en évidence des niveaux croissants de détresse mentale lorsque les gens travaillent dans des conditions d'oppression qui les isolent les uns des autres dans des environnements qui privilégient les profits au détriment de la santé et du bien-être des travailleurs. La répression des syndicats dans de nombreux pays est

est susceptible d'avoir un impact négatif sur la santé mentale des personnes en réduisant les possibilités d'actes d'intimidation et de violence.
la solidarité des travailleurs.

Au paragraphe 12, le rapport indique que les solutions prometteuses vont des politiques nationales et des mesures visant à améliorer l'infrastructure sociale aux interventions ciblées, telles que la prescription sociale, la thérapie cognitivo-comportementale et la psychoéducation. Il indique que l'OMS a commencé à répertorier ces données, mais que l'accent est mis sur l'individu. La Commission sur les déterminants sociaux de la santé a inclus les "déterminants structurels" dans sa carte conceptuelle. Le présent rapport ne tient pas compte de la manière dont ces déterminants structurels (y compris les inégalités économiques croissantes) affectent la santé mentale de la population. Ces déterminants seront abordés dans le prochain rapport mondial sur les déterminants sociaux des inégalités en matière de santé et il est surprenant que ce rapport ne fasse pas référence à ce rapport à venir.

Deux séries d'interventions sont examinées, les "[interventions en personne](#)" et les "[interventions numériques](#)". Bien qu'il soit fait référence à des *résultats* au niveau de la communauté, les interventions sont toutes axées sur l'individu. Il est surprenant de constater que le département Santé numérique et innovation de l'OMS ne semble pas avoir été impliqué dans la sélection des innovations numériques.

Le manque de transparence concernant le financement de ce projet est regrettable. Les références à l'UIT en tant que partenaire et la présence de Google dans la présentation du Sommet mondial de la santé suggèrent que l'importance accordée aux interventions numériques n'est pas entièrement le résultat d'une réflexion sérieuse. Il n'y a aucune référence aux conséquences négatives de l'essor des médias sociaux, qui sont pourtant nombreuses. L'Australie a ouvert la voie en interdisant les médias sociaux aux moins de 16 ans en raison des inquiétudes concernant la santé mentale des jeunes. Les effets négatifs des "interventions numériques" doivent être reconnus.

La Commission sur la santé des populations de 2008 a identifié l'[inclusion sociale](#) comme 'un des déterminants sociaux de la santé. On ne comprend pas très bien pourquoi, alors qu'un nouveau rapport mondial sur les déterminants sociaux de l'équité en santé est en cours de préparation (et sur le point d'être lancé), le département des déterminants sociaux de la santé de l'OMS s'est lancé dans un nouveau projet qui va totalement à l'encontre des recommandations du rapport de 2008 sur les déterminants sociaux de la santé. Bien que l'OMS reste timide quant à l'influence des donateurs sur son agenda, il est difficile de ne pas envisager la possibilité que l'industrie des technologies de l'information soit impliquée.

La Commission ([ici](#)) compte un grand nombre de représentants américains ; trois, y compris le coprésident américain. On ne sait pas exactement quel l'impact du retrait de Trump de l'OMS, ni si le soutien supposé des entreprises informatiques à ce projet se poursuivra.

En bref

PHM exhorte les États membres à

1. insister sur la transparence en ce qui concerne le rôle des donateurs dans la définition des priorités programmatiques et l'implication des entreprises dans les forums sur la santé, ainsi que les conflits d'intérêts auxquels elles sont susceptibles d'être confrontées ;
2. expriment leur regret quant à la piètre qualité scientifique reflétée dans le présent rapport ;
3. veiller à ce que les causes de l'isolement social qui découlent des déterminants structurels de la santé soient pleinement explorées, y compris l'aliénation croissante produite par les processus production et de consommation

4. demander au Secrétariat d'expliquer divergence entre l'agenda des déterminants sociaux et l'agenda des liens sociaux et veiller à ce que l'accent mis sur les déterminants structurels dans le rapport mondial sur les déterminants sociaux de l'équité en matière de santé soit reflété dans l'agenda des liens sociaux ;
1. être très prudent quant à l'adoption d'un projet de résolution soutenant ce projet pour examen lors de l'AMS78.

Point 9(i) : Maladies transmissibles : méningite

En ligne de mire

Feuille de route mondiale pour vaincre la méningite d'ici à 2030

Dans sa résolution [WHA73.9](#) (2020), l'Assemblée a approuvé le projet de [feuille de route pour vaincre la méningite d'ici à 2030](#).

La feuille de route comporte trois ["objectifs visionnaires"](#) et cinq [piliers](#). Chaque pilier comporte un certain nombre d'objectifs stratégiques assortis de leurs propres activités et jalons.

Dans la décision [EB152\(8\)](#) (2023), il a été demandé au Directeur général de soumettre un rapport à l'EB156 puis à la WHA78 sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la résolution [WHA73.9](#) (2020). Ce rapport est présenté dans le document [EB156/10](#).

Le Conseil d'administration est invité à prendre note du rapport et à fournir des orientations supplémentaires, notamment en ce qui concerne les deux questions :

- Quelles sont les opportunités identifiées par les pays et quels sont les obstacles qu'ils rencontrent lors de la mise en œuvre de l'UE ?
les cinq piliers de la feuille de route ?
- Comment le Secrétariat peut-il aider les États membres à accélérer la mise en œuvre de la feuille de route ?
en termes de prévention, de contrôle et de gestion de la méningite, de sensibilisation et de plaidoyer ?

Contexte

Voir les liens vers les [discussions antérieures sur la méningite au sein du Conseil exécutif ou de l'Assemblée mondiale de la santé](#).

Voir également [le rapport 2024 sur l'investissement dans la lutte contre la méningite](#) et le rapport sur [l'élaboration de plans nationaux de lutte contre la méningite : un manuel opérationnel](#). Voir également le rapport de la région Afrique sur la mise en œuvre de la feuille de route ([AFR/RC71/8](#)).

Commentaire PHM

La méningite est un groupe de maladies courantes qui mettent la vie en danger et peuvent être invalidantes, en particulier dans la "ceinture africaine de la méningite". La feuille de route est une bonne initiative en termes de promotion d'une stratégie de lutte contre la méningite pour la mise au point et l'administration de vaccins.

Toutefois, la feuille de route est trop étroite et l'accent mis sur la vaccination a conduit à occulter plusieurs questions clés sur lesquelles l'OMS a des politiques importantes.

La feuille de route mentionne un large éventail d'autres politiques et programmes de l'OMS et recommande que l'OMS La task-force technique "travaille à l'identification d'initiatives potentiellement complémentaires et établira et mettra en œuvre un plan d'action pour la mise en œuvre du programme. maintenir des liens avec ces initiatives afin de garantir l'alignement des objectifs et des approches intégrées, dans la mesure possible".

Toutefois, cette liste d'"autres initiatives mondiales" est également assez restreinte et ne semble pas avoir été mise à jour depuis son adoption en 2020.

La feuille de route semble se concentrer sur l'accès aux vaccins et leur prix, mais il n'y a aucune référence (dans la feuille de route, dossier d'investissement, lignes directrices opérationnelles ou le rapport de la région africaine) aux travaux plus récents sur les capacités de recherche et de production au niveau régional.

Le renforcement des systèmes de santé, y compris les soins de santé primaires, est essentiel pour la surveillance, la vaccination, le diagnostic, les soins et la réadaptation. Toutefois, ni le manuel opérationnel ni le rapport de la région Afrique ne fournissent d'indications utiles sur la manière dont les actions spécifiques aux vaccins doivent être intégrées dans le développement des systèmes de santé.

La référence à la couverture sanitaire universelle n'est pas utile, d'autant plus que l'OMS reste partagée quant au rôle des prestations du secteur privé dans le cadre de la couverture sanitaire universelle.

Changement climatique et tempêtes de poussière

Les relations saisonnières de l'incidence de la méningite dans la ceinture africaine de la méningite sont bien connues (beaucoup plus fréquentes pendant la période sèche de janvier à juin), mais il ne semble urgent d'étudier les implications de ce phénomène pour la prévention ou d'étudier les implications du réchauffement climatique sur ce lien.

Li et al (2025) notent l'augmentation de la fréquence des tempêtes de poussière au cours de la dernière décennie en Afrique de l'Ouest et en Asie de l'Est, qu'ils associent au réchauffement climatique. Ils notent l'association des épidémies de méningite avec la période la plus sèche et la plus poussiéreuse de l'année en Afrique de l'Ouest et suggèrent qu'avec le changement climatique, le risque de méningite pourrait s'aggraver. Il est surprenant que ce rapport n'en tienne pas compte.

La négligence des déterminants sociaux de la morbidité de la méningite

La feuille de route, manuel opérationnel et le rapport de la région africaine n'abordent les déterminants sociaux de la méningite et la manière dont les initiatives spécifiques aux vaccins peuvent être intégrées aux politiques et programmes visant l'alphabétisation, les déplacements, la pollution de l'air intérieur, le , l'assainissement et la malnutrition.

Pinilla-Monsalve et ses collègues (2023) constatent :

"L'analyse post hoc a démontré que les pays de l'AMB différaient significativement ($p < 0.050$) des pays africains non membres de l'AMB et des pays non africains en ce qui concerne les aspects géo-environnementaux (température, humidité et pollution atmosphérique), les caractéristiques démographiques (taux de dépendance en fonction de l'âge), les conditions socio-économiques (alphabétisation et conflits sociaux générant des déplacements), les habitudes de consommation (taux de tabagisme chez les hommes), les besoins de base non satisfaits (accès/utilisation d'installations de cuisson propres et d'installations sanitaires) et les comorbidités supplémentaires (anémie, carence en vitamine A, paludisme, hépatite B et hépatite C). l'anxiété)".

Ils commentent que

"Nos résultats confirment les conclusions d'études antérieures menées aux niveaux individuel et infranational, car des variables similaires étaient significatives sur le plan écologique. Les recherches démographiques menées dans certains pays de l'AMB ont révélé une incidence 2,1 fois plus élevée dans les zones à forte densité de population, 34,8 fois dans celles où les niveaux de pauvreté absolue sont très élevés et 41,6 fois là où les habitants présentent un faible taux d'alphabétisation (57). Il a également été proposé que l'utilisation de cuisines fermées avec des fours à bois, les logements insalubres et les faibles revenus des ménages augmentent la probabilité de la BM (27)."

Conflits d'intérêts potentiels

Le financement de la feuille de route n'a fait l'objet d'aucune transparence. Le rapport présenté au Conseil suggère que Gates et Gavi jouent un rôle central, mais le rôle des fabricants de vaccins n'est pas clair.

Résultat

PHM invite les membres du conseil d'administration à redoubler d'efforts pour intégrer les objectifs et les actions spécifiques aux vaccins dans d'autres domaines politiques synergiques :

- Renforcement des systèmes de santé
- Implications du changement climatique
- Déterminants sociaux qui déterminent l'exposition, la vulnérabilité, les retards dans le diagnostic et les soins

Références

Pinilla-Monsalve, G. D., N. Llanos-Leyton, M. C. González, E. F. Manrique-Hernández, J. J. Rey- Serrano et J. A. Quiñones-Bautista (2023). "Macro-déterminants socio-épidémiologiques associés à l'incidence cumulative de la méningite bactérienne : A focus on the African Meningitis Belt." *Front. Neurol* 14, DOI : 10.3389/fneur.2023.1088182.

Li, T., A. J. Cohen, M. Krzyzanowski, C. Zhang, S. Gummy, P. Mudu, P. Pant, Q. Liu, H. Kan, S. Tong, S. Chen, U. Kang, S. Basart, N. D. E. Touré, A. Al-Hemoud, Y. Rudich, A. Tobias, X. Querol, K. Khomsi, F. Samara, M. Hashizume, M. Stafoggia, M. Malkawi, S. Wang, M. Zhou, X. Shi, G. Jiang et H. Shen (2025). "Sand and dust storms : a growing global health threat calls for international health studies to support policy action (Tempêtes de sable et de poussière : une menace croissante pour la santé mondiale appelle des études internationales sur la santé pour soutenir l'action politique). *The Lancet Planetary Health* 9(1) : e34-e40, DOI : 10.1016/S2542- 5196(24)00308-5, Consulté le 2025/01/22.

Point 9(ii) : Maladie transmissible : leptospirose et infections cutanées

En ligne de mire

Le rapport du directeur général ([EB156/9](#)) sur la leptospirose et les maladies de la peau décrit les progrès et les lacunes en matière de surveillance, de diagnostic et de contrôle de la leptospirose, ainsi que les approches intégrées des maladies de la peau et des affections connexes, y compris les maladies tropicales négligées, les infections sexuellement transmissibles et la variole. Il s'agit de décrire les actions menées par le Secrétariat pour aider les États membres à relever ces défis.

Commentaire PHM :

L'engagement de l'OMS dans ces deux défis liés aux maladies transmissibles est tout à fait bienvenu. Nous notons toutefois qu'il n'y a guère de raison d'y inclure les maladies sexuellement transmissibles, car les résolutions antérieures sur le VIH, l'hépatite et les maladies sexuellement transmissibles ont abordé cette question de manière adéquate. (Résolution WHA75.20 (2022) : Les stratégies mondiales du secteur de la santé concernant respectivement le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles pour la période 2022-2030).

Le fait que, dans de nombreux pays, les dermatologues soient également des spécialistes des MST est peut-être l'une des raisons, mais la santé publique des maladies transmissibles est mieux organisée en fonction des lignes de transmission des maladies plutôt que des frontières entre les spécialistes. En soi, la discussion sur les maladies sexuellement transmissibles dans cette résolution est très incomplète et n'aborde pas les déterminants sociaux ou l'organisation des soins. Toutefois, elle fournit une référence croisée à la résolution principale.

En ce qui concerne la variole, il existe également un cadre stratégique plus important auquel cette résolution fait référence, à savoir le [cadre stratégique](#) pour l'amélioration de la prévention et du contrôle de la variole 2024-2027, qui a fait l'objet de références croisées et qui constitue le principal document dans ce domaine.

Il existe également une référence croisée à la "feuille de route de l'OMS pour les maladies tropicales négligées 2021-2030" qui fixe des objectifs mondiaux pour le contrôle, l'élimination ou l'éradication de ces maladies et le document connexe "cadre stratégique pour le contrôle et la gestion intégrés des maladies tropicales négligées liées à la peau" qui a été publié en 2022. La principale maladie de cette catégorie est la lèpre, qui constitue un problème majeur, dont l'élimination a été déclarée prématurément dans de nombreux pays et qui reste un défi majeur pour la santé publique. Il est nécessaire de s'engager beaucoup plus sérieusement dans la lutte contre la lèpre et, en fait, contre toutes les maladies tropicales négligées, et les politiques actuelles en la matière sont un échec. Ou plutôt, nous pouvons dire que les maladies tropicales négligées restent négligées. Cette résolution permet également d'attirer l'attention sur la question et de fournir une référence croisée.

Nous comprenons que les maladies sexuellement transmissibles, la variole et les MTN sont incluses ici afin de montrer le lien et d'attirer l'attention sur le fait que cet ordre du jour est traité ailleurs ; cette résolution ne contient pas suffisamment d'informations sur les progrès ou les orientations pour les États membres sur ces trois sujets.

En ce qui concerne la leptospirose, la résolution est complète et bienvenue. Il est clair qu'il faut beaucoup plus de connaissances, tant en ce qui concerne l'épidémiologie que les déterminants sociaux, et qu'il faut aussi beaucoup plus d'innovations technologiques avant que l'OMS ne dispose d'une stratégie adéquate pour relever ce nouveau défi. Toutefois, il convient d'apprécier le fait que l'OMS ait reconnu qu'il s'agit d'un grave problème de santé publique, qu'elle ait une bonne compréhension de ce qu'il faut faire de plus et qu'elle s'engage dans cette direction. Nous sommes tout à fait d'accord avec les conclusions du paragraphe 8 selon lesquelles "un financement durable est essentiel pour faire progresser les efforts de lutte contre la leptospirose et améliorer la surveillance, les outils de diagnostic, la vaccination, etc.

la recherche et les interventions environnementales et communautaires. Compte tenu de l'augmentation potentielle de l'impact de la leptospirose sur la santé publique en raison du changement climatique, il convient d'accorder la priorité à une réponse multisectorielle adoptant l'approche "Une seule santé". Nous apprécions et approuvons également son appel à l'action bien rédigé (au paragraphe 7) sur les déterminants sociaux et environnementaux de la propagation cette maladie et de la vulnérabilité à ses effets. C'est en effet à ce niveau que les États membres devraient donner la priorité à leurs actions pour relever ce défi.

En ce qui concerne les maladies de la peau, il semble que l'OMS soit d'avis qu'il pourrait être adéquat d'aborder ce problème par le biais des cadres stratégiques, des MTN et des Mpox. C'est ce qu'indiquent les mesures prises par le Conseil exécutif. Mais c'est tout à fait insuffisant. Ce qu'il aurait fallu dire, c'est que la prise en charge des maladies de la peau doit faire partie intégrante de l'ensemble des soins de santé primaires et qu'elle devrait toujours faire partie de la feuille de route de la santé publique universelle. Les coûts marginaux de cet ajout sont minimes, et la justification de son absence l'est encore moins. La plupart des infections cutanées sont fongiques ou bactériennes et se prêtent à des soins primaires, et les maladies chroniques comme le psoriasis sont mieux considérées comme faisant partie d'une approche de soins de santé primaires. Le développement d'applications n'est pas la priorité.

La priorité est l'inclusion dans l'ensemble des services assurés par le réseau des prestataires de soins primaires. La priorité est également de s'attaquer aux déterminants sociaux des affections cutanées courantes, en particulier le manque de disponibilité d'eau propre, d'espace et d'habitats nécessaires à l'hygiène personnelle. Aucune de ces mesures importantes n'est mentionnée dans le plan d'action.

Il est nécessaire d'appeler à la poursuite des efforts pour traiter la lèpre comme un problème majeur de santé publique et bien intégré avec un bon diagnostic et des soins pour toutes les lésions cutanées. La maladie est loin d'être éliminée.

Le rapport mentionne la stigmatisation et la violence, mais il n'a pas besoin d'être aussi discret et pourrait dénoncer, nommer et faire honte à la stigmatisation de l'albinisme et du vitiligo qui prend une forme violente et dangereuse dans certaines sociétés, tout comme il pourrait dénoncer la stigmatisation persistante de la lèpre, qui constitue un obstacle à la lutte contre cette maladie.

En résumé, en ce qui concerne maladies de la peau, les demandes de PHM sont les suivantes :

- a) Inclure des services garantis contre les maladies de la peau dans les soins de santé primaires et les programmes de santé publique universelle.
- b) Agir sur les déterminants sociaux infections cutanées les plus courantes et les plus fréquentes, qui sont principalement liées aux conditions de travail et de vie, en particulier à la capacité de maintenir une hygiène personnelle.
- c) S'attaquer à la stigmatisation de l'albinisme, du vitiligo, de la lèpre, du psoriasis et de toutes les affections cutanées chroniques.
- d) Notez que la lèpre reste un problème de santé publique, qui est loin d'être éliminé, et prenez des mesures bien intégrées aux soins de santé primaires pour résoudre ce problème.

Point 10 Médicaments de qualité inférieure et falsifiés

En ligne de mire

Conformément à la résolution [WHA65.19](#) (2012), Directeur général a diffusé un rapport ([EB156/11](#)) sur les résultats des douzième et treizième réunions plénières du mécanisme des États membres sur les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés. Le rapport comprend un examen des progrès réalisés dans la mise en œuvre de 10 activités prioritaires pour la période 2024-2025 qui s'alignent sur la stratégie de l'OMS visant à prévenir, détecter et combattre les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés.

Un rapport ([EB156/12](#)) sur les résultats de l'évaluation indépendante du mécanisme a également été soumis. Il comprend également des recommandations pour la restructuration du mécanisme. Le Conseil est invité à prendre note du rapport et à fournir des commentaires et des orientations sur les actions de suivi de l'évaluation indépendante, y compris une question sur "Quelles mesures peuvent être prises pour accroître la participation des États membres au mécanisme ? participation au mécanisme et à ses travaux ?"

Le Conseil est invité à prendre note des deux rapports, à donner des orientations sur les actions de suivi de l'évaluation indépendante (en particulier, accroître la participation des États membres) et à (décider de) demander au directeur général de soumettre le rapport de la quatorzième réunion du mécanisme des États membres à la soixante-dix-neuvième Assemblée mondiale de la santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, lors de sa 158e session.

Contexte

Liens vers les [discussions antérieures de l'AMS et/ou du CE sur la SFC Page d'accueil pour les MSM sur la SFC](#)

La résolution WHA65.19 (2012) a établi mécanisme des États membres sur les médicaments de qualité inférieure et les médicaments falsifiés afin d'améliorer la collaboration entre les États membres et l'OMS pour prévenir et contrôler les produits médicaux de qualité inférieure et les médicaments falsifiés dans une perspective de santé publique, à l'exclusion des considérations relatives au commerce et à la propriété intellectuelle. Il s'agit du principal mécanisme intergouvernemental permettant aux États membres de se réunir, de formuler des recommandations politiques, d'échanger des connaissances, de soutenir les efforts mutuels et de coordonner les actions visant à relever le défi des produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés.

Voir [Legge 2013](#) pour pré-histoire du MSM (2013-2013). Voir également la contribution de K.M. Gopakumar à un [webinaire du G2H2](#) consacré à ce point de l'ordre du jour, pour en savoir plus sur la genèse du mécanisme et sur l'évolution de la terminologie utilisée par l'OMS au fil des ans pour décrire les médicaments non princeps.

Voir également le débat de [l'AMS 70](#) (point 13.6) qui a conduit à [l'AMS 70\(21\)](#) par laquelle l'Assemblée a décidé de remplacer l'expression "produits médicaux de qualité inférieure, fallacieux, faussement étiquetés, falsifiés ou contrefaits" par l'expression "produits médicaux de qualité inférieure, fallacieux, faussement étiquetés, falsifiés ou contrefaits".

Le terme "produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés" doit être remplacé par "produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés" dans la dénomination du mécanisme de l'État membre et dans toute documentation future sur les produits médicaux de ce type.

Retrait des États-Unis de l'OMS

Dès son entrée en fonction, le président américain Trump a publié un décret annonçant l'intention des États-Unis de... se retirer de l'OMS.

Depuis la clôture de 12e réunion du mécanisme, États-Unis et le Brésil représentent les Amériques au sein du comité directeur du mécanisme. Les États-Unis président les groupes de travail sur :

- Activité H : Élaborer des stratégies à l'intention des autorités réglementaires nationales afin d'atténuer les risques pour la santé publique liés à la distribution de produits médicaux non conformes aux normes et falsifiés sur les marchés informels.
- Activité F : présidence du nouveau groupe de travail F : États-Unis d'Amérique ; renforcement de la chaîne d'approvisionnement des excipients à haut risque et des matières premières connexes.

Rapports sur les 12^(ème) et 13^(ème) réunions du mécanisme de l'EM sur les médicaments de qualité inférieure et les médicaments falsifiés (EB156/11)

Au cours de la 12e réunion du mécanisme de l'EM, une nouvelle activité prioritaire a été mise en place, axée sur l'identification de et une réponse aux "questions émergentes" sur les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés ont été créées. La réunion a également souligné l'importance d'un engagement multisectoriel. Dans optique, elle a réfléchi au fait qu'une cartographie des parties prenantes serait une étape importante qui pourrait fournir des informations supplémentaires sur la manière dont les acteurs non étatiques pourraient être impliqués dans le mécanisme à l'avenir.

La 13^(ème) réunion du mécanisme a inclus un rapport sur l'évaluation indépendante du mécanisme des États membres. Le rapport note que comité directeur du mécanisme a eu besoin de plus de temps pour examiner les recommandations de l'évaluation (voir EB156/12). Le Comité directeur a recommandé que le mécanisme des États membres :

- proposent que les organes directeurs s'abstiennent de prendre des décisions sur l'évaluation lors de leurs prochaines réunions en 2025 ;
- demande que le rapport de la 14e réunion du mécanisme des États membres soit soumis à l'EB158 et à l'WHA79, afin que les organes directeurs puissent examiner les résultats de la réunion de l'EB158 et de l'WHA79.
et prendre les mesures qui s'imposent.

Au cours de la 13e réunion du mécanisme de surveillance, il a été proposé d'inviter la Fondation Bill & Melinda Gates à présenter, lors d'une prochaine réunion du comité directeur, les efforts qu'elle déploie dans le cadre de l'activité prioritaire D, à savoir la réduction du fardeau que représentent les produits médicaux non conformes aux normes et falsifiés. Le comité directeur a accepté cette proposition.

Évaluation du mécanisme de l'EM sur les produits médicaux de qualité inférieure et les produits médicaux falsifiés

Le document EB156/12 résume certaines principales conclusions d'une évaluation indépendante mécanisme MS. Il s'agit notamment de ce qui suit :

- Les États membres des pays à revenu élevé et des pays à revenu intermédiaire participent davantage au mécanisme des États membres que les autres ;
- Des preuves solides de l'efficacité et de l'impact des activités font défaut ;
- L'engagement avec des acteurs non étatiques et d'autres parties prenantes (conformément à la FENSA) est important pour assurer la cohérence du travail des HSH ;
- La sécurité financière mécanisme est assurée court terme (approximativement pour l'exercice biennal en cours) ; l'étroussure de la base de donateurs entraîne des risques ;
- Peu d'éléments indiquent que le mécanisme a pris en compte de manière proactive les questions de genre, d'équité et de droits de l'homme lors de la planification et de la mise en œuvre de ses activités ;
- D'une manière générale, le renforcement de l'engagement et de la participation des parties prenantes externes, tant de la part des personnes travaillant au sein du mécanisme (États membres et secrétariat) que de la part des donateurs et autres parties prenantes, a été fortement soutenu. Toutefois, la prudence est de mise en ce qui concerne à la fois

la diffusion d'informations spécifiques au pays (par exemple, en ce qui concerne les incidents de qualité inférieure et les incidents de falsification) et l'engagement des acteurs non étatiques, y compris le secteur privé, conformément au cadre d'engagement avec les acteurs non étatiques.

- En ce qui concerne l'équité, le mécanisme pourrait envisager d'accorder une priorité plus explicite aux besoins des groupes de population les plus vulnérables. Il faut faire davantage pour promouvoir participation active des États membres à faible revenu au mécanisme.

L'évaluation a également donné lieu à des recommandations sur la manière modifier le fonctionnement du mécanisme de l'EM. Les recommandations 1 et 5, qui ont toutes deux un impact sur l'EM, sont mises en exergue ici.

L'engagement du mécanisme d'EM avec les ANE et les conflits d'intérêts qu'il pourrait rencontrer sont autant de défis à relever pour le mécanisme d'EM. La recommandation 1 du [rapport](#) est la suivante :

"Recommandation 1 : Les États membres devraient envisager de revoir le format du mécanisme des États membres afin de bénéficier d'une expertise technique plus pertinente, d'une meilleure collaboration avec les parties prenantes externes et, éventuellement, d'un financement et d'une participation des États membres accrus. Deux options sont possibles pour progresser dans ces domaines.

- Option A : Dissoudre le mécanisme actuel des États membres et établir un nouveau format qui rendrait compte au directeur général de l'OMS, mais qui continuerait à bénéficier d'une contribution importante de la part des États membres. Il pourrait s'agir d'un groupe consultatif ou d'un format hybride plus adapté. Cette révision devrait être proposée par le mécanisme des États membres et approuvée par l'Assemblée mondiale de la santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif. Un groupe de travail pourrait être créé pour guider ce processus.
- Option B : utiliser le format existant du mécanisme des États membres et expérimenter la participation accrue d'experts techniques dans les domaines liés aux groupes de travail du mécanisme, et accroître la participation des États membres ainsi que l'engagement avec les parties prenantes externes, y compris dans les réunions formelles (conformément aux résolutions et décisions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la santé, au règlement de l'Assemblée mondiale de la santé et au cadre d'engagement avec les acteurs non étatiques).

L'option A aurait les meilleures chances de succès à long terme. L'option B serait moins difficile à réaliser. En choisissant entre ces deux options, les États membres pourraient d'abord envisager d'explorer l'option B."

Recommandation 5 telle qu'elle figure dans le rapport :

"Recommandation 5 : Améliorer l'engagement externe en élaborant des stratégies d'engagement différenciées (conformément au cadre d'engagement avec les acteurs non étatiques). Il s'agira notamment de s'engager auprès des donateurs et des partenaires stratégiques et opérationnels. Une cartographie complète des parties prenantes devrait servir de base à l'élaboration d'une stratégie d'engagement des parties prenantes ciblant les partenaires stratégiques et opérationnels. Le mécanisme des États membres, en consultation avec l'unité "Due Diligence and Non-State Actors" du Bureau de la conformité, de la gestion des risques et de l'éthique, devrait élaborer des orientations spécifiques pour l'engagement avec des parties prenantes externes, telles que l'industrie pharmaceutique qui a beaucoup à offrir dans la lutte contre les produits inférieurs aux normes et falsifiés, mais qui doit faire preuve de prudence en raison de conflits d'intérêts potentiels ou perçus comme tels. Au niveau régional, il faut s'efforcer de renforcer la collaboration, par exemple en augmentant la participation régionale à certains groupes de travail du mécanisme des États membres et avec les points focaux nationaux".

Commentaire PHM

PHM demande instamment aux États membres de charger le secrétariat de veiller à ce que tout changement dans le fonctionnement du mécanisme des États membres garantisse la transparence de ses délibérations, tant avec les parties prenantes internes qu'externes. Nous demandons instamment que tout engagement des parties prenantes inclue tous les acteurs concernés, y compris les fabricants de génériques, les entités pharmaceutiques publiques et les OSC qui plaident pour un accès équitable aux médicaments, et pas seulement les grandes entreprises pharmaceutiques.

Nous demandons instamment aux États membres de se pencher d'urgence sur des interventions qui s'attaquent aux coûts élevés de l'accès aux médicaments et aux services de santé en temps voulu et de manière appropriée, et qui garantissent la fonctionnalité des systèmes de santé, et des établissements de santé publique en particulier. À cet égard, il est important que le rapport tant attendu sur les déterminants sociaux de la santé, discuté lors de l'EB152, soit publié.

Point 11 Nomenclature standardisée pour les dispositifs médicaux

En ligne de mire

Conformément à la décision [WHA75\(25\)](#) (2022), le directeur général a publié un rapport ([EB156/13](#)) sur l'intégration des termes, codes et définitions dans le système d'information prioritaire sur les dispositifs médicaux ([MeDevIS](#)) et leur lien avec d'autres plateformes de l'OMS. Le Conseil sera invité à prendre note du rapport et à fournir des orientations supplémentaires.

Contexte

Le document EB156/3 donne un aperçu de l'histoire de cette histoire compliquée. Voir également les liens vers les [discussions antérieures du Conseil exécutif et/ou de l'Assemblée mondiale de la santé sur les dispositifs médicaux](#) et [le résumé de l'OMS sur la prise de décision du Conseil exécutif](#) concernant une nomenclature normalisée pour les dispositifs médicaux et son utilisation dans le système d'information prioritaire sur les dispositifs médicaux (MeDevIS).

Une classification, un codage et une nomenclature internationaux normalisés pour les dispositifs médicaux favorisent l'évaluation technologique, la réglementation (établissement de normes, autorisation de mise sur le marché), la sécurité des patients (notification des effets indésirables), l'approvisionnement (accessibilité, commande) et la qualité des soins de santé (efficacité, rapport coût-efficacité).

Du point de vue de l'OMS, la normalisation présente l'avantage particulier de rendre plus utiles les listes de dispositifs médicaux prioritaires de l'OMS en spécifiant plus précisément les dispositifs auxquels il est fait référence. Ces listes comprennent actuellement

- la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile,
- la gestion du cancer,
- les maladies cardiovasculaires et le diabète,
- les soins oculaires,
- la chirurgie d'urgence, et
- les diagnostics in vitro.

La plupart de ces fonctions continueront à bénéficier du nouveau MeDevIS (y compris les systèmes EMDN et GMDN), même si la recherche et l'évaluation au-delà des frontières internationales seront un peu plus impliquées que si un système mondial unique avait été développé.

Un autre avantage d'un système de nomenclature normalisé est qu'il peut être utilisé pour soutenir l'identification unique obligatoire des dispositifs (UDI) et la documentation de l'UDI dans les dossiers cliniques. Cette exigence peut faciliter les collectes et les analyses internationales pour la sécurité des patients, la recherche clinique et la surveillance après l'autorisation de mise sur le marché. (Voir [TGA](#) et [FDA](#) sur l'UDI).

Bien que le Forum international des régulateurs de dispositifs médicaux ait recommandé à l'origine l'élaboration d'un UDI obligatoire applicable à l'échelle mondiale ([ici](#)), cette recommandation a été mise de côté pour le moment. Au niveau national, l'UDI obligatoire, utilisant soit l'EMDN soit le GMDN, peut encore être mis en œuvre.

Commentaire PHM

Le secrétariat a reconnu qu'il n'était pas possible de mettre en place un système de nomenclature unique, universel et librement accessible, qui s'articule avec les autres classifications de l'OMS, en particulier la CIM11.

La réticence de certains pays, actuellement engagés dans un système particulier, à accepter d'évoluer vers une normalisation internationale conformément aux principes énoncés par le Secrétariat, est compréhensible dans la mesure où il s'agit d'éviter de perturber leurs systèmes existants.

L'industrie des dispositifs médicaux est énorme et les politiciens sont très sensibles aux allégations de "paperasserie". On peut supposer que les gouvernements ont subi des pressions de la part des fabricants de dispositifs, des organisations hospitalières et des organismes privés d'assurance maladie, qui ont organisé leurs systèmes autour d'une classification particulière.

Le travail effectué par le Secrétariat pour mettre en place MeDeIS1 est apprécié.

PHM exhorte les États membres à soutenir le développement continu de MeDeIS par le Secrétariat, en élargissant sa gamme de ressources d'orientation sur les dispositifs médicaux prioritaires, en continuant à travailler à l'interopérabilité avec d'autres systèmes de classification (en particulier la CIM, la CIMP et la CIF).

Il serait utile d'obtenir des conseils sur les voies à suivre à long terme pour harmoniser le REMD et le RMDA.

Point 13 Projet de stratégie pour la médecine traditionnelle

En ligne de mire

Dans sa décision [WHA76\(20\)](#) (2023), l'Assemblée de la Santé a décidé de prolonger la stratégie de l'OMS en matière de médecine traditionnelle jusqu'en 2025. En réponse à la demande d'élaboration d'une nouvelle stratégie mondiale sur la médecine traditionnelle pour période 2025-2034 en consultation avec les États membres et les parties prenantes concernées, le directeur général a publié le projet de stratégie ([EB156/16](#)) pour examen par la soixante-dix-huitième Assemblée mondiale de la santé par l'intermédiaire du Conseil.

Contexte

Liens vers les [discussions antérieures du Conseil exécutif et/ou de l'Assemblée mondiale de la santé sur la médecine traditionnelle](#)

Voir également le [dialogue Sud-Sud sur la durabilité : Traditional Medicine in the Global South](#) webinar program, UTC 1300, 15 et 16 novembre.

Commentaire PHM

Les connaissances et les pratiques traditionnelles (y compris autochtones) en matière de santé font partie intégrante des identités et des significations de nombreuses cultures différentes. Ces pratiques, ainsi que d'autres traditions de guérison qui ne s'alignent pas sur la médecine allopathique, offrent aux personnes et aux communautés un sentiment d'autonomie dans le choix de la gestion de leur santé. Il est nécessaire et approprié que l'OMS s'engage dans ce domaine dans le cadre de la promotion de la santé pour tous.

Les concepts d'intégration et de complémentarité sont différents ; ils sont définis dans le contexte de la relation entre les savoirs et pratiques traditionnels et les institutions établies de la médecine allopathique. L'OMS devrait faire preuve de prudence lorsqu'elle propose des principes universels pour régir ces relations.

PHM apprécie le travail effectué par l'OMS sur le projet de stratégie pour la médecine traditionnelle, mais demande instamment au Conseil d'administration de demander des travaux supplémentaires avant de présenter un projet révisé à l'Assemblée de la santé.

Le projet actuel présente des faiblesses importantes. L'imposer en l'état risque d'avoir des conséquences néfastes, bien qu'involontaires.

- le projet actuel est imprégné des postulats de la colonialité et privilégie le statut d'étalon-or de la science moderniste ;
- le projet actuel ne reconnaît pas les pressions persistantes de la colonialité (déplacement, extractivisme) sur les cultures et les environnements de nombreux peuples autochtones, tant en ce qui concerne la détermination sociale (politique, économique) de leur santé que leurs savoirs traditionnels et leurs pratiques en matière de santé ;
- la discussion sur l'intégration et la complémentarité fait de relation entre les connaissances et les pratiques traditionnelles et une allopathie dominante et non problématisée le principal défi politique ; le besoin de respect et la possibilité d'un apprentissage mutuel sont ignorés ;
- les contradictions entre les savoirs autochtones détenus collectivement et les normes et institutions de la propriété intellectuelle privatisée ne sont ni reconnues ni abordées.

Colonialité et science empirique

Le projet de stratégie utilise les termes "preuves" et "efficacité" tout au long du document. L'expression "fondée sur des données probantes" est le premier terme utilisé dans le projet de stratégie.

et l'établissement de la "base de données" est le premier objectif stratégique. L'hypothèse véhiculée est que les normes de la science empirique sont les déterminants ultimes de la valeur.

Le rôle de la science empirique dans la rationalisation du racisme et du colonialisme n'est pas reconnu. Il n'y a aucune reconnaissance de l'utilisation continue de la science empirique pour écarter, ignorer et manquer de respect aux peuples indigènes et à l'"autre" racialisé et objectivé.

Lorsqu'on parle de "preuves", il est nécessaire de se rappeler que les peuples autochtones sont des peuples anciens, dont la force et la survie ont été rendues possibles par leurs traditions culturelles, y compris leurs médecines traditionnelles ancestrales ; ces traditions sont un élément nécessaire au renforcement de la santé sur leurs terres.

Le fait de privilégier les notions de "preuve" et d'"efficacité" ouvre la perspective de documenter et d'évaluer les systèmes médicaux "non codifiés" et d'écarter les traditions qui ne répondent pas aux normes de la rationalité cartésienne.

La validation des savoirs traditionnels par normes de la modernité scientifique risque de priver les savoirs et les pratiques autochtones de leur contexte culturel, y compris de leur spiritualité.

Santé, culture, environnement

La discussion sur le holisme en matière de santé ne rend pas justice aux liens intrinsèques entre la spiritualité autochtone et la médecine traditionnelle ancestrale dans le monde. Lorsque l'on parle de communautés, il faut les considérer dans leurs territoires de vie, en respectant leurs usages et leurs coutumes, ainsi que leur propre vision du monde et leur spiritualité ancestrale.

Le projet aborde la médecine traditionnelle comme si elle était séparée de son contexte environnemental, y compris les droits fonciers, les sources d'eau et la biodiversité. Sans ces éléments, la médecine traditionnelle n'existe pas.

Toute nouvelle version de cette stratégie doit prendre en compte les déterminants sociaux de la santé des populations autochtones, notamment l'extractivisme, le réchauffement climatique et les déplacements de population, qui constituent des risques existentiels contemporains pour la santé des populations autochtones.

Le projet reconnaît que la médecine traditionnelle est enracinée dans l'environnement naturel, mais identifie ensuite un besoin de "pratiques durables de MITC" dans le cadre de la protection de la biodiversité et de la mise en œuvre des politiques "Une seule santé". Il est vrai qu'il existe des cas bien connus d'approvisionnement non durable en médicaments traditionnels, mais les menaces les plus graves pour la biodiversité proviennent du capitalisme et de l'extractivisme axés sur la croissance. À cet égard, les spiritualités autochtones ont un rôle majeur à jouer dans la promotion d'une relation plus durable entre la société humaine et le reste de l'environnement naturel.

Le projet soutient l'approche "One Health" de la politique environnementale et des interactions entre les hommes, les animaux et les plantes dans l'environnement. C'est regrettable car les idées de One Health sont largement utilisées pour suggérer que la durabilité, la biodiversité et la sécurité sanitaire sont compatibles (ou peuvent être rendues compatibles) avec le capitalisme fixé sur la croissance.

Intégration et complémentarité : des concepts flous et risqués. Qu'en est-il du respect ?

Le projet propose "l'intégration de la TCIM dans les services de santé". Dans certains contextes, cette intégration a été mise en œuvre avec succès, mais souvent au prix d'une marchandisation de la thérapeutique. Cependant, dans d'autres contextes, l'intégration dans les services de santé suggère la subordination des connaissances et des pratiques traditionnelles à la science médicale moderniste. L'idée de complémentarité comporte certains des mêmes risques, lorsque le prix de la légitimation est la subordination.

Ce qui manque à cette discussion dans le projet de stratégie, c'est le respect et la possibilité d'un accommodement transdisciplinaire de la différence. À cet égard, l'insistance moderniste sur la vérité singulière constitue un véritable obstacle à une coexistence respectueuse des savoirs.

La science médicale moderniste a beaucoup à apprendre des cultures traditionnelles de la santé et de la guérison, notamment des relations entre la santé et l'environnement (y compris la spiritualité) et de la responsabilisation qui résulte de l'autonomie dans les choix en matière de soins de santé.

Protéger la propriété intellectuelle collective

Le projet de stratégie aborde la question de la propriété intellectuelle dans l'orientation 4.2.

Certains courants de la médecine traditionnelle ont été intégrés dans le cadre de la propriété intellectuelle privatisée, mais pas tous. L'exploitation des traditions indigènes à la recherche de produits "efficaces" dans le paradigme de la médecine moderne suscite un intérêt commercial constant. La privatisation de ces connaissances, qui étaient auparavant détenues collectivement, peut s'apparenter à un vol (dans la tradition familière du colonialisme).

Le projet devrait préciser que Convention sur la biodiversité et le Protocole de Nagoya devraient bénéficier d'une préséance législative lorsqu'ils vont à l'encontre des règles de la WIP et de l'ADPIC.

Point 15 Le travail de l'OMS dans les situations d'urgence

En ligne de mire

Dans son rapport ([EB156/18](#)), le directeur général décrit la réponse de l'OMS en 2024 à 45 situations d'urgence sanitaire dans 87 pays et territoires, ainsi que les défis opérationnels concomitants. L'OMS continuera de coordonner la riposte sanitaire, de collaborer avec ses partenaires, d'aider les États membres à renforcer les capacités essentielles et de plaider en faveur d'un financement durable pour répondre aux besoins humanitaires croissants en matière de santé. Le conseil d'administration sera invité à prendre note du rapport et à donner des orientations sur les points suivants

- Comment le Secrétariat peut-il travailler avec les États membres et les partenaires pour assurer un financement plus durable et prévisible des urgences sanitaires, en veillant à ce que les fonds soient utilisés efficacement pour fournir une assistance sanitaire vitale, maintenir les services essentiels et répondre aux besoins croissants des populations vulnérables touchées par les conflits, les catastrophes naturelles et le changement climatique ?
- Comment le Secrétariat peut-il renforcer sa coopération avec les États membres et les organisations partenaires afin d'améliorer la coordination, de rationaliser les efforts de réponse aux situations d'urgence et de favoriser la résilience des communautés et des systèmes de santé pour mieux résister aux crises futures ?

Contexte

Liens de suivi vers les [discussions antérieures du Conseil exécutif et/ou de l'Assemblée mondiale de la santé sur les situations d'urgence](#)

Commentaire PHM

L'OMS continue d'être confrontée à une demande croissante à mesure que les urgences sanitaires s'étendent (nouveaux conflits, par exemple au Soudan), qu'elles tardent à se résorber (par exemple en Palestine, en Ukraine) et que d'autres agences des Nations unies susceptibles d'apporter leur aide sont sous-financées (par exemple l'UNRWA - qui n'est pas mentionnée explicitement dans le présent document mais qui est susceptible d'être pertinente).

PHM se félicite de l'accent mis sur le maintien des services essentiels pendant les urgences sanitaires. Le document note que :

"L'appel d'urgence sanitaire mondial 2024 de l'OMS a demandé 1,5 milliard de dollars pour protéger la santé des populations les plus vulnérables confrontées à des situations d'urgence. Il représente le montant total estimé nécessaire pour apporter un soutien à 41 crises sanitaires en cours dans le monde. Au 22 octobre 2024, l'OMS avait accès à 1,02 milliard de dollars US de financement pour répondre aux urgences sanitaires urgentes et complexes, dont 415 millions de dollars US ont été reçus en 2024. **Le déficit de financement restant, soit 478 millions de dollars US**, limite la capacité du Secrétariat et des États membres à répondre aux besoins de santé des communautés touchées par crises sanitaires".

Bon nombre des facteurs à l'origine des situations d'urgence mentionnées dans le rapport sont évitables (par exemple, la crise climatique, la violence et les conflits, la prolifération de l'industrie de l'armement, le non-respect du droit international, les systèmes alimentaires qui contribuent aux zoonoses, à la faim et à la malnutrition, les DPI et les politiques commerciales qui empêchent la fabrication régionale diversifiée des produits de santé nécessaires pour gérer les épidémies, les PHEIC et les pandémies), mais le rapport ne les présente pas en ces termes et ne discute pas de la nécessité d'interventions structurelles qui s'attaquent aux "causes des causes".

Point 16 Mise en œuvre de la résolution WHA75.11 (2022) Guerre d'Ukraine

En ligne de mire

Conformément à la décision [WHA77\(17\)](#) (2024) relative à la situation d'urgence sanitaire en Ukraine et à l'accueil des réfugiés et des demandeurs d'asile, la Commission a décidé de mettre en place un système [de suivi](#) de la situation sanitaire en Ukraine.

En ce qui concerne les conséquences de l'agression de la Fédération de Russie sur les pays hôtes, le Directeur général soumettra au Conseil un rapport ([EB156/19](#)) sur la réponse du Secrétariat à la mise en œuvre de la résolution [WHA75.11](#) (2022). Le rapport détaillera les impacts sur la santé et le soutien de l'OMS au secteur de la santé. Le Conseil sera invité à prendre note du rapport.

Contexte

Liens vers les [discussions antérieures du Conseil exécutif et/ou de l'Assemblée mondiale de la santé sur la résolution WHA75.11 \(guerre entre la Russie et l'Ukraine\)](#)

Commentaire PHM

De nombreuses données sont fournies dans le document EB156/19 sans beaucoup de contexte ou d'analyse, mais cela peut refléter les difficultés d'opérer dans cet environnement.

Il n'y a pas d'estimation causes de décès.

Le rapport indique le nombre de services de santé dont l'infrastructure a été endommagée, mais ne précise pas si cela signifie qu'ils ne fonctionnaient pas du tout ou qu'ils fonctionnaient encore partiellement. Il indique que 99 établissements (12 %) ont été endommagés pour des raisons non liées au conflit ; la manière dont ils ont été endommagés n'est pas claire.

Les pénuries de personnel sont importantes et constituent le principal facteur affectant la fonctionnalité. Cela s'explique probablement par mais il ne précise ni n'indique ce qui est fait pour essayer d'augmenter les chiffres (peut-être que les programmes de sensibilisation sont considérés comme une stratégie plus appropriée dans les circonstances, mais le rapport ne l'explique pas).

Le coût des médicaments contre les maladies non transmissibles est un problème pour 55 % des personnes interrogées. Où les gens achètent-ils leurs médicaments ou les achètent-ils dans les établissements de santé ? Ce problème existait-il avant le conflit ? L'OMS a fourni 14,8 millions de dollars de médicaments, d'équipements médicaux et de fournitures (probablement aussi entre janvier et août 2024). Cela n'est-il pas suffisant ?

La prévalence de la coqueluche, de l'hépatite A et de la rougeole est préoccupante, surtout si on la compare à celle de l'année précédente, lorsque le conflit avait déjà commencé. Le rapport indique que les "mesures de vaccination supplémentaires" lancées par le ministère de la santé ont porté leurs fruits.

Le rapport indique que 395 demandes d'assistance ont été reçues via la plateforme de planification et de réponse aux demandes de santé. Il serait utile de savoir à quoi elles correspondent.

Le programme de sensibilisation (11) semble impressionnant et correspond aux besoins, mais un peu plus de détails auraient été utiles. Comment les districts sont-ils classés par ordre de priorité ? D'où vient la dotation en personnel ?

De nombreuses formations en cours d'emploi sont dispensées. De nombreuses organisations proposer ce type de formation. Certaines activités dans les pays voisins semblent intéressantes. Plus de détails seraient utiles.

L'appel de fonds aux deux tiers de l'année, avec un taux de financement de 24 %, est inquiétant.

Point 17 Conditions sanitaires dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé

En ligne de mire

Dans la résolution WHA77.16 (2024) et la décision WHA77(18) (2024), l'Assemblée de la Santé a demandé au Directeur général de faire rapport "sur les incidences sur la santé publique de la crise humanitaire catastrophique dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, notamment en ce qui concerne les actes de violence contre les blessés et les malades, le personnel médical et le personnel humanitaire s'acquittant exclusivement de tâches médicales, leurs moyens de transport et leur équipement, ainsi que les hôpitaux et autres installations médicales, et de présenter des recommandations à cet égard au Conseil exécutif à sa 156e session [...] en tenant compte des obligations juridiques de la puissance occupante".

Le directeur général a présenté le rapport [EB156/20](#), qui détaille les résultats de la surveillance et de la gestion continues des risques pour la santé publique par les équipes d'urgence de l'OMS et en coordination avec les partenaires du secteur de la santé. Le Conseil exécutif est invité à prendre note du rapport et à donner des orientations aux États membres sur la manière dont ils peuvent "prévenir et atténuer les attaques contre les soins de santé" et "garantir un espace sûr pour l'action humanitaire".

Contexte

Liens vers les [discussions antérieures du Conseil exécutif et/ou de l'Assemblée mondiale de la santé sur la Palestine](#)

Un point conditions sanitaires dans le territoire palestinien occupé est inscrit à l'ordre du jour de l'Assemblée mondiale de la santé depuis 1968, année qui a suivi la guerre des six jours et la Naksa (déplacement de centaines de milliers de Palestiniens).

La validité du sujet en tant que point autonome de l'ordre du jour a toujours divisé les États membres, la plupart des pays du Sud soutenant son importance tandis qu'un bloc plus petit, mené par les États-Unis et Israël, tend à rejeter le point au motif qu'il "singularise" Israël pour la critique et "politise" l'Organisation mondiale de la santé. Néanmoins, point est discuté chaque année, autour d'un rapport produit par le directeur général sur les problèmes de santé rencontrés par les Palestiniens. Invariablement, le débat sur ce point est houleux et se conclut par un fastidieux vote par appel nominal pays par pays, avant l'adoption d'une décision demandant au directeur général de produire un rapport similaire à présenter lors de l'édition de l'année suivante de l'Assemblée.

Lors de l'AMS 77, alors qu'Israël menait depuis huit mois une campagne de violence militaire dans la bande de Gaza, conditions sanitaires en Palestine ont été discutées dans le cadre de deux points distincts de l'ordre du jour.

L'Assemblée a adopté une décision ([WHA77\(18\)](#)) condamnant la violence d'Israël contre la population de Gaza et son ciblage des infrastructures et du personnel de santé dans la bande, ainsi qu'une résolution ([WHA77.16](#)) exigeant que toutes les parties remplissent leurs obligations en vertu du droit international et appelant à l'intensification rapide de l'aide humanitaire et médicale. Les deux actions demandaient au directeur général de faire rapport sur les conséquences sanitaires de la crise humanitaire dans le territoire palestinien occupé.

Deux semaines avant le début de l'EB156, le 19 janvier 2025, la première phase d'un cessez-le-feu en plusieurs étapes à Gaza entre Israël et le Hamas est entrée en vigueur.

Commentaire PHM

Le rapport du Directeur général [EB156/20](#) décrit la crise sanitaire et humanitaire en Palestine occupée, en se concentrant sur la période allant de janvier à août 2024. Les statistiques brutes de crise

Les pertes en vies humaines sont dévastatrices : au moins 18 900 personnes ont été tuées et 38 916 blessées par les violences israéliennes dans la seule bande de Gaza au cours de la période couverte par le présent rapport. Au cours des quinze mois écoulés depuis le 7 octobre, plus de 46 000 morts et 110 000 blessés ont été confirmés à Gaza, la grande majorité d'entre eux n'étant pas des combattants.

Comme l'indique le rapport, les survivants de l'attaque sans précédent d'Israël ont été confrontés à une catastrophe sanitaire et humanitaire caractérisée par le déplacement forcé de la quasi-totalité de la population de l'enclave et par des pénuries de nourriture, d'eau potable, d'installations sanitaires, de médicaments, de carburant, etc. et des fournitures médicales. La campagne israélienne a engendré des conditions de faim, de soif, de surpeuplement et d'insalubrité. La propagation des maladies infectieuses, notamment des maladies diarrhéiques, a été alarmante. Au cours de l'été 2024, le premier cas de polio a été détecté à Gaza depuis un quart de siècle.

Les effets de toutes ces crises ont été aggravés par la destruction des infrastructures de soins de santé et d'assainissement de Gaza, ont été systématiquement prises pour cible par les forces israéliennes, et par l'assassinat et l'enlèvement d'agents de santé par les FDI.

Les chiffres de morbidité et de mortalité détaillés dans le rapport sont alarmants, mais il est presque certain qu'ils ne seront pas atteints.

sous-estimer la gravité de la crise sanitaire à Gaza, probablement avec une grande marge. Le rapport de la DG aurait dû être plus explicite à ce sujet. Le bilan officiel de 46 000 morts au total (ou 18 900 au cours de la période considérée) ne tient pas compte des milliers de civils palestiniens disparus et piégés sous les décombres de leurs anciennes maisons et communautés. Le rapport estime que 22 % des habitants de Gaza souffrent de troubles mentaux. Cependant, étant donné les conditions infernales qui règnent dans la bande de Gaza, il est impossible d'imaginer qu'un habitant de Gaza puisse vivre sans subir les effets d'un traumatisme considérable, d'une détresse mentale et d'une blessure psychologique.

Le principal défaut du rapport est son utilisation absurde de la voix passive. Nonobstant les objections d'Israël à être "pointé du doigt" par la présence de ce point à l'ordre du jour, il convient de noter que le rapport de la DG se donne un mal fou pour éviter toute mention de la criminalité d'Israël. Ainsi, le rapport peut décrire avec désespoir comment "[l]e système de santé dans la bande de Gaza a été sévèrement dégradé par les attaques contre et "les missions transportant du carburant, des fournitures médicales et autres [ont été] largement entravées", sans mentionner l'État responsable du bombardement systématique des infrastructures de soins de santé et de la privation délibérée d'une population de deux millions de personnes des éléments essentiels à la vie.

Ces rapports n'ont pas toujours été aussi aseptisés (en effet, dans les années 1970 et 1980 ils identifiaient explicitement l'occupation militaire comme un obstacle à la santé et décrivaient la situation en Palestine comme un colonialisme de peuplement).

Un engagement plus explicite à l'égard des déterminants politiques de la santé est nécessaire. Même avant le 7 octobre 2023, les principaux facteurs ayant un impact sur la santé des Palestiniens étaient d'ordre politique.

PHM appelle le Secrétariat et les États membres à reconnaître le contexte politique de l'occupation, de l'apartheid, du nettoyage ethnique et du colonialisme de peuplement, un contexte qui a des répercussions directes sur la santé des Palestiniens, même en dehors des périodes de conflit militaire aigu.

Le plaidoyer de l'OMS en faveur d'un cessez-le-feu à Gaza a été admirable, mais il est loin d'être suffisant. L'OMS devrait plutôt appeler à la fin de l'occupation, et non à l'amélioration des conditions de vie sous l'occupation. Trop souvent, cet organisme évite d'avancer des arguments politiques en faveur de la santé.

Enfin, PHM appelle les États membres et l'OMS à s'élever explicitement contre les crimes de nettoyage ethnique, de génocide et de punition collective perpétrés par la puissance occupante. Ces crimes ont un impact direct sur la santé et, contrairement à ce que prétendent certains États membres, ils relèvent de la compétence de l'OMS.

Point 18 Santé et préparation universelles review

En ligne de mire

Comme demandé dans la décision [WHA77\(10\)](#) (2024) sur l'examen universel de la santé et de la préparation, le Directeur général soumettra un rapport ([EB156/21](#)) sur les enseignements tirés, les implications, les avantages, les défis et les options pour les prochaines étapes. Le Conseil sera invité à prendre note de ce rapport.

Le conseil d'administration est invité à **prendre note du rapport et à identifier les possibilités d'améliorer et de promouvoir l'examen universel de la santé et de la préparation** en tant que mécanisme permettant de faire progresser la sécurité sanitaire et la solidarité entre les États membres. Il est également invité à examiner les questions suivantes dans le cadre de ses discussions.

- Comment le Secrétariat, guidé par les États membres, peut-il améliorer la connaissance et la compréhension du processus d'examen et promouvoir une participation plus large tout en accordant la priorité à la sécurité sanitaire des personnes qui en ont le plus besoin ?
- Quels sont les meilleurs moyens d'intégrer l'examen dans les cadres de santé mondiaux et les initiatives régionales existants afin d'en renforcer l'impact et la cohérence ?
- Quels sont les partenariats et les collaborations avec d'autres initiatives en matière de santé mondiale qui soutiendraient le mieux l'action de l'Union européenne ?
Objectifs de la révision ?

Contexte

Liens vers les [discussions antérieures du Conseil exécutif et/ou de l'Assemblée mondiale de la santé sur le droit universel à la santé](#)

En novembre 2020, la DG a annoncé que l'examen universel de la santé et de la préparation serait une initiative menée par les États membres.

La résolution WHA74.7 (2021) demande au DG 'élaborer une note conceptuelle détaillée pour guider une phase pilote volontaire de l'examen universel de la santé et de la préparation (ci-après "l'examen"), sur la base des principes de transparence et d'inclusivité.

Une note conceptuelle a ensuite été soumise à 'AMS75, qui en a pris note ; cette note conceptuelle a servi de base à l'élaboration de la présente révision.

L'Assemblée mondiale de la santé 77 a pris note des progrès accomplis et, par la décision WHA77(10) (2024), a demandé à la DG, en consultation avec les États membres, de continuer à développer la phase pilote volontaire de l'examen, y compris l'examen pilote mondial par les pairs, et de faire rapport à l'Assemblée mondiale de la santé 87, par l'intermédiaire de l'EB156, sur les enseignements tirés, les implications, les avantages, les défis et les options pour les prochaines étapes. Le présent rapport répond à cette demande.

À ce jour, huit pays ont achevé le processus d'examen national dans le cadre de l'examen, dont trois ont terminé l'étape de l'examen global par les pairs. Il s'agit de la République , de l'Irak, de la Thaïlande, du Portugal, de la Sierra Leone, de la République du Congo, du Cameroun et de la République-Unie de Tanzanie. Cette phase pilote volontaire a contribué à la compilation des meilleures pratiques et des enseignements tirés de l'expérience.

Défis (citation du document)

En tant que processus mené par les États membres, l'examen a dû relever des défis pour mobiliser les ressources, l'attention et l'engagement politique. Les contraintes de temps associées à programme de santé mondial chargé, aux négociations en cours et aux multiples réformes, ainsi que le statut de phase pilote de l'examen, ont contribué à des niveaux variables d'engagement de la part des États membres.

La longueur de phase d'examen précédant l'examen global par les pairs, qui peut durer plusieurs mois, a parfois été perçue comme un facteur de dissuasion. L'une des préoccupations concerne l'élan et l'engagement nécessaires pour mener à bien le processus.

Avantages (sur la base des déclarations des États membres)

Le rapport contient des termes élogieux sur les avantages de l'examen, déclarant que "le processus d'examen a permis d'améliorer la sécurité sanitaire mondiale et la gouvernance en renforçant la solidarité, l'inclusivité et le respect des droits de l'homme.

Toutefois, il parle surtout de l'impact du processus au national, notamment :

- le succès des processus de haut niveau dans la facilitation des dialogues multisectoriels au niveau national qui encouragent l'adhésion et l'appropriation par les politiciens de haut niveau, une plus grande influence des ministères de la santé au sein de la direction nationale et une plus grande promotion de la sécurité sanitaire en que priorité nationale ;
- une meilleure appréciation des approches de l'ensemble du gouvernement et de l'ensemble de la société
- une meilleure compréhension des besoins d'investissement et des défis en matière de financement,

Le rapport affirme que l'examen a contribué à "promouvoir davantage la solidarité, le dialogue et la coopération aux niveaux national, régional et mondial afin de faciliter l'apprentissage par les pairs et l'échange des meilleures pratiques et des enseignements tirés". Au paragraphe 15, le document indique à nouveau que "le processus d'examen a favorisé la collaboration en facilitant le dialogue entre les États membres et par l'intermédiaire des organes régionaux. En particulier, l'examen mondial par les pairs a permis un dialogue mondial dans un esprit de solidarité mondiale, en renforçant les partenariats et en promouvant le partage des meilleures pratiques et des enseignements tirés".

Commentaire PHM

Le document ne contient que peu d'informations sur les succès du processus de révision.

Toutefois, un lien vers le "[Rapport final](#) de l'examen de la santé et de la préparation universelles" a été créé.

Global Peer Review" est inclus dans la note de bas de page 3. On peut supposer que ce rapport éclaire l'analyse contenue dans le document

EB156/21.

Les données figurant dans le rapport sur les résultats sont en grande partie fournies par les États membres qui participent au processus d'examen. Si les États membres se félicitent de leur participation au processus d'examen et estiment qu'elle a renforcé leur capacité à sortir des cloisonnements sectoriels au niveau national, qu'elle contribue à créer un soutien politique de haut niveau pour les initiatives de préparation et qu'elle favorise la coopération au niveau régional, il est difficile de savoir dans quelle mesure ces données ont été recueillies.

Dans la pratique, ces avantages ne se traduisent pas par une meilleure "préparation" à la réponse aux menaces pour la sécurité sanitaire - surtout en l'absence de l'institutionnalisation des types de mesures concrètes d'équité préconisées par le Groupe africain et le Groupe pour l'équité dans les négociations de l'accord sur les pandémies.

Il est demandé au Conseil de fournir des conseils et un retour d'information sur les "partenariats et les collaborations avec d'autres initiatives de santé mondiale" qui soutiendraient les objectifs de l'examen. Il est intéressant de constater que l'implication des "initiatives mondiales en matière de santé" dans les questions de préparation est présumée aller de soi, compte tenu notamment des critiques formulées dans la littérature académique et par les praticiens, selon lesquelles elles sapent parfois le contrôle national sur les efforts de réponse aux situations d'urgence et affaiblissent les systèmes de santé nationaux en les fragmentant/institutionnalisant des approches cloisonnées de la gouvernance nationale en matière de santé (plutôt que des approches de l'ensemble de la société et de l'ensemble du gouvernement).

La colonialité de la santé mondiale

À partir de 2008, lorsque le RSI (2005) est entré en vigueur, les critiques se sont multipliées à l'encontre des pays - principalement des pays à faible revenu - qui n'avaient pas mis en œuvre les capacités de base requises. À partir de 2014, les critiques ont été remplacées par des mesures visant à mettre en place des inspections externes, initialement volontaires, afin de responsabiliser les contrevenants. L'évaluation externe conjointe en a été la première itération ; elle est aujourd'hui intégrée à l'examen de la préparation sanitaire universelle.

La responsabilité des pays vis-à-vis de la "communauté internationale" est importante, en ce qui concerne la sécurité sanitaire mondiale comme à bien d'autres égards. Toutefois, l'évaluation de cette histoire de pointer du doigt et de pression diplomatique en ce qui concerne les capacités essentielles doit tenir compte de certaines questions plus larges.

Dans notre [note d'information sur la responsabilité des capacités essentielles](#), nous examinons les coûts d'opportunité des capacités essentielles, le manque de responsabilité du Nord mondial face aux menaces croissantes qui pèsent sur la sécurité sanitaire mondiale, et la colonialité de la santé mondiale. ([PDF](#) complet [ici](#).)

Point 20 L'impact des produits chimiques, des déchets et de la pollution sur la santé humaine

En ligne de mire

Dans la résolution [WHA76.17](#) (2023), l'Assemblée de la Santé a demandé au Directeur général de présenter un rapport sur les résultats du processus intersessions visant à préparer des recommandations sur l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques et la gestion rationnelle des produits chimiques et des déchets au-delà de 2020, pour examen par la soixante-dix-huitième Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil, ainsi qu'un rapport sur toute mise à jour nécessaire de la feuille de route de l'OMS afin de renforcer l'engagement du secteur de la santé dans le nouvel instrument.

Le rapport demandé dans l'OP4(9) de WHA76.17 est fourni dans le document [EB156/23](#). Au paragraphe 27 du document EB156/23, Conseil est invité à prendre note du rapport et à l'examiner :

- comment répondre à l'invitation faite par la Conférence internationale sur la gestion des produits chimiques aux organes directeurs d'approuver ou de reconnaître et de soutenir de manière appropriée cadre ([ICCM5, V/6](#)) et quelles mesures pourraient être prises pour renforcer la coopération et la coordination entre l'OMS et les ministères de la santé, ainsi que la mise en œuvre du cadre ; et
- les mesures qui pourraient être prises pour soutenir le renforcement de la surveillance sanitaire, de la biosurveillance et des centres antipoison aux niveaux national et régional afin d'accorder une plus grande priorité à ces domaines lors de la mise à jour de la feuille de route de l'OMS sur les produits chimiques (conformément à la demande formulée [lors de la cinquième réunion de la Conférence internationale des ministres des affaires étrangères, V/10](#)).

Contexte

Liens vers les [discussions antérieures du Conseil exécutif et/ou de l'Assemblée mondiale de la santé sur les produits chimiques, la SAICM ou l'environnement](#) [Page d'accueil de l'unité de sécurité et de santé des produits chimiques de l'OMS](#)

[Feuille de route sur les produits chimiques](#) (A70/36, [WHA70\(23\)](#), mai 2017)

[Réseau mondial de l'OMS sur les produits chimiques et la santé](#)

[Programme interorganisations pour la gestion rationnelle des produits chimiques](#)

[Cadre mondial sur les produits chimiques](#) (adopté par l'ICCM5, novembre 2023)

[Rapport de réunion de la cinquième session de la Conférence internationale sur la gestion des produits chimiques \(novembre 2023\)](#) (voir liste des résolutions à partir de la [page 22](#))

Commentaire PHM

Il s'agit d'un point important ; l'impact des produits chimiques sur la santé humaine et sur les valeurs environnementales au sens large est énorme mais mal réglementé. Cependant, les questions sont complexes et sont présentées dans le document EB156/23, presque entièrement en termes de structures, de relations et d'activités institutionnelles.

Pour ancrer ce point dans l'urgence de la gestion des produits chimiques, le document aurait pu fournir un peu plus de détails sur la façon dont la situation est devenue incontrôlable. Les niveaux de protection de la santé humaine et de l'environnement sont inadéquats et insuffisants par rapport aux niveaux de risque évidents de dommages pour les générations actuelles et futures. Les membres du conseil d'administration sont invités à examiner [l'impact sur la santé publique des substances chimiques 2019](#) et

Il faut également tenir compte de la pollution des [sols](#) et de l'[eau](#) et de la perte de biodiversité consécutive à l'exposition aux produits chimiques, y compris la [perte de populations d'insectes](#).

Le cadre n'aborde pas suffisamment les inégalités mondiales qui augmentent à mesure que le Nord mondial externalise son industrie et son approvisionnement alimentaire vers les pays à faible revenu où les protections de la santé et de l'environnement sont faibles ou inexistantes. Les entreprises font généralement pression sur les travailleurs pour qu'ils acceptent les expositions et les risques sanitaires comme conditions d'emploi.

Le cadre ne va pas loin dans le renforcement de la protection de la santé humaine et de l'environnement contre les effets néfastes des produits chimiques. Il convient d'accorder une plus grande attention aux voies d'exposition :

- expositions directes sur le lieu de travail ou à la maison - par l'application ou l'utilisation de produits chimiques
- exposition des communautés à la contamination environnementale des cours d'eau, des sols et des océans
- expositions intergénérationnelles . . . par la fragmentation de l'ADN, les anomalies chromosomiques et les altérations de l'expression des gènes ;
- contamination de l'environnement par l'ingestion d'aliments, d'eau et d'air ; contamination de l'environnement **IS** un problème de santé

Ce rapport ne mentionne pas non plus la politique de réglementation des produits chimiques et l'implication des sociétés transnationales et de leurs alliés nationaux dans l'opposition à une réglementation efficace. Les États-Unis et l'Australie ont été parmi les principaux bloqueurs lors de l'ICCM5.

Au paragraphe 6, le document EB156/23 qualifie le cadre mondial sur les produits chimiques d'"accord volontaire, multipartite et multisectoriel". [Les multiples parties prenantes](#) comprennent un large éventail d'entités du secteur privé issues des industries chimique, minière, pétrochimique, automobile, financière, agricole et autres. Il semble qu'aucun représentant de la Convention sur la biodiversité n'ait assisté à la CICM5.

PHM demande instamment à l'OMS de s'efforcer d'accroître la participation des L&MIC et des ONG actives dans le domaine de la santé et de l'environnement aux futures conférences internationales sur la gestion des produits chimiques.

Il y avait de nombreux représentants de l'industrie chimique à la CICM5 alors que les organisations de santé et de protection de l'environnement n'avaient souvent qu'un ou deux représentants. Alors que les représentants de l'industrie chimique sont financés par l'industrie, les ONG de santé et de protection de l'environnement ne disposent généralement pas des fonds à une participation efficace ou au financement d'une contribution approfondie, de la rédaction et de l'examen des documents. **L'engagement du secteur de la santé doit être financé.**

Le cadre comprend de nombreux objectifs et cibles admirables, mais suivi, bien des égards, dépendra de la bonne volonté des entreprises et le respect sera volontaire. Les groupes d'intérêt des entreprises seront libres de participer à des programmes visant à promouvoir la mise en œuvre.

Le cadre ne mentionne pas le principe de précaution. Ce n'est pas un hasard : l'industrie et ses alliés se sont opposés à son inclusion.

Ces limites encadrent les décisions immédiates demandées au conseil d'administration.

- Au paragraphe 8 du document EB156/23, le Conseil d'administration est invité à "approuver ou reconnaître et soutenir de manière appropriée le Cadre, en vue d'envisager, dans le cadre de leurs mandats respectifs, l'intégration dans leurs programmes de travail d'activités se renforçant mutuellement et contribuant également à la réalisation des objectifs stratégiques et des cibles du Cadre" ;

- Aux paragraphes 18 à 20, le Conseil est invité à approuver la mise à jour de la feuille de route de l'OMS sur les produits chimiques comme suit esquissée.
- Aux paragraphes 21 à 23, le Conseil est invité à approuver la pleine participation de l'OMS à la politique scientifique.
Panel en association avec le PNUE et conformément aux détails fournis dans le document EB156/23.

Approuver le cadre

Malgré ces limites, PHM soutient l'OMS dans l'approbation du cadre, la mise à jour de la feuille de route et la participation pleine et entière au groupe de politique scientifique. Toutefois, PHM demande instamment au Conseil d'administration 'insister pour que la participation de l'OMS aux "activités de soutien mutuel" et au groupe d'orientation scientifique soit pleinement alignée sur le cadre d'engagement avec les acteurs non étatiques.

PHM demande instamment au Conseil d'administration de demander à la DG de veiller à ce que le renforcement de la santé et de la protection de l'environnement se traduise par une amélioration de la qualité de l'environnement. La protection contre les effets nocifs des produits chimiques est un objectif permanent de l'engagement de l'OMS dans le cadre.

Surveillance et contrôle

Les pays en développement ont besoin d'un soutien financier pour mettre en œuvre des programmes de surveillance et de biosurveillance de manière régulière et épisodique. L'OMS doit être félicitée pour avoir tenté d'étendre ces programmes.

La surveillance et le contrôle biologique devraient des éléments fondamentaux de la protection de la santé, tous les pays devraient avoir accès aux résultats.

Rapport sur les incidences des substances chimiques, des déchets et de la pollution sur la santé humaine

La résolution [WHA76.17](#) (2023) est une résolution de grande envergure qui adresse un certain nombre de demandes à la DG, y compris le paragraphe 4(9) du dispositif qui est cité dans l'ordre du jour annoté et au paragraphe 1 du document [EB156/23](#) et reproduit ci-dessus. Cependant, WHA76.17 a fait une série d'autres demandes à la DG, y compris une demande de rapport sur la mise en œuvre de l'ensemble de la résolution à soumettre à WHA78 par l'intermédiaire de EB156.

L'OP4(1) de l'AMS76.17 demandait à la DG de "publier un rapport comprenant des évaluations et des conclusions fondées sur la science et le risque concernant les implications des produits chimiques, des déchets et de la pollution sur la santé humaine, ainsi qu'un rapport sur les lacunes existantes en matière de données ...".

Il n'y a aucune référence à un tel rapport. Les membres du conseil d'administration sont invités à demander une mise à jour sur la préparation de ce rapport.

Point 21 Feuille de route actualisée pour une réponse mondiale renforcée aux effets néfastes de la pollution atmosphérique sur la santé

En ligne de mire

La feuille de route pour meilleure réponse mondiale aux effets néfastes de la pollution de l'air sur la santé fournit un mécanisme pour la réponse du secteur de la santé aux effets de la pollution de l'air sur la santé par la synthèse des connaissances, l'amélioration de la surveillance, le renforcement des capacités institutionnelles et le rôle de chef de file mondial. Le rapport du directeur général ([EB156/24](#)) couvre la mise en œuvre de la feuille de route, ses mises à jour et son alignement sur les priorités de l'organisation.

Contexte

Liens vers les [discussions antérieures du Conseil exécutif et/ou de l'Assemblée mondiale de la santé sur la pollution de l'air](#) Voir [la page thématique de l'OMS sur la pollution de l'air](#)

[Observatoire mondial de la santé sur la pollution atmosphérique](#)

Rapport de l'OMS sur la [mortalité attribuable à la pollution atmosphérique](#)

Annonce de la [deuxième conférence mondiale sur la pollution atmosphérique](#) à Cartagena (Colombie) du 25 au 27 mars 2025

Commentaire PHM

PHM félicite le Secrétariat pour son rapport très constructif ([EB156/24](#)) et exhorte les Etats membres à soutenir la proposition de mise à jour et d'extension de la feuille de route.

Le document EB156/24 reconnaît l'énorme charge de morbidité associée à la pollution de l'air et passe en revue les principaux processus à l'origine de cette pollution. Le document EB156/24 est étayé par le rapport 2024 de l'OMS sur la [mortalité imputable à la pollution atmosphérique](#), qui devrait faire l'objet d'une large publicité.

La pollution de l'air a fait l'objet de vives controverses lors discussions de première édition de feuille de route au sein de l'EB136 et de l'WHA68 (voir les références au débat dans le [commentaire de PHM à l'WHA68](#)). Les questions clés qui ont été débattues sont les suivantes

- nommer le diesel et le charbon (opposition de l'Arabie saoudite) ;
- lier la lutte contre la pollution atmosphérique à la lutte contre les émissions de gaz à effet de serre (opposition de l'Arabie saoudite) ;
- l'exploration de l'utilisation des flexibilités de l'ADPIC dans le déploiement de nouvelles technologies dans les pays en développement (proposition de l'Inde et de l'Égypte ; opposition des États-Unis, de l'UE, de la Norvège, de la Suisse et de Monaco) ; et
- diverses références au transfert de technologie et au financement du transfert de technologie.

Alors que les combustibles fossiles sont cités dans le document EB156/24, y compris les avantages connexes pour la santé de l'atténuation du réchauffement climatique, il n'y a aucune discussion sur la nécessité de soutenir le transfert de technologie en ce qui concerne les technologies renouvelables ou l'utilisation des flexibilités de l'ADPIC pour faciliter l'accès à ces technologies.

L'innovation technique et l'introduction de technologies propres dans la production d'électricité et les transports nécessitent des investissements massifs et des environnements politiques recadrés (réglementation, incitations, subventions, etc.).

Les sociétés transnationales contrôlent dans une large mesure les flux de fonds destinés à la R&D et à la production d'énergies renouvelables ; environnement politique mondial qui façonne ces flux d'investissement est un déterminant majeur de l'action en matière d'énergie propre.

Les entreprises du secteur des combustibles fossiles (ainsi que leurs actionnaires et les hommes politiques qui les représentent) ont activement cherché à empêcher les investissements dans les énergies et les transports propres et à empêcher la réforme des environnements politiques (qui déterminent les investissements).

Les régimes de brevets à faible niveau de protection et à protection élevée, associés à des dispositions strictes en matière de protection des investisseurs, constituent ensemble un obstacle majeur au déploiement par les gouvernements des pays les plus pauvres de technologies avancées en matière d'énergie et de transport propres. L'accès des gouvernements des pays à faible revenu aux technologies avancées en matière d'énergie propre peut être facilité par la mobilisation de fonds internationaux et/ou par l'abaissement des barrières de propriété intellectuelle ; cette dernière solution est plus durable et moins exposée à des distorsions de la part d'intérêts particuliers.

PHM demande instamment aux États membres d'appeler à une approche plus stratégique et plus ciblée des déterminants fondamentaux de la pollution de l'air. Cette approche devrait inclure

- Collaboration avec la CNUCED pour définir les environnements politiques qui déterminent les investissements dans les énergies et les transports propres et recommander la manière dont ils pourraient réformés ; cette collaboration devrait inclure des études de cas portant sur des industries, des entreprises et des pays particuliers ;
- Collaboration avec l'OMPI et l'OMC pour définir la manière dont les accords d'intégration économique (en particulier les dispositions relatives à la propriété intellectuelle et à l'ISDS) déterminent l'accès des gouvernements des pays en développement aux technologies énergétiques propres et quelles dispositions de ces accords seraient nécessaires pour surmonter ces obstacles ;
- Partenariats avec des organisations de la société civile, telles que Corporate Accountability International, pour dénoncer le rôle de la désinformation, de la corruption et de l'intimidation dans les stratégies défensives de l'industrie des combustibles fossiles.

L'un des points forts de la feuille de route révisée est l'accent mis sur la compréhension et le soutien de la société civile pour changements demandés, et la reconnaissance du pouvoir potentiel du secteur de la santé (praticiens, agences, décideurs politiques) pour aider à créer cette base de la société civile en faveur du changement.

La première itération de feuille de route suggérait la possibilité d'organiser une conférence mondiale sur la pollution de l'air. [Cette conférence](#) s'est tenue du 30 octobre au 1er novembre 2018 à Genève.

[La deuxième conférence mondiale](#) aura lieu à Cartagena, en Colombie, du 25 au 27 mars 2025. PHM exhorte les États membres et les organisations de la société civile à soutenir cette conférence qui donnera l'impulsion nécessaire à l'action mondiale contre la pollution de l'air.

Point 22 : Changement climatique et santé

En ligne de mire

Conformément à la demande formulée dans la résolution [WHA77.14](#) (2024), le Directeur général présentera un rapport ([EB156/25](#)) sur la mise en œuvre de la résolution et fournira un projet de plan d'action mondial de l'OMS sur le changement climatique et la santé. Le Conseil sera invité à donner son avis sur ce plan, qui sera examiné par la soixante-dix-huitième Assemblée mondiale de la Santé.

Contexte

[Liens vers les discussions antérieures du Conseil exécutif et du Conseil de la santé sur le changement climatique](#) [Page thématique de l'OMS sur le changement climatique](#)

Commentaire PHM

Ce projet de plan d'action mondial est décevant. Il est faible. PHM demande instamment au Conseil d'administration de renvoyer le projet au Secrétariat avec les demandes suivantes :

- Expliquer plus clairement l'urgence d'agir face au réchauffement climatique ;
- Affirmer que le réchauffement climatique fait partie d'une polycrise mondiale comprenant la perte de biodiversité, la dégradation de l'environnement, le dépassement des frontières planétaires et l'aggravation des inégalités économiques ;
- Exiger la justice climatique ;
- Nommez l'opposition ;
- Mobiliser le pouvoir populaire ;
- Utiliser les menaces qui pèsent sur la santé pour encourager la mobilisation de la société civile ;
- Utiliser l'action sur les émissions du secteur de la santé pour mobiliser les professionnels de la santé afin qu'ils exigent des mesures urgentes et suffisantes en matière d'atténuation et d'adaptation ;
- Abandonner la bureaucratie intergouvernementale.

Expliquer clairement l'urgence d'agir face au réchauffement climatique

Ce projet de plan d'action mondial n'a pas de caractère d'urgence, mais c'est justement de l'urgence dont avons besoin. Si les choses ne commencent pas à bouger très vite en matière d'atténuation et d'adaptation, il sera trop tard/trop difficile d'agir.

L'ampleur de menace, l'énormité de la menace qui pèse sur l'existence humaine, est brouillée par la bureaucratie de ce projet de plan d'action.

La majeure partie du document porte sur le processus (leadership, coordination, plaidoyer, responsabilisation, information, engagement, base de données, programme de recherche, suivi des progrès, plans et stratégies, etc. etc.) Les enjeux et les mesures à prendre (atténuation et adaptation) sont flous.

Il est surprenant que ce projet de plan d'action soit si piéton car la résolution originale ([WHA77.14](#)) était beaucoup plus claire dans sa reconnaissance de la polycrise plus large et de la menace existentielle qui pèse sur l'humanité. Les paragraphes du préambule de la résolution exposent clairement la réalité actuelle et la menace future du réchauffement climatique, y compris pour la santé ; ils soulignent la nécessité d'augmenter les transferts financiers pour soutenir l'adaptation dans les pays en développement ; et rappellent l'article 2, paragraphe 2, de l'accord de Paris sur le changement climatique.

L'accord prévoit que "l'accord sera mis en œuvre de manière à refléter l'équité et le principe d'égalité entre les hommes et les femmes".

de responsabilités communes mais différenciées et de capacités respectives, à la lumière des différents contextes nationaux. circonstances".

Affirmer que le réchauffement climatique fait partie d'une polycrise mondiale comprenant la perte de biodiversité, la dégradation de l'environnement, le dépassement des frontières planétaires et l'aggravation des inégalités économiques.

Les menaces qui pèsent sur l'humanité - la perte de biodiversité, le réchauffement climatique et la dégradation des écosystèmes - ne doivent pas être isolées, car les stratégies de redressement doivent prendre en compte l'ensemble de ces menaces.

Le document préparé pour l'EB154 ([EB154/25](#)) met en évidence les voies et les choix à l'origine de la crise climatique, ainsi que les impacts 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, une inactivité physique et des accidents de la route.

Ces effets parallèles du réchauffement climatique et de l'impact direct sur la santé sont importants parce qu'ils sont à la base de l'élaboration des politiques de santé. la logique de l'argument du "co-bénéfice", voir ci-dessous.

Exiger la justice climatique

Le projet de plan d'action reconnaît le changement climatique comme "une menace fondamentale pour la santé humaine [qui] 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, résistants au climat et durables sur le plan environnemental, et améliorer la santé, tout en limitant le réchauffement de la planète à la limite convenue de 1,5°C".

Le projet de plan d'action prend acte de l'impact différentiel du réchauffement climatique, les pays à faible et moyen revenu étant les plus touchés, mais il ne reconnaît pas que plupart des efforts d'atténuation doivent venir des pollueurs passés et présents. Si les pays à faible revenu ont besoin d'un soutien considérable pour s'adapter, la contribution qu'ils peuvent apporter à l'atténuation est moindre. Les pays à revenu élevé doivent s'engager à fournir des transferts financiers pour soutenir l'adaptation et l'atténuation.

La justice climatique exige également que les personnes pauvres et marginalisées qui subissent les conséquences des inondations, de la chaleur insupportable et de la faim, soient prioritaires dans l'action climatique mondiale, et par le biais de la justice économique, et non seulement protégées contre les pires effets du réchauffement de la planète.

Le projet de plan d'action mentionne la "justice environnementale", mais il n'y a aucune mention des différentes capacités et responsabilités historiques (et donc des responsabilités/charges différenciées) des pays développés par rapport aux pays en développement en matière d'atténuation du changement climatique et d'adaptation à ses effets. Le fardeau de la pauvreté énergétique et de la vulnérabilité aux effets du réchauffement climatique pèse de manière disproportionnée sur les pays du Sud contrairement aux émissions cumulées et à la richesse disproportionnée des pays du Nord. Ce contraste sous-tend l'appel à l'acceptation de responsabilités communes mais différenciées dans un souci de justice environnementale.

PHM demande instamment aux membres du Conseil d'administration d'insister pour que *les responsabilités communes mais différenciées* soient incluses dans la section "Principes" du projet de plan d'action mondial.

L'ensemble du rapport s'écarte de la perspective de la justice climatique et s'en tient trop à l'idée que "le monde est " romance.

Nommez l'opposition

La proposition selon laquelle existe un "consensus mondial sur le fait que le changement climatique constitue une menace profonde pour la santé humaine" donne une fausse image de la réalité. L'élection de Trump aux États-Unis et la décision de se retirer de l'Accord de Paris illustrent l'importance de cartographier l'opposition et d'inclure des stratégies pour imposer une action contre le réchauffement climatique.

Le rôle des entreprises de combustibles fossiles dans la promotion du négationnisme et l'achat de pouvoir politique pour retarder l'action doit être reconnu. L'ambivalence des gouvernements, qui sont dépendants des recettes d'exportation du pétrole, du charbon et du gaz, doit également être prise en compte.

Le concept de colonialité rappelle la déshumanisation raciale des peuples asservis et colonisés dans le cadre de la naturalisation de l'oppression et de l'exploitation ; la naturalisation du mépris de l'autre objectif. C'est ce qui se passe aujourd'hui dans le mouvement de dénégation et de retardement.

Les États-Unis sont le principal obstacle, compte tenu de leur contribution historique disproportionnée aux émissions de gaz à effet de serre. Leur opposition à une action efficace est soulignée par leur retrait de l'accord de Paris. Voir [Kanitkar \(2025\)](#) pour un commentaire récent de l'Inde.

L'attrait du déni et des retards dans les pays à hauts revenus repose en partie sur la fausse sécurité de la "communauté fermée" ; la richesse permet d'acheter une protection (climatiseurs, véhicules électriques, usines de désalinisation et peut-être géoingénierie).

Un plan d'action qui ne dresse pas la carte de l'opposition et ne prévoit pas de plan pour la surmonter n'est pas stratégique.

Mobiliser le pouvoir populaire

Toute stratégie visant à résoudre la crise climatique, environnementale et sanitaire doit inclure la mobilisation du pouvoir populaire, la promotion de la lutte par le bas avec les travailleurs, les peuples indigènes, les paysans, les processus populaires urbains et les intellectuels engagés dans la construction systématique d'un agenda écologique, une civilisation de l'environnement et de la santé qui nous permet de transformer "la façon dont nous vivons, travaillons, produisons", consommer et gouverner" (extrait de la [stratégie mondiale de l'OMS sur la santé, l'environnement et le changement climatique](#)).

Dans la perspective de la COP 30 qui se tiendra en novembre de cette année au Brésil, PHM appelle à une COP alternative populaire à Belém del Pará afin d'établir programme et une alliance mondiale de la société civile, avec des ramifications régionales et nationales. Cette alliance renforcera le leadership, l'autonomie, la participation diversifiée et encouragera la mobilisation la plus large et la capacité de défense de l'environnement, du climat et de la santé dans la société.

PHM appelle à un plan d'action mondial qui renforce techniquement, scientifiquement, culturellement et politiquement les peuples et les communautés des territoires et des régions, ainsi que les gouvernements engagés dans la construction d'un monde multipolaire avancé. Cela nous permettra d'obtenir la volonté politique nécessaire pour aller vers un système écosocialiste de bonne vie et une réforme démocratique substantielle de l'ONU, y compris le renforcement de l'autonomie, du leadership et du financement de l'OMS.

PHM demande au Conseil exécutif de demander au Secrétariat de réorienter le plan d'action mondial afin d'obtenir un soutien politique et financier pour une telle alliance, de contribuer à sensibiliser les citoyens à l'impact du changement climatique sur la santé et de promouvoir leur participation aux décisions qui conduisent à atténuer ses effets et à supprimer ses causes structurelles.

L'OMS doit ouvrir des espaces plus larges, inclusifs, significatifs, transparents et opportuns pour la participation de la société civile aux processus qui conduisent aux résolutions et décisions de l'AMS et de ses sections régionales et nationales. Élargir et légitimer l'inclusion et la représentation des organisations de la société civile

et les mouvements au sein du [groupe de travail OMS-société civile pour l'action sur le changement climatique et la santé](#) et faciliter leur participation aux réunions.

Utiliser les menaces qui pèsent sur la santé pour encourager les demandes de la société civile

Le projet de plan d'action mondial contient plusieurs références au changement climatique et à la santé, comme si le Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat ne s' pas préoccupé de la santé humaine. Des passages tels que "la crise climatique est une crise sanitaire mondiale" et "le changement climatique constitue une menace profonde pour la santé humaine" sont également mentionnés.

la santé humaine" reflètent le fait que le Secrétariat s'en tient étroitement à son mandat constitutionnel, en anticipant les problèmes de santé publique.

les accusations de certains États membres selon lesquelles elle outrepasserait son mandat.

"Promouvoir la prise en compte de la santé au sein des conférences des parties à la convention-cadre des Nations unies sur les changements climatiques" implique que les conférences des parties ont négligé la santé.

orientation timide centrée sur la santé érousse l'orientation plus stratégique qui consiste à mettre l'accent sur les conséquences sanitaires du réchauffement de la planète et sur les avantages connexes pour la santé de l'action sur le changement climatique, y compris l'atténuation et l'adaptation, dans le cadre de la création d'un groupe d'intérêt en faveur du changement.

Le réchauffement climatique, en tant que menace existentielle pour l'humanité, éclipse les menaces spécifiques pour la santé. Cependant, mettre l'accent sur les menaces pour la santé et les avantages connexes des technologies respectueuses du climat reste dans le cadre du mandat constitutionnel, mais peut contribuer de manière plus stratégique à la mobilisation en faveur de l'action.

EB154/25 a identifié 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 sauvegarder conjointement les éléments clés de l'environnement déterminants.

Cette orientation plus stratégique semble s'être estompée dans le projet actuel de plan d'action global.

Utiliser l'action sur les émissions du secteur de la santé pour mobiliser les professionnels de la santé afin qu'ils exigent des mesures urgentes et suffisantes en matière d'atténuation et d'adaptation.

Le plan d'action mondial consacre une place considérable aux mesures prises dans le secteur de la santé pour réduire les émissions de ce secteur. Cet objectif est important, même s'il devrait être élargi à la réduction de l'empreinte environnementale en général. Cependant, il est présenté simplement comme le secteur de la santé partageant le fardeau de l'atténuation.

Ce qui manque, c'est l'accent mis sur l'utilisation du secteur de la santé pour pousser à l'action partout ailleurs.

Le document préparé pour l'EB154 ([EB154/2](#)) reconnaît l'importance du pouvoir populaire pour vaincre la résistance aux combustibles fossiles et pour faire pression en faveur d'un financement adéquat et équitable de l'adaptation. L'approche des soins de santé primaires, élaborée à Alma-Ata, envisage un "partenariat 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. Cette perspective est absente du projet de plan d'action mondial.

Une part importante de la population travaille dans le secteur des soins de santé ; il s'agit en grande majorité de personnes qui s'occupent de personnes âgées.

sur le bien-être et la santé de leur communauté, y compris sur la menace du réchauffement climatique. Il existe déjà des

une myriade d'organisations et de réseaux nés au sein du système de santé qui défendent et se mobilisent contre le réchauffement climatique.

PHM demande instamment à l'OMS d'étudier d'autres actions susceptibles de tirer parti de ce partenariat communautaire pour la santé dans différents districts et 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 les pratiques médicales privées. 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'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.) et de l'action sur les déterminants sociaux de la santé, y compris le réchauffement de la planète.

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 garantir l'engagement de la communauté de la santé. Une telle participation peut donner un contexte global à des luttes localisées.

Abandonner la bureaucratie intergouvernementale

Le projet de plan d'action mondial souffre de l'effet paralysant du bla-bla intergouvernemental.

De nombreux points raisonnables sont soulevés, mais les domaines dans lesquels l'OMS pourrait apporter une réelle contribution se perdent dans les mots ou ne sont pas mentionnés parce qu'une déclaration explicite les ferait sombrer sur le plan politique.

Ce qui laisse perplexe, c'est que les [documents EB154/25](#) et [WHA77.14](#) proposent tous deux une voie plus audacieuse et plus explicite que ce projet de plan d'action mondial.

PHM demande instamment au Conseil exécutif de demander au Secrétariat de le retravailler avant de le soumettre à l'Assemblée de la Santé :

- Expliquer plus clairement l'urgence d'agir face au réchauffement climatique ;
- Affirmer que le réchauffement climatique fait partie d'une polycrise mondiale comprenant la perte de biodiversité, la dégradation de l'environnement, le dépassement des frontières planétaires et l'aggravation des inégalités économiques ;
- Exigez la justice climatique ;
- Nommez l'opposition ;
- Mobiliser le pouvoir populaire ;
- Utiliser les menaces qui pèsent sur la santé pour encourager la mobilisation de la société civile ;

- Utiliser l'action sur les émissions du secteur de la santé pour mobiliser les professionnels de la santé afin qu'ils exigent des mesures urgentes et suffisantes en matière d'atténuation et d'adaptation ;
- Abandonner la bureaucratie intergouvernementale.

Point 23.1 Financement et mise en œuvre du budget du programme 2024-2025

En ligne de mire

Le Directeur général fait rapport sur le financement et la mise en œuvre budget-programme 2024-2025 (dans [EB156/26 Rev.1](#)). Le Conseil est invité à prendre note du rapport et à fournir des orientations supplémentaires.

Conformément à la décision [WHA69\(8\)](#) (2016), un document d'information ([EB156/INF./1](#)) contenant les conclusions préliminaires du rapport sur la présence de l'OMS dans les pays en 2025, mettant en évidence les progrès accomplis dans le renforcement des bureaux de l'OMS dans les pays, est publié.

Contexte

Liens vers les [discussions antérieures du Conseil exécutif et/ou de l'Assemblée mondiale de la santé sur PB24-25](#)

Commentaire PHM

La crise financière de l'OMS se poursuit, même si elle est légèrement atténuée par l'augmentation des CA. Les CV restent la plupart d'entre eux sont étroitement liés à l'oreille. Le retrait des États-Unis laissera un trou de 768 millions de dollars dans un budget total de 6834 millions de dollars.

Le rapport note que quatre priorités stratégiques qui guident le segment de base n'attirent pas autant de fonds les unes que les autres - la préférence pour les programmes axés sur des maladies spécifiques et les systèmes de santé se maintient.

Les priorités techniques 2 et 3 ne font l'objet que de "projets de contributions volontaires minimales".

La carte thermique (Fig. 7, lire en référence à l'annexe 1) décrit l'état particulièrement précaire de la réduction des difficultés financières (SP1.2) ; des pays préparés aux urgences (SP2.1) ; de la détection et de la réponse aux urgences (SP2.3) ; des facteurs de risque (SP3.2) ; et de la capacité des pays en matière de données (SP4.1).

Les dépenses sont en hausse, qui est une bonne chose car cela suggère que les efforts Secrétariat pour augmenter les fonds flexibles et prévisibles ont un effet positif. Cela dit, le déclin des dépenses thématiques (de l'augmentation des CV (de 310 millions de dollars à 183 millions de dollars) et des prévisions (de 243 millions de dollars à 182 millions de dollars) est préoccupante. Le message est que les donateurs doivent augmenter la quantité et la qualité de leurs contributions volontaires.

En 20/21, la DG

"L'OMS a déclaré que la dépendance de l'OMS à l'égard des contributions volontaires pour financer plus de 80 % du budget du programme approuvé menace sa capacité à fournir le travail normatif impartial et de classe mondiale que les États membres attendent. Avec plus de 2000 récompenses assorties d'exigences différentes en matière de rapports, les efforts constants de collecte de fonds et de gestion des contributions détournent l'attention et les ressources du travail technique, que le président du Comité consultatif indépendant de supervision a identifié comme la principale source d'inefficacité" [WGSF/4/3](#), 27 septembre 2021.

La dépendance à l'égard des donateurs incite les départements à rivaliser pour attirer l'attention des donateurs (ce qui fragmente l'image de marque de l'organisation). cohérence des travaux du Secrétariat). La recherche de fonds auprès d'entités du secteur privé augmente le risque de conflits d'intérêts. Le nouveau projet "Santé mentale et connexion sociale" (point 8) semble avoir été conçu en fonction de l'intérêt du secteur mondial des technologies de l'information pour la promotion d'interventions numériques visant à réduire la solitude (voir le [commentaire de PHM sur le point 8](#)).

Il est préoccupant de constater que les frais de personnel n'augmentent pas à un rythme comparable à celui des dépenses, comme le suggère le tableau ci-dessous. Le personnel doit faire plus avec moins de ressources.

L'OMS n'a pas réussi à élargir la base des donateurs. Cet objectif est compréhensible mais optimiste. Il n'est pas surprenant d'apprendre que la part du financement du budget de base provenant des dix premiers contributeurs a augmenté (de 62 à 63 %). Cela est évidemment lié à l'indicateur clé de performance n° 7 du rapport. Les États-Unis étant le plus grand fournisseur de fonds flexibles (en tant qu'AC), s'ils se retirent, ces fonds flexibles devront être trouvés auprès de d'autres donateurs. Ce n'est pas seulement la quantité qui serait perdue, mais aussi la qualité. Cette citation du rapport mérite d'être relevée : "La perte d'un donateur majeur créerait un déficit de financement important pour les résultats spécifiques qui dépendent de ces fonds, que le Secrétariat ne serait pas en mesure de combler en raison des limites de son budget. un financement durable et flexible".

L'augmentation des fonds flexibles provient directement de l'augmentation des CA et indirectement de la CFP en raison de l'augmentation des CV par rapport à la période précédente. Deux problèmes se posent ici : d'une part, le retrait de Trump pourrait avoir un effet domino qui amènerait d'autres États membres à renoncer à leur engagement d'augmenter encore leurs CA ; d'autre part, les CV diminuent, ce qui signifie que cette expérience d'augmentation de la CFP pourrait ne pas se répéter à l'avenir. Le rapport quantifie l'écart dans les CV à 564 millions de dollars. Il sera donc plus difficile de financer entièrement le segment de base. Le rapport note que le cycle d'investissement a suscité de grands espoirs, mais que ceux-ci n'ont pas été satisfaits (moins de 2 milliards de dollars sur les 7 milliards de dollars ont été levés jusqu'à présent).

Le verdissement de carte thermique est un autre point d'optimisme - il est agréable de voir une amélioration ! Mais ces améliorations pourraient à nouveau être de courte durée avec la décision de Trump de se retirer - nous pourrions facilement voir un retour à l'image de gauche dans la Fig 7 à la suite de cette décision.

Le nouveau système d'indicateurs de performance clés est utile. L'ICP 4 sur la perception de l'impartialité concerne en réalité la concentration d'un nombre relativement restreint de donateurs. Ce n'est pas vraiment une mesure de l'impartialité. Il serait plus utile de publier qui finance des projets douteux tels que Social connection. L'ICP 8 sur les coûts de transaction des multiples petites subventions est utile.

[EB156/INF.1](#) donne un aperçu général de la présence des pays. Le rapport officiel qui sera présenté à l'Assemblée mondiale de la santé 78 sera plus utile. Le commentaire sur les "engagements de collaboration au-delà du secteur de la santé" (paragraphe 7(e)) est décevant.

"Malgré ces efforts, 45 % des bureaux de pays (dont 38 % des bureaux de pays qui n'ont pas collaboré au-delà du secteur de la santé) ont rencontré des difficultés pour établir des partenariats et collaborer avec d'autres secteurs. Ces difficultés comprenaient le manque de ressources (pour 74 % des pays), une compréhension limitée du mandat de l'OMS en matière de collaboration intersectorielle (pour 67 %) et l'absence d'une culture institutionnelle de collaboration au-delà du secteur de la santé (pour 57 %)."

Point 23.2 Proposition PB26- 27

En ligne de mire

Le Directeur général a fourni (dans le document [EB156/27](#)) l'avant-projet de budget-programme pour 2026-2027. Le Conseil est invité à examiner l'avant-projet et à donner des orientations en vue de sa finalisation par la soixante-dix-huitième Assemblée mondiale de la Santé.

Des réunions intersessions avec les États membres devraient avoir lieu entre janvier et avril 2025 pour recevoir les mises à jour nécessaires.

Contexte

[Liens de suivi vers les discussions antérieures du CE sur les PB26-27.](#)

Commentaire PHM

Le projet de budget-programme pour 2026-27 débute par cette observation : " nous sommes parfaitement conscients que le succès de nos efforts dépend de la collaboration et de l'engagement de nos États membres, de nos partenaires et de nos agents de santé dévoués dans le monde entier ".

Le projet est axé sur les résultats, l'établissement de priorités et la gestion des risques. Il s'agit en partie d'une réponse à la demande des États membres à la suite de l'Assemblée mondiale de la santé 77, mais aussi d'une anticipation du retrait de Trump. Le projet prévoit des critères pour l'établissement des priorités, notamment une évaluation de la nécessité pour les pays de bénéficier du soutien de l'OMS, de faible à élevée. L'OMS a lancé un exercice de hiérarchisation des EM, les résultats sont présentés dans le projet. Les trois premiers sont :

- Réduction des facteurs de risque prioritaires pour les maladies non transmissibles et transmissibles, la violence et les blessures, et la mauvaise alimentation grâce à des approches multisectorielles
- L'approche des soins de santé primaires renouvelée et renforcée pour accélérer la couverture sanitaire universelle
- Amélioration de l'équité dans l'accès à des services de qualité pour les maladies non transmissibles, les troubles de la santé mentale et les maladies transmissibles, tout en s'attaquant à la résistance aux antimicrobiens

Le moins important est le suivant : "Les systèmes de santé et les sociétés à faibles émissions de carbone contribuent à la santé et au bien-être". Le rapport minimise l'importance de ce résultat : "Les rangs de priorité "élevé", "moyen" et "faible" n'indiquent pas l'importance d'un résultat spécifique mais plutôt le niveau de coopération technique que les États membres peuvent attendre de l'OMS.

Le budget prévisionnel augmente pour la première fois depuis l'exercice biennal 2020-21. Il ne s'agit pas d'une augmentation considérable -

\$355m. Malheureusement, le retrait de Trump pourrait mettre en péril cette augmentation et les États membres pourraient ne pas l'approuver. Si l'EM ne l'approuve pas, l'augmentation de l'aide pourrait être compromise.

Les fonds supplémentaires auraient donc été consacrés à la "capacité technique des pays".

La médecine traditionnelle, l'information sur les pandémies et les épidémies et l'éducation (Académie de l'OMS) seront touchées. La médecine traditionnelle, le renseignement sur les pandémies et les épidémies et l'éducation (Académie de l'OMS) seront touchés.

La figure 13 du rapport est intéressante car elle montre le décalage entre le montant nominal de 1 milliard de dollars pour les opérations d'urgence et les appels et le montant croissant qui est effectivement dépensé. Cette figure illustre la réalité d'une polycrise sanitaire, mais la réaction de l'OMS est décevante : "Les États membres ont reconnu les divergences actuelles dans les rapports, ils ont fait savoir qu'à ce stade, il n'est pas possible de les corriger.

Il est plus sage de conserver la pratique actuelle afin d'éviter la perception d'une forte augmentation du budget". La présente

ne semble pas être un rapport responsable sur les crises sanitaires et pourrait être interprété comme du négationnisme.

La gestion des risques est largement abordée dans le rapport. Par exemple : "Le Secrétariat reconnaît que l'environnement mondial dans lequel l'OMS remplit sa mission devient de plus en plus complexe et est rempli d'incertitudes. Compte tenu de cette incertitude, l'OMS devra prendre des risques calculés pour mener à bien sa mission ambitieuse et atteindre le BPM14". Cela ressemble à un document stratégique anticipant le retrait des États-Unis, le Secrétariat décrivant ce qu'il fera si les fonds américains ne sont pas versés. Ainsi, nous apprenons que "le Secrétariat donnera la priorité aux ressources pour gérer les risques qui sont reconnus comme affectant de manière critique le travail de l'OMS au niveau des pays". Une liste de risques est fournie, avec en tête le financement non durable.

Le cycle d'investissement (RI) est décrit dans ce rapport de manière optimiste. "En tenant compte des promesses, des accords de financement signés et des contributions attendues d'autres partenariats, le financement total prévu pour les quatre prochaines années s'élevait à ce moment-là à 3,8 milliards de dollars, soit 53 % de l'enveloppe de 1,5 milliard d'euros prévue pour la période 2007-2013, ce qui représente une augmentation de 1,5 milliard d'euros.

7.1 milliards d'euros de financement volontaire requis".

En d'autres termes, elle anticipe à ce stade un peu plus de la moitié des capitaux propres nécessaires. Cela peut être interprété comme une bonne chose - un engagement initial en matière de capital-risque (c'est-à-dire une plus grande prévisibilité). Il est également bon de voir des fonds plus flexibles et davantage de donateurs L-LMIC contribuer. Si Trump se retire, ce sera important. À court terme, c'est-à-dire pour l'exercice biennal 2026-27, les engagements du RI signifient que les projections sont bien meilleures que les projections à un moment comparable pour les exercices biennaux précédents (51 % contre 30 %). En termes de prévisibilité, il s'agit là encore d'une bonne nouvelle.

En ce qui concerne l'augmentation des CA - voir notre commentaire sur le [document EB156/26 Rev.1](#) - le rapport précise que "les

Le Secrétariat est conscient qu'une telle augmentation ne sera pas automatiquement accordée". Le rapport détaille ce qui se passerait si l'augmentation des CA n'était pas accordée : l'augmentation du PB deviendrait irréaliste et ne serait donc pas approuvée ; les ICP ne seraient pas atteints ; et des "poches de pauvreté" subsisteraient.

Le retrait de Trump pourrait avoir un effet de cascade sur l'engagement des États membres à augmenter leurs CA. Cela mettra un frein à tous les efforts déployés jusqu'à présent par le FMSG pour améliorer le financement durable - une grande honte et un gâchis. Le gel du BP se poursuivra car il est peu probable que les États membres approuvent l'augmentation en raison du retrait des États-Unis. Il y a des choses spécifiques que le Secrétariat voulait faire avec les fonds supplémentaires - elles ne se produiront pas. Le Secrétariat passera en mode de gestion des risques et commencera à établir des priorités afin d'atteindre les résultats à haut risque. La ligne budgétaire EOAP recevra moins d'argent et l'OMS sera donc moins en mesure de répondre efficacement aux polycrises auxquelles elle sera probablement confrontée dans les années à venir.

Point 24.3(i) Stratégies ou plans d'action mondiaux dont l'expiration est prévue dans un délai d'un an : Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et la profession de sage-femme

En ligne de mire

Le Directeur général a diffusé un rapport ([EB156/34](#)) qui fait le point sur les progrès réalisés par les États membres, les partenaires et le Secrétariat dans la mise en œuvre des orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et la pratique de la sage-femme 2021-2025 ([A74/13](#)), adoptées dans la résolution [WHA74.15](#) (2021). Le Conseil est invité à examiner un projet de décision (au paragraphe 16 du document EB156/34) visant à prolonger les orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et la pratique de sage-femme 2021-2025 jusqu'en 2030.

Contexte

[Liens de suivi](#) vers des discussions antérieures sur les soins infirmiers et la profession de sage-femme.

Les orientations stratégiques globales pour les soins infirmiers et obstétricaux (SDNM) 2021-2025 ([A74/13](#)) couvrent quatre domaines.

domaines d'action : l'éducation, l'emploi, le leadership et la prestation de services. Chaque domaine avait une "orientation stratégique" et un objectif pour la période de cinq ans, et entre deux et quatre priorités politiques :

1. former suffisamment de sages-femmes et d'infirmières possédant les compétences nécessaires pour répondre aux besoins de santé de la population
2. la création d'emplois, la gestion des migrations, le recrutement et le maintien des sages-femmes et des infirmières là où elles sont le plus nécessaires
3. renforcer le leadership des infirmières et des sages-femmes dans l'ensemble des systèmes de santé et d'enseignement
4. veiller à ce que les sages-femmes et les infirmières soient soutenues, respectées, protégées, motivées et équipées pour contribuer de manière sûre et optimale à la prestation de leurs services.

Les orientations stratégiques mondiales s'appuient sur [l'état des lieux des soins infirmiers dans le monde en 2020](#) et sur [l'état des lieux des soins infirmiers dans le monde en 2020](#).

[La sage-femme dans le monde 2021](#)

A noter que le GSD21-25 était une refonte du [GSD16-20](#).

Commentaire PHM

Domaines d'action

Le tableau 2 du [document EB156/34](#) présente les priorités futures sous quatre rubriques : l'emploi, l'éducation, le leadership et la prestation de services.

PHM demande instamment que les quatre catégories soient étendues à la recherche et à l'évaluation, ainsi qu'à la santé et à la sécurité au travail.

La recherche et l'évaluation devraient être des composantes essentielles pour garantir que la main-d'œuvre infirmière et sage-femme soit en mesure de contribuer de manière significative au développement de modèles de prestation de services appropriés dans différents contextes et à différents niveaux. Le renforcement de la recherche sur les soins infirmiers et la pratique de sage-femme contribuera aux quatre priorités politiques existantes.

Santé et sécurité au travail. Les effets sur la santé mentale des infirmières et des sages-femmes ne se limitent pas au COVID, et comme le changement climatique, les conflits, les déplacements et les épidémies exercent une pression supplémentaire sur cette main-d'œuvre, la santé et le bien-être au travail doivent être pris en compte séparément afin de réduire les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

l'impact de ces facteurs sur le bien-être et la fidélisation des praticiens, ainsi que sur la prestation de services. Cela permettra de développer des environnements de travail qui retiennent et attirent la main-d'œuvre, réduisent les niveaux élevés de rotation et protègent la santé mentale et physique et le bien-être de la main-d'œuvre infirmière et sage-femme.

Prolonger le mandat

PHM demande instamment aux États membres de soutenir l'extension des orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et les sages-femmes 2021 - 2025 jusqu'en 2030, avec des considérations supplémentaires, à savoir que les activités de recherche et d'évaluation des orientations stratégiques actuelles devraient être entreprises, et des catégories supplémentaires pour inclure "la recherche et l'évaluation" et "la santé et la sécurité au travail".

Priorités futures

Recherche et évaluation

- les gouvernements devraient promouvoir et financer les activités de recherche et d'évaluation dans le domaine des soins infirmiers et des sages-femmes afin de favoriser le changement à tous les niveaux de la recherche, y compris en ce qui concerne la qualité des soins ;
- développer des sites de collaboration mondiale en matière de soins infirmiers afin de faire progresser la recherche et l'évaluation dans le domaine des soins infirmiers et de la profession de sage-femme et de renforcer les capacités dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ;
- veiller à ce que l'enseignement de la recherche et de l'évaluation soit intégré à la formation initiale et continue des infirmières et des sages-femmes ;
- veiller à ce que les parcours professionnels dans le domaine de la recherche et de l'évaluation soient soutenus, y compris en ce qui concerne l'acquisition de compétences en matière de publication ;
- promouvoir les possibilités de recherche et d'évaluation interprofessionnelles.

Santé et sécurité au travail

- veiller à ce que la santé et la sécurité au travail soient une considération essentielle pour le personnel infirmier et les sages-femmes dans tous les environnements ;
- veiller à ce que des politiques soient élaborées pour protéger et promouvoir le personnel infirmier en cas de changement climatique, de conflit, de déplacement et d'épidémie
- veiller à ce que les lieux de travail des infirmières et des sages-femmes soient sûrs et répondent aux besoins fondamentaux, tels que l'approvisionnement en eau propre, l'assainissement, l'électricité ou le gaz, les transports sûrs, le logement et la technologie numérique ;
- mettre l'accent sur la sécurité, la santé et le bien-être des femmes dans le cadre du programme de formation des infirmières et des sages-femmes.
- faire face à des conditions de travail difficiles dans de multiples domaines, y compris les soins directs fournis dans les situations d'urgence, par exemple les événements météorologiques extrêmes et les catastrophes, etc.
- veiller à ce que des ressources appropriées soient disponibles pour soutenir les soins directs et indirects.

Emplois

"Accélérer la croissance de la demande d'emplois d'infirmières et de sages-femmes, en garantissant des investissements intérieurs et extérieurs durables en matière de personnel de santé"

Il devrait également inclure :

- œuvrer à une répartition mondiale plus équitable du personnel infirmier en fonction des besoins de la population et en tenant compte des situations d'urgence internationales susceptibles d'affecter les besoins des différents pays ou d'entraîner des pertes de main-d'œuvre ;
- notamment en mettant l'accent sur le soutien aux régions et aux pays présentant d'importantes lacunes en matière de main-d'œuvre, y compris l'Asie du Sud-Est ainsi que les régions d'Afrique et de la Méditerranée orientale.

L'éducation

"Augmenter la production nationale d'infirmières et de sages-femmes".

Il devrait également inclure :

- doter les enseignants en soins infirmiers et sages-femmes de capacités, de et de connaissances en matière de recherche et d'évaluation ;
- renforcer les compétences, les connaissances et les capacités en matière de plaidoyer afin de promouvoir la santé publique et des soins de santé de qualité ;
- intégrer le changement climatique dans les programmes d'études des infirmières et des sages-femmes à l'échelle mondiale afin de garantir que la main-d'œuvre est prête à prévenir les urgences climatiques et/ou à y répondre pour favoriser la santé de la population et les résultats des soins prodigués aux patients.

Prestation de services

Il devrait également inclure une référence au soutien de la recherche sur les soins infirmiers et les sages-femmes visant à examiner la pratique des soins infirmiers et des sages-femmes dans divers contextes de soins de santé et de santé publique. Il est essentiel de stimuler cette recherche pour encourager l'innovation dans la prestation de services en vue d'obtenir des soins de santé efficaces et de qualité ainsi que des emplois décents.

Leadership

"Établir/renforcer les rôles des hauts fonctionnaires en matière de planification des soins infirmiers et de la profession de sage-femme, de contribution à l'amélioration de la santé et de la qualité des soins. politique et renforcement des capacités pour la communication des données"

Il devrait également inclure :

- améliorer la diversité de la main-d'œuvre infirmière et sage-femme sur le plan ethnique, culturel, du genre, du statut socio-économique et de l'environnement rural afin de renforcer la confiance dans les systèmes de santé et de répondre aux besoins de la population en matière de santé ;
- investir dans des programmes de formation continue et d'orientation, y compris des possibilités de mentorat et de stage, afin de soutenir la progression de carrière de toutes les catégories de main-d'œuvre ;
- garantir des possibilités de développement du leadership dans le domaine des soins infirmiers et de la pratique de la sage-femme à tous les niveaux de la planification, de la mise en œuvre, de la prestation, de la recherche et de l'évaluation des services de santé, ainsi que du financement.

Point 24.3(ii) Stratégies ou plans d'action mondiaux l'expiration est prévue dans un délai d'un an : Stratégie mondiale sur la santé numérique

En ligne de mire

Le Directeur général a présenté un rapport d'étape ([EB156/35](#)) sur la mise en œuvre de la [stratégie mondiale sur la santé numérique 2020-2025](#), avec des détails sur les mesures prises par les États membres, les partenaires de développement et le Secrétariat.

Le Conseil d'administration est invité à prendre note du rapport et à examiner un projet de décision recommandant la prolongation de la stratégie globale afin d'ouvrir la voie à l'élaboration d'un nouveau projet de stratégie actualisé.

Contexte

Liens de suivi vers les [discussions antérieures sur les technologies numériques au sein du Conseil exécutif et de l'Assemblée mondiale de la santé](#).

Commentaire PHM

La stratégie mondiale sur la santé numérique a été prolongée de deux ans, s'étendant désormais jusqu'en 2027 (contre 2020-2025 à l'origine), avec une phase supplémentaire prévue pour 2028-2033. Si le rapport de l'OMS sur la stratégie 2020-2025 souligne certains progrès dans sa mise en œuvre, d'importantes préoccupations subsistent, tant sur le plan technique que politique.

D'un point de vue technique, la stratégie n'a pas réussi à répondre de manière adéquate aux essentielles concernant les bénéficiaires réels des interventions de santé numérique et leur impact sociétal, en particulier dans les pays en développement. Les gouvernements de ces régions doivent faire face à des coûts considérables pour mettre en œuvre la stratégie, aggravés par des limitations d'infrastructure telles que la faible pénétration de l'internet, ce qui pourrait rendre des objectifs tels que l'accès équitable aux services de santé numérique hors de portée pour les populations marginalisées. En outre, le recours croissant à l'intelligence artificielle et à la science des données dans le domaine de la santé publique nécessite un cadre réglementaire beaucoup plus solide pour préserver la santé publique, en veillant à ce que ces technologies soient sûres et précises pour tous, sans marge d'erreur. L'influence du secteur privé suscite également des inquiétudes, et l'on peut se demander si des intérêts commerciaux axés sur le profit ne risquent pas de compromettre l'intégrité de ces initiatives.

L'élaboration des politiques par les gestionnaires des systèmes de santé doit être guidée par l'efficacité et les résultats d'applications numériques spécifiques dans des fonctions/environnements de soins de santé et de santé publique spécifiques. Il n'est pas certain que l'OMS ait correctement abordé cet aspect de la planification de la santé numérique dans ses travaux d'orientation.

Le manque de compétences du personnel de santé dans les pays en développement soulève la question de savoir si le financement nécessaire sera disponible pour atteindre les objectifs fixés dans la prochaine phase de la stratégie. La gouvernance de la santé numérique est une autre question cruciale : un nombre important d'États membres, comme le souligne l'enquête 2023, ne disposent pas d'une gouvernance fonctionnelle de la santé numérique, ce qui entrave encore davantage la mise en œuvre efficace de ces initiatives.

Sur le plan politique, l'approche de l'OMS s'est clairement orientée vers le Nord, une grande partie de la stratégie se concentrant sur les interventions dans les pays à revenu élevé comme les États-Unis et l'Europe. Les pays du Sud, en particulier les pays en développement, sont donc sous-représentés et mis à l'écart. Par exemple, alors que l'objectif n° 4 préconise des systèmes de santé centrés sur l'être humain et fondés sur la santé numérique, les progrès accomplis dans ce domaine n'ont pas été suffisants.

a été largement centrée sur les États-Unis et l'Europe. En outre, la création d'un réseau mondial de certification en matière de santé numérique soulève des inquiétudes, car il pourrait potentiellement restreindre la mobilité des personnes du Sud, exacerbant ainsi les inégalités et la marginalisation.

Le paysage politique entourant cet agenda est d'autant plus compliqué que les États-Unis se sont retirés de l'OMS. Cette décision offre la possibilité de recadrer l'agenda et de réduire l'influence des intérêts corporatistes américains qui ont historiquement façonné les politiques de santé mondiale. Toutefois, cela nécessite des efforts concertés et un plaidoyer pour s'assurer que les voix et les priorités du Sud soient entendues et intégrées dans la stratégie.

En outre, alors que le Nord continue de mener la barque de la santé numérique, il est crucial de se demander si les nouvelles normes et technologies seront accessibles aux pays du Sud. Compte tenu des dynamiques de pouvoir en jeu, existe un risque réel que les pays du Sud soient laissés pour compte dans la révolution de la santé numérique, perpétuant ainsi les disparités existantes. Il faut donc veiller à ce que les stratégies de santé numérique soient non seulement innovantes et avant-gardistes, mais aussi équitables et accessibles à tous.

Dans les années à venir, il sera essentiel que les responsables de la santé mondiale mettent davantage l'accent sur le soutien aux besoins en matière de santé numérique des pays du Sud. En outre, la création de pools de financement dédiés aux projets de santé numérique menés par les pays du Sud permettrait aux pays en développement de stimuler l'innovation dans leurs propres régions. Ces pools de financement pourraient être utilisés pour soutenir des solutions pertinentes au niveau local, qu'il s'agisse d'applications de santé mobile ou de programmes de télémédecine, et veiller à ce que ces solutions soient conçues par et pour les populations locales.

En considérant la dimension politique de la prise de décision en matière de santé numérique, la cartographie des groupes d'intérêt commerciaux et institutionnels et la désignation des différentes directions dans lesquelles ils peuvent être poussés sont essentielles. Il semble que l'OMS ait plutôt ignoré cet aspect de la stratégie numérique.

Point 26.3 : Comité permanent de prévention, préparation et réponse aux urgences sanitaires

En ligne de mire

Deux rapports sont soumis au Conseil : le premier ([EB156/44](#)) concerne les dates de sixième réunion du Comité permanent et le second ([EB156/45](#)) décrit les conclusions de l'examen du fonctionnement et de l'impact du Comité permanent.

Le Conseil d'administration est invité à prendre note du rapport et à examiner les questions suivantes.

- Dans quelle mesure le conseil d'administration estime-t-il que le comité permanent remplit son mandat ?
- Le Comité permanent doit-il être prolongé au-delà de la clôture de la soixante-dix-huitième Assemblée mondiale de la santé en mai 2025 ? Dans l'affirmative, son mandat devrait-il être modifié et quels éléments devrait-il englober ?

Contexte

[Page d'index du Comité permanent](#)

Dans les [documents EB150\(6\)](#) (2022) et [EB151\(2\)](#) (2022), le Conseil exécutif a créé le Comité permanent de la prévention, de la préparation et de l'intervention en cas d'urgence sanitaire ("le Comité permanent") jusqu'à la clôture de la soixante-dix-huitième Assemblée mondiale de la santé en 2025.

Le mandat du comité permanent était le suivant :

1. fournir des orientations au Conseil et des conseils au directeur général, par l'intermédiaire du Conseil, dans le cas où une crise sanitaire majeure est déterminée, sur les questions relatives à la prévention, à la préparation et à l'intervention en cas d'urgence sanitaire, ainsi qu'aux capacités immédiates du Programme de l'OMS pour les situations d'urgence sanitaire, sur la base des informations fournies par le directeur général au sujet de l'événement, ainsi que des informations et des besoins exprimés par l'État membre sur le territoire duquel un événement se produit ;
2. examiner, fournir des orientations et, le cas échéant, formuler des recommandations au Conseil concernant le renforcement et la supervision du programme de l'OMS pour les situations d'urgence sanitaire et l'efficacité de la prévention, de la préparation et de la réponse aux situations d'urgence sanitaire.

Dans [l'EB150\(6\)](#), le Conseil a demandé au directeur général faire rapport sur le fonctionnement et l'impact du comité permanent et de présenter les résultats et les recommandations qui en découlent à l'EB156e.

Le Secrétariat a procédé à un examen du 16 août au 9 octobre 2024 et a fourni une mise à jour de l'examen lors de la cinquième réunion du Comité permanent, qui s'est tenue les 3 et 4 septembre 2024.2

Les données collectées sont basées sur une étude documentaire des activités et des résultats du comité permanent, une enquête par courrier électronique adressée à tous les États membres (taux de réponse de 9 %) et 21 entretiens avec des informateurs clés (43 % de l'échantillon de membres du comité permanent actuel).

Le rapport du DG note que "si les résultats donnent aperçu du fonctionnement et de l'impact du Comité permanent, il est difficile tirer des conclusions solides à partir d'un échantillon de données limité qui ne peut être considéré comme représentatif de l'ensemble des membres de l'OMS". (paragraphe 7)

Les résultats de cet examen sont décrits dans le présent rapport.

Avantages du comité permanent (résumé)

Examen documentaire : les activités sont conformes à son mandat ; les réunions sont bien organisées et bénéficient de mises à jour approfondies de la part du secrétariat ; les rapports de réunion sont systématiquement communiqués au conseil d'administration.

La plupart des États membres considèrent que la fréquence semestrielle des réunions est adéquate que le comité constitue une plateforme efficace permettant aux États membres d'engager le Conseil exécutif sur les questions d'urgence sanitaire ; la plupart des répondants à l'enquête sont satisfaits de la fonction d'échange d'informations de la première réunion extraordinaire.

Les informateurs clés s'accordent généralement à dire qu'il contribue à rationaliser le travail du conseil exécutif en tenant informé et qu'il joue un rôle de soutien au conseil exécutif en termes de planification stratégique, d'élaboration de politiques et de prise de décision.

Défis pour le Comité permanent (résumé)

Analyse documentaire : Le mandat prévoit que le comité fournisse des orientations et des recommandations au Conseil exécutif et qu'il conseille le DG par l'intermédiaire du Conseil exécutif, mais à ce jour, les réunions ordinaires et extraordinaires se sont concentrées sur les mises à jour relatives aux urgences sanitaires - aucun document d'orientation ou de recommandation ne figure dans les rapports du comité permanent.

Les réponses à l'enquête auprès des États membres suggèrent qu'ils ne sont "pas très familiers avec les aspects clés du programme de l'OMS pour les situations d'urgence sanitaire" ; ils ont identifié des défis tels qu'un engagement sous-optimal dans la préparation des réunions du comité permanent ; la présence peu fréquente d'experts externes lors des réunions ; un délai court pour examiner les questions relatives à la santé et à la sécurité.

la documentation relative aux réunions, en particulier compte tenu de la nécessité de divers secteurs, des experts nationaux et des organismes régionaux en vue de la préparation des réunions

Informateurs clés : le mandat du comité recoupe en partie celui de l'IOAC pour le programme des urgences sanitaires, comité de suivi de la préparation mondiale et de certains comités d'examen convoqués dans le cadre du RSI (2005). Le volume d'informations lors des dernières réunions, combiné contraintes de temps, ne permet pas de délibérations significatives. Le comité n'a qu'une influence limitée sur les délibérations relatives à la prévention, à la préparation, à l'état de préparation et à la réponse aux urgences sanitaires et semble fonctionner principalement comme une plateforme de communication pour le partage d'informations, rôle qui pourrait rempli par d'autres canaux existants. Il n'est pas certain que la réunion extraordinaire du comité permanent qui peut être convoquée en cas de détermination d'une PHEIC soit nécessaire puisque les règles existantes permettent au DG, en consultation avec le président du conseil exécutif, de convoquer des sessions extraordinaires du conseil d'administration en cas d'événements nécessitant une action immédiate.

Commentaire PHM

En termes de respect du règlement et de travail dans le cadre de son mandat, le comité permanent semble être fonctionnel ; toutefois, l'examen suggère que son mandat empiète sur celui d'autres comités (plus nombreux). n'a pas l'habitude de fournir des conseils ou des recommandations au conseil d'administration ou à la direction générale, et il n'est pas impliqué de manière centrale dans les délibérations des autres structures de l'architecture du CERDP.

Sur la base des données contenues dans le rapport, il est difficile de justifier la prolongation de son mandat ; toutefois, de l'aveu même du secrétariat, les données contenues dans le rapport ne sont pas vraiment représentatives de l'opinion des États membres (ou de l'opinion d'un ensemble plus large d'institutions de l'OMS chargées de la prévention et de la réduction des risques liés à la santé). Aucune mention n'est faite des négociations de l'accord sur la pandémie et de la manière dont elles peuvent affecter la pertinence du comité, ni des révisions du RSI (2005). Il est difficile de savoir ce qu'il faut penser de cette omission ou de ce silence dans le rapport du DG.

À la lumière du retrait des États-Unis de l'OMS et de l'impact que cela sur le financement, PHM suggère que le mandat du comité ne soit pas renouvelé.