



Health for All Now!

People's Health Movement

**Rapport préparé pour AMS77
mai 2024**

Table des matières

Point 13.4 de l'ordre du jour

Organe intergouvernemental de négociation chargé de rédiger et de négocier une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et l'intervention en cas de pandémie pg.2

Point 15.4 de l'ordre du jour

Changement climatique, pollution et santé pg.4

Point 15.5 de l'ordre du jour

Économie et santé pour tous pg.6

Le Mouvement populaire pour la santé (MPS) est un réseau mondial qui rassemble des militants de la santé, des organisations de la société civile et des institutions universitaires du monde entier, en particulier des pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI). Nous sommes actuellement présents dans près de 70 pays. Guidée par la Charte populaire pour la santé (CPS), le MPS travaille sur divers programmes et activités et s'engage à fournir des soins de santé primaires complets et à s'attaquer aux déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé.

Contact :

lauren@phmovement.org

Point 13.4 de l'ordre du jour

Organe intergouvernemental de négociation chargé de rédiger et de négocier une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et l'intervention en cas de pandémie.

Contexte

Le retard pris dans le lancement des négociations textuelles visant à créer un nouvel accord sur les pandémies a abouti à un texte dépourvu d'engagements juridiques contraignants pour mettre en œuvre l'équité, la solidarité et le financement durable de la prévention, de la préparation et de la réponse aux pandémies (PPR). Il laisse essentiellement intact le statu quo injuste. Les réformes susceptibles de placer le Sud sur une base plus équitable en cas de pandémies futures ont perdu de leur force et de leur substance. Il s'agit notamment de dispositions visant à :

1. promouvoir le transfert de technologies ;
2. institutionnaliser un système PABS qui place l'accès aux agents pathogènes et le partage des bénéfices sur un pied d'égalité ; et
3. des règles du jeu équitables ;
4. utiliser pleinement les flexibilités en matière de droits de propriété intellectuelle sans crainte de représailles ;
5. le partage des connaissances ;
6. le financement du renforcement des systèmes de santé en tant que composante essentielle de la PPR ;
7. l'introduction d'un mécanisme de financement durable et responsable devant les États membres de l'OMS ; et
8. des mécanismes de protection contre la marchandisation et la financiarisation de la santé.
9. Les États membres de l'OMS n'ont pas été en mesure de renforcer les systèmes de santé sous la direction de la PPR.

Les États membres de l'OMS n'ont pas été en mesure de parvenir à un accord et demanderont probablement à l'Assemblée mondiale de la santé d'accorder plus de temps pour les négociations. Toutefois, tant que les problèmes observés jusqu'à présent persistent, le PHM estime qu'il sera difficile de parvenir à un accord significatif à l'avenir.

Principaux problèmes

1. l'absence de garanties contre les intérêts particuliers et le manque d'OSC dans le processus de négociation

Le manque de transparence qui a caractérisé le processus de négociation de deux ans est un problème majeur. Contrairement à la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT), qui

prévoit des garanties contre l'ingérence des intérêts corporatistes, les entreprises internationales - non seulement les « big pharma » mais aussi les « big tech » et les « data companies » - sont susceptibles de bénéficier de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT), qui prévoit des garanties contre l'ingérence des intérêts corporatistes. Le texte actuel. Ce qui aurait dû être un traité d'équité est devenu un instrument hautement médicalisé, entièrement axé sur la collecte de données et la biosurveillance (susceptibles de profiter aux entreprises de « big tech ») et sur la production de vaccins et de contre-mesures médicales (susceptibles de profiter aux grandes sociétés pharmaceutiques).

2. Accès inéquitable aux agents pathogènes et partage des avantages (PABS)

Les pays du Sud ont tenté d'utiliser le partage des avantages prévu à l'article 12 du projet d'accord sur la pandémie (accès aux agents pathogènes et partage des avantages) comme condition sine qua non du partage des données sur les agents pathogènes, des séquences génomiques et d'autres informations pertinentes. En supprimant les dispositions relatives à l'équité par l'utilisation de « qualificatifs » tels que « à des conditions convenues d'un commun accord », « devrait s'efforcer », « encourage », etc. En raison de la grande divergence entre les États membres, les décisions sur l'article 12 ont été reportées. Il est préférable de poursuivre les négociations sur ce point de l'ordre du jour plutôt que d'adopter le texte actuel.

3. Absence de financement durable

Le dernier texte ne prévoit pas de nouveau mécanisme de financement durable et responsable devant les États membres de l'OMS. Il ne prévoit pas non plus de mécanismes de protection contre la marchandisation et la financiarisation des systèmes de santé sous le couvert de la PFP. En outre, il ne reconnaît pas que les obligations de remboursement de la dette limitent considérablement les capacités des pays du Sud à mettre en place des systèmes de santé efficaces et équitables, des systèmes de PPR et, en cas de pandémie, une assistance sociale aux populations déjà vulnérables.

4. Une seule santé et la préparation aux pandémies

Le texte accorde une grande attention à la biosurveillance. Malgré l'engagement en faveur d'un cadre « Une seule santé », les projets récents ont réduit la préparation aux pandémies à un simple exercice de biosurveillance et de collecte de données. Bien qu'importante, la biosurveillance est une approche réductrice de la prévention et de la préparation aux pandémies. Comme nous l'enseigne la pandémie actuelle de résistance aux antimicrobiens (RAM), une véritable prévention - dans le véritable esprit de One Health - doit impliquer un changement radical dans la relation que nous entretenons avec les animaux et l'environnement qui les entoure, en réduisant les pesticides dans le secteur agricole et en éliminant la pratique consistant à administrer inutilement des antibiotiques aux animaux d'élevage. La biosurveillance est une solution commode, mais limitée et à court terme, qui ne s'attaque pas aux causes profondes des pandémies zoonotiques à long terme.

5. Manque d'implication de la société civile

Les intérêts privés et personnels ne devraient pas prévaloir sur les objectifs de santé publique. Les organisations de la société civile qui se sont engagées à protéger ce principe n'ont pas été en mesure de participer aux négociations de manière solide. Cela a érodé la confiance dans le processus parmi ceux qui cherchent à soutenir et à promouvoir le mandat de la RNB, qui est d'élaborer un instrument fondé sur le principe de solidarité avec toutes les personnes et tous les pays, et qui définit des actions pratiques pour s'attaquer aux causes et aux conséquences des pandémies et autres problèmes de santé. Malheureusement, le manque d'implication des OSC a également encouragé les groupes qui cherchent à saper l'autorité de l'OMS pour diriger et coordonner la réponse mondiale aux urgences sanitaires. Ces groupes ont présenté le processus RNB comme une tentative d'usurper l'autonomie de l'AM ou d'imposer l'utilisation de technologies de santé et de surveillance nuisibles, compromettant ainsi le soutien du public à cet important processus.

Appel à l'action

1. Introduire des dispositions contraignantes en matière d'équité dans les transactions de transfert de technologie et de partage des connaissances ;
2. Concevoir un mécanisme de financement durable, responsable devant les États membres, qui protège contre la financiarisation et la marchandisation de la PPR et qui n'endette pas davantage les pays du Sud ;
3. Aborder la prévention et la préparation aux pandémies d'une manière qui aille au-delà de la simple biotechnologie et de la surveillance ;
4. Éliminer les intérêts particuliers des négociations et, comme dans la Convention-cadre pour la lutte antitabac, ajouter des garanties contre eux ; et
5. Impliquer de manière significative la société civile dans les négociations afin de garantir un processus réellement transparent, démocratique et dans l'intérêt du bien public mondial.

Point 15.4 de l'ordre du jour

Changement climatique, pollution et santé

Contexte

La crise écologique est la plus grande crise sanitaire de notre époque¹. Comme l'indique The Lancet, elle affecte tous les aspects de notre santé et exacerbe les inégalités préexistantes². Alors que le Nord de la planète a contribué à 92 % de l'excédent historique d'émissions de carbone³ et continue de contribuer fortement aux émissions de gaz à effet de serre, les populations, en particulier dans le Sud de la planète, tombent malades ou meurent à cause de la mauvaise qualité de l'air. En outre, elles sont touchées par les inondations, les incendies de forêt et les famines. Ces phénomènes sont exacerbés par le changement climatique⁴. En 2021, le Pakistan a subi des inondations qui ont entraîné le déplacement de 33 millions de personnes, et les petits États insulaires savent qu'ils seront engloutis par la montée du niveau des mers dans quelques décennies. Ces régions contribuent peu au changement climatique provoqué par l'homme, mais en portent le plus lourd fardeau.

L'un des moteurs sous-jacents de la crise climatique est le besoin de croissance économique sans fin du capitalisme, qui nécessite une exploitation continue des personnes et de la planète. L'agro-industrie est à l'origine de la perte de biodiversité en raison de ses monocultures. C'est le principal moteur de la déforestation. L'industrie des combustibles fossiles et l'agro-industrie contribuent toutes deux de manière significative aux émissions mondiales de gaz à effet de serre. Les pratiques extractivistes pour les ressources naturelles telles que les combustibles fossiles, le lithium, les terres arables et les semences exploitent les communautés locales et les privent de leurs terres, polluent l'air, l'eau et le sol et repoussent les limites planétaires jusqu'à un point de non-retour.

Une approche intégrée et transdisciplinaire est nécessaire pour faire face aux crises convergentes que sont la perte de biodiversité, la pollution, le changement climatique et les inégalités en matière de santé.

Position du MPS

Placer la santé, la justice et la communauté au centre de la réponse climatique offre la possibilité de s'attaquer aux inégalités existantes dans notre système socio-économique. C'est pourquoi le MPS insiste sur la nécessité de réformer notre ordre mondial capitaliste et

1

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health#:~:text=Research%20shows%20that%203.6%20billion,diarrhoea%20and%20heat%20stress%20alone>

2 [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(21\)01787-6/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(21)01787-6/fulltext)

3 [https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(20\)30196-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(20)30196-0/fulltext)

4

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health#:~:text=Research%20shows%20that%203.6%20billion,diarrhoea%20and%20heat%20stress%20alone>

impérialiste et de s'orienter vers des économies de post-croissance. Cela permettrait de décourager la surproduction et l'exploitation inutiles des personnes et de la planète.

Au lieu de mettre en place des économies axées sur le profit, nous pourrions construire nos communautés autour de la santé et du bien-être, en donnant accès aux biens communs qui sont essentiels à la santé : eau et air purs, alimentation saine, éducation et soins de santé.

Appel à l'action

Le MPS se félicite de l'adoption du rapport et de la résolution sur le climat. Cependant, elle constate que la résolution est insuffisante pour protéger la santé des populations et appelle l'OMS et les États membres à

1. Reconnaître et traiter les moteurs commerciaux de la crise climatique, la nécessité d'une croissance économique sans fin et l'exploitation continue des personnes et des planètes ;
2. Interdire toute nouvelle forme d'exploration et d'extraction de combustibles fossiles, y compris l'extractivisme vert ; œuvrer en faveur d'un traité d'élimination progressive des combustibles fossiles qui reconnaisse les responsabilités communes mais différenciées (CBDR) et garantisse une transition juste ; mettre en œuvre au niveau mondial un mécanisme visant à mettre un terme à la surpêche et à l'exploitation minière en eaux profondes ;
3. Mettre en œuvre des politiques publiques qui transforment radicalement nos systèmes alimentaires afin de parvenir à l'autonomie alimentaire ;
4. Reconnaître la responsabilité historique et disproportionnée des pays à hauts revenus dans la crise climatique, et que les pays à hauts revenus réduisent d'urgence leurs émissions et leur pollution environnementale, agissent sur les responsabilités communes mais différenciées et paient des réparations climatiques pour protéger la santé de tous. ; y
5. Intégrer des solutions communautaires, mettre en place des économies de bien-être et placer les soins de santé universels et les soins primaires complets au cœur des systèmes de santé résilients au changement climatique.

Point 15.5 de l'ordre du jour. Économie et santé pour tous

Contexte

Le Conseil de l'OMS sur l'économie de la santé pour tous a recommandé des réformes visant à renforcer les capacités du secteur public en matière de santé pour tous. L'un des moyens d'y parvenir est d'investir dans les produits pharmaceutiques publics. Actuellement, la production pharmaceutique dépend fortement du secteur privé, en particulier des grandes sociétés transnationales connues sous le nom de Big Pharma, ce qui constitue un modèle essentiellement défectueux qui entrave considérablement la réalisation du droit à la santé à l'échelle mondiale. Les dysfonctionnements sont les suivants : déconnexion entre les efforts de R&D et les besoins de santé publique, pénurie de technologies de santé essentielles, prix élevés, énorme empreinte carbone des sociétés pharmaceutiques et asymétries de pouvoir entre les États et les sociétés transnationales (en particulier dans les pays du Sud). La pandémie de COVID-19 a exacerbé ces problèmes, mais il est important de reconnaître qu'il s'agit de problèmes de longue date qui nuisent à la santé publique depuis des décennies.

Qu'est-ce que la pharmacie publique ?

L'industrie pharmaceutique publique désigne une infrastructure publique consacrée à la recherche, au développement, à la fabrication et à la distribution de produits pharmaceutiques ou d'autres technologies de la santé. Elle englobe tous les dispositifs institutionnels dans lesquels l'État dispose d'un véritable pouvoir de décision et peut mettre en place une gouvernance axée sur les besoins de santé publique. Il n'inclut pas, par exemple, les partenariats public-privé (PPP) ou tout autre arrangement dans lequel l'État utilise des ressources publiques pour réduire le risque des entreprises privées.

Que manque-t-il au débat actuel ? L'accent mis sur les produits pharmaceutiques publics

Nous saluons les tentatives actuelles visant à créer des obligations juridiquement contraignantes pour promouvoir le transfert de technologie, la pleine utilisation des flexibilités de l'Accord sur les ADPIC, l'accès aux agents pathogènes et le partage des avantages (PABS) et la fabrication de produits pharmaceutiques dans les pays du Sud. Si les objectifs susmentionnés peuvent accroître les capacités pharmaceutiques et de R&D dans les pays du Sud, ils ne font que modifier un système essentiellement défectueux. Une infrastructure contrôlée et détenue par l'État peut effectivement donner aux gouvernements un pouvoir de décision sur la tarification des produits de santé, les priorités en matière de R&D et leur alignement sur les besoins de santé publique, l'utilisation par des entités privées de produits financés par l'État ou l'application des droits de propriété intellectuelle. Toutefois, une infrastructure détenue et contrôlée par l'État qui permet la recherche, le développement et la fabrication de produits alignés sur les priorités de santé publique peut surmonter ces limites.

Appel à l'action

1. Nous appelons les États membres à reconnaître le caractère non durable du système actuel de production pharmaceutique, particulièrement mis en évidence par la pandémie de Covid-19, et la nécessité d'évoluer vers un modèle de R&D et de production de technologies de santé centré sur le public ;
2. demandent instamment aux États membres de charger l'OMS d'élaborer une base de données factuelles détaillant des études de cas historiques et contemporaines ainsi que les meilleures pratiques en matière d'initiatives de pharmacie publique, afin de soutenir et de promouvoir les efforts des États membres visant à investir dans la pharmacie publique, conformément aux travaux présentés par le Conseil de l'OMS sur l'économie de la santé pour tous ; et
3. inviter les États membres à lancer un programme de collaboration visant à diffuser les expériences nationales de mise en œuvre de la pharmacie publique, dans le but de soutenir et d'établir de nouvelles infrastructures publiques pour la recherche, le développement, la fabrication et la distribution de produits pharmaceutiques ou d'autres technologies de la santé dans chaque région de l'OMS au cours de la prochaine décennie.

Autres lectures

- Marrón, D. (2019). Medicina para todos: el caso de una opción pública en la industria farmacéutica (Democracy Collaborative, Ed.; págs. 1–88). Colaboración por la democracia. <https://thenextsystem.org/medicineforall>
- De Ceukelaire y Joye, T. (2024). Un Instituto Europeo Salk podría garantizar medicamentos accesibles y asequibles. Revista Internacional de Determinantes Sociales de la Salud y Servicios de Salud. <https://doi.org/10.1177/27551938241232239>
- Florio, M., Pancotti, C. y Prochazka, D. (2021). Investigación y desarrollo farmacéutico europeo: ¿podrían las infraestructuras públicas superar los fallos del mercado? (Parlamento Europeo, Ed.; págs. 1-110). [https://www.europarl.europa.eu/stoa/en/document/EPRS_STU\(2021\)697197](https://www.europarl.europa.eu/stoa/en/document/EPRS_STU(2021)697197)
- Joye, T. (30 de abril de 2024). Por qué necesitamos desesperadamente financiación y control de Producción farmacéutica pública: una entrevista con Tim Joye (S. Japaridze, entrevistador). En el Este Izquierdo. <https://lefteast.org/why-we-desperately-need-publicly-funded-pharmaceuticals/>
- Despacho de Salud Popular. (2024, 10 de febrero). La farmacia pública para Europa, un punto de inflexión en el acceso a los medicamentos. Despacho de salud de los pueblos. <https://peoplesdispatch.org/2024/02/10/public-pharma-for-europe-a-game-changer-for-access-to-medicines/>
- Despacho de Salud Popular. (2024, 20 de marzo). La infraestructura farmacéutica pública podría dar al mundo acceso a un tesoro escondido de medicamentos. Despacho de salud de los pueblos. <https://peoplesdispatch.org/2024/03/20/public-pharma-infrastructure-could-give-the-world-access-to-a-treasure-trove-of-medicines/>
- Radder, H. y Smiers, R. (2024). Investigación médica sin patentes: es preferible, es

rentable y practicable. Responsabilidad en la investigación, 1–22.
<https://doi.org/10.1080/08989621.2024.2324913>