



Health for All Now!

People's Health Movement

**Note d'information WHA77 préparée
mai 2024**

Table des matières

Point 13.4 de l'ordre du jour	P2
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	
Point 15.4 de l'ordre du jour	P4
Changement climatique, pollution et santé	
Point 15.5 de l'ordre du jour	P 6
Économie et santé pour tous	

Le Mouvement pour la santé des peuples (PHM) est un réseau mondial qui rassemble des militants de la santé, des organisations de la société civile et des institutions académiques du monde entier, en particulier des pays à revenu faible et moyen (L&MIC). Nous sommes actuellement présents dans près de 70 pays. Guidée par la Charte des peuples pour la santé (PCH), PHM 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.

Coordonnées de 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 riposte aux pandémies (PPR). Il laisse essentiellement intact le statu quo injuste. Les réformes susceptibles de placer les pays du Sud sur un pied d'égalité face aux futures pandémies ont perdu de leur force et de leur contenu. Il s'agit notamment de dispositions visant à

- promouvoir le transfert de technologies ;
- institutionnaliser un système PABS qui place l'accès aux pathogènes et le partage des bénéfices sur un pied d'égalité ;
- utiliser pleinement les flexibilités en matière de droits de propriété intellectuelle sans crainte de représailles ;
- le partage du savoir-faire ;
- le financement du renforcement des systèmes de santé en tant que composante essentielle de la PPR ;
- l'introduction d'un mécanisme de financement durable et responsable devant les États membres de l'OMS ; et
- des mécanismes de protection contre la marchandisation et la financiarisation des systèmes de santé sous le couvert 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 aux négociations. Toutefois, tant que les problèmes constatés jusqu'à présent persistent, PHM estime qu'il sera difficile de parvenir à un accord significatif à l'avenir.

Les principaux problèmes

1. Absence de garanties contre les intérêts particuliers et absence des OSC dans le processus de négociation

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

(CCLAT), qui établit des garanties contre l'ingérence des intérêts particuliers des entreprises, les entreprises internationales - non seulement les « Big Pharma », mais aussi les « Big Tech » et les « Data Companies » - tireront probablement profit du texte actuel. Ce qui aurait dû être un traité pour l'équité est devenu un instrument hautement médicalisé, entièrement orienté vers la collecte extensive de données et la biosurveillance (susceptibles de profiter aux sociétés « Big Tech ») et la production de vaccins/contre-mesures médicales (susceptibles de profiter aux sociétés « Big Pharma »).

2. Manque d'équité en ce qui concerne l'accès aux pathogènes et le 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. Les dispositions relatives à l'équité étant supprimées par l'utilisation de « qualificatifs » tels que « à des conditions convenues d'un commun accord », « devrait s'efforcer », « encourage », etc. En raison des divergences importantes 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 texte le plus récent 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 couvert de PPR. 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. Bien qu'ils se soient engagés à adopter un cadre pour une seule santé, les projets les plus 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 passer par un changement radical de la relation que nous entretenons avec les animaux et le milieu environnant, par la réduction des pesticides dans le secteur agro-industriel et par l'élimination de 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'attaquera pas aux racines des pandémies zoonotiques à long terme.

5. Absence de participation de la société civile

Les intérêts privés et personnels ne doivent pas l'emporter 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 faire progresser le mandat de l'INB, 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 traiter les causes et les conséquences des pandémies et d'autres urgences sanitaires. Malheureusement, le manque de participation des OSC a également animé des groupes cherchant à saper l'autorité de l'OMS pour diriger et coordonner la réponse du monde aux urgences sanitaires. Ces groupes ont présenté le processus INB comme une tentative d'usurper la souveraineté des États membres ou d'imposer l'utilisation de technologies de surveillance et de santé nuisibles, compromettant ainsi le soutien du public à cet important processus.

Appel à l'action

À la lumière de ce qui précède, PHM exhorte les États membres à poursuivre le processus de négociation de manière à

1. Introduire dans le traité des dispositions contraignantes en matière d'équité qui rendent opérationnels les transferts de technologie et le partage du savoir-faire ;
2. Concevoir un mécanisme de financement qui soit durable, qui rende compte aux 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 biosurveillance ;
4. Éliminer les intérêts particuliers des négociations et, comme dans la Convention-cadre pour la lutte antitabac, ajouter des garanties contre ces intérêts ; et
5. Engager véritablement la société civile dans les négociations afin de garantir un processus véritablement 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 époque. Comme l'indique le Lancet, elle affecte tous les aspects de notre santé et exacerbe les inégalités préexistantes. Alors que les pays du Nord ont contribué à 92 % de l'excédent historique d'émissions de carbone et contribuent encore largement aux émissions de gaz à effet de serre, les populations, en particulier celles du Sud, tombent malades ou meurent à cause de la mauvaise qualité de l'air. En outre, elles sont touchées par des inondations, des incendies de forêt et des famines exacerbées par le changement climatique. 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 l'élévation du niveau de la mer d'ici quelques décennies. Ces régions contribuent peu au changement climatique provoqué par l'homme, mais c'est sur elles que pèse 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 exige une exploitation continue des personnes et de la planète. L'agro-industrie favorise la perte de biodiversité par son monoculturalisme. Elle constitue le principal moteur de la déforestation. L'industrie des combustibles fossiles et l'agro-industrie sont les principaux responsables des émissions de gaz à effet de serre au niveau mondial. Les pratiques extractivistes visant à s'appropriier 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 de la planète jusqu'à un point de non-retour.

Une approche intégrée et transdisciplinaire est nécessaire pour faire face aux crises convergentes de la perte de biodiversité, de la pollution, du changement climatique et de l'inégalité en matière de santé.

<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>

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

[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)

<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>

La position de PHM

Placer la santé, la justice et la communauté au cœur de la réponse climatique offre la possibilité de s'attaquer aux inégalités existantes dans notre système socio-économique. Par conséquent, PHM souligne la nécessité de revoir notre ordre mondial capitaliste et impérialiste et de passer à des économies de post-croissance. Cela découragerait la surproduction et l'exploitation inutiles des personnes et de la planète. Au lieu d'économies axées sur le profit, nous pourrions construire nos communautés autour de la santé et du bien-être, en accordant l'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

PHM se félicite de l'adoption du rapport et de la résolution sur le climat. Elle note cependant 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 des fonds marins ;
3. Mettre en œuvre des politiques publiques qui transforment radicalement nos systèmes alimentaires afin de parvenir à la souveraineté alimentaire ;
4. Reconnaître la responsabilité historique et disproportionnée des pays à haut revenu dans la crise climatique, et demander aux pays à haut revenu de réduire d'urgence leurs émissions et leurs pollutions environnementales, d'agir selon des responsabilités communes mais différenciées et de payer des réparations climatiques afin de protéger la santé de tous ; et
5. Intégrer des solutions climatiques basées sur la communauté, construire 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 climat.

Point 15.5 de l'ordre du jour.

Économie et santé pour tous

Contexte

Le Conseil de l'OMS sur les aspects économiques 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 le secteur pharmaceutique public. La production pharmaceutique repose actuellement en grande partie sur le secteur privé, en particulier sur les grandes sociétés transnationales connues sous le nom de « Big Pharma », 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* ?

La pharmacie publique fait référence à une infrastructure publique dédiée à la recherche, au développement, à la fabrication et à la distribution de produits pharmaceutiques ou d'autres technologies de 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 les risques des entreprises privées.

Que manque-t-il dans le débat actuel ? L'accent mis sur les médicaments 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), ainsi que la fabrication de produits pharmaceutiques dans les pays du Sud. Si les objectifs susmentionnés peuvent développer la R&D et les capacités pharmaceutiques dans le Sud, ils ne font qu'amender un système essentiellement défectueux. Une infrastructure détenue et contrôlée par l'État peut effectivement conférer aux gouvernements un pouvoir de décision en matière de tarification des produits de santé, de priorités de R&D et de leur alignement sur les besoins de santé publique, d'utilisation par des entités privées de produits financés par des ressources publiques, ou de mise en œuvre 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 contraintes.

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. Nous demandons 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 pharmaceutiques publiques, afin de soutenir et de faire progresser les efforts des États membres pour investir dans la pharmacie publique, conformément au travail présenté par le Conseil de l'OMS sur l'économie de la santé pour tous ; et
3. Nous appelons les États membres à lancer un programme de collaboration visant à diffuser les expériences nationales en matière de mise en œuvre des initiatives pharmaceutiques publiques, 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.

Pour en savoir plus

- Brown, D. (2019). *Medicine For All: The Case for a Public Option in the Pharmaceutical Industry* (Democracy Collaborative, Ed.; pp. 1–88). Democracy Collaborative. <https://thenextsystem.org/medicineforall>
- De Ceukelaire, & Joye, T. (2024). A European Salk Institute Could Ensure Accessible and Affordable Medicines. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*. <https://doi.org/10.1177/27551938241232239>
- Florio, M., Pancotti, C., & Prochazka, D. (2021). European pharmaceutical research and development: Could public infrastructure overcome market failures? (European Parliament, Ed.; pp. 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. (2024, April 30). Why We Desperately Need Publicly Funded and Controlled Pharmaceutical Production: An Interview With Tim Joye (S. Japaridze, Interviewer). In *Lefteast*.

<https://lefteast.org/why-we-desperately-need-publicly-funded-pharmaceuticals/>

- Peoples Health Dispatch. (2024, February 10). Public pharma for Europe, a game-changer for access to medicines. Peoples Health Dispatch. <https://peoplesdispatch.org/2024/02/10/public-pharma-for-europe-a-game-changer-for-access-to-medicines/>
- Peoples Health Dispatch. (2024, March 20). Public pharma infrastructure could give the world access to a treasure trove of medicines. Peoples Health Dispatch. <https://peoplesdispatch.org/2024/03/20/public-pharma-infrastructure-could-give-the-world-access-to-a-treasure-trove-of-medicines/>
- Radder, H., & Smiers, R. (2024). Medical research without patents: It's preferable, it's profitable, and it's practicable. *Accountability in Research*, 1–22. <https://doi.org/10.1080/08989621.2024.2324913>