



Santé pour tous!

Mouvement Populaire pour la Santé

Compte rendu quotidien du MPS sur la 78e Assemblée mondiale de la santé

Jour 5 (vendredi 23 mai 2025)

Rapport préparé par l'équipe WHO Watch du MPS

Comité A

Éradication de la poliomyélite : un objectif à long terme menacé ?

Dans la matinée, le Comité A a examiné le point 17.5 consacré à la poliomyélite. Le monde est sur le point d'**éradiquer le poliovirus sauvage (WPV1)**, dont la transmission est désormais confinée au Pakistan et à l'Afghanistan. Cependant, le **poliovirus dérivé du vaccin (cVDPV) reste un obstacle majeur**, en particulier dans les régions touchées par des conflits et sous-vaccinées comme le **Soudan, la Somalie, la RDC et le Tchad**.

De nombreux pays, dont l'Inde, le Nigéria et le Bangladesh, ont éliminé la poliomyélite grâce à de vigoureuses campagnes de vaccination. L'Afrique a connu des succès notables, le **Burkina Faso, le Kenya et le Togo ayant été certifiés exempts de poliomyélite sauvage, mais des épidémies de cVDPV2 persistent** en raison de faibles taux de vaccination. Parallèlement, des zones de conflit comme **Gaza, le Yémen et le Soudan ont des difficultés d'accès**, laissant des milliers d'enfants sans protection. La baisse des financements (Kenya, Australie) et la désinformation sur les vaccins (Israël, Grenade) menacent encore davantage les progrès réalisés.

Les pays ont souligné que le financement durable (**Royaume-Uni, Arabie saoudite**) et le renforcement de la confiance des communautés (**Pakistan, Nigeria**) sont essentiels pour atteindre l'objectif « zéro dose ». En outre, la nécessité d'une surveillance renforcée (**Cameroun, Zambie**) et d'une coordination transfrontalière (**Tanzanie, Tchad**) a été

mentionnée. Le sujet de la transition du VPO (oral) au VPI (injectable) a été soulevé par la **Russie** et l'**Israël**.

L'idée est de prévenir la propagation du cVDPV, mais la **Russie** a indiqué que l'utilisation du VPI ne peut se faire qu'à condition que le vaccin soit disponible à un coût raisonnable, tandis que **Israël**

s'est dit préoccupé par la migration du cVDPV vers son territoire depuis les pays voisins qui utilisent encore le VPO. Les **Philippines** ont souligné la nécessité d'un prix équitable pour les vaccins et ont encouragé la collaboration entre les États membres pour leur propre production.

La dernière ligne droite vers l'éradication de la poliomyélite nécessite une solidarité mondiale, un financement flexible et des campagnes de vaccination tenant compte des conflits. Sans une action urgente, des décennies de progrès pourraient être réduites à néant.

Maladies non transmissibles

Le Comité A a ensuite examiné les points 12 et 13.1 consacrés aux maladies non transmissibles. **Le point 12**, sur le rôle du mécanisme mondial de coordination pour la prévention et la lutte contre les MNT, était accompagné du document A78/INF./2, qui présentait une évaluation indépendante du Mécanisme mondial de coordination (GCMNCD). Le point 13.1, qui faisait suite à la déclaration politique issue de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations unies sur les MNT, était accompagné de plusieurs rapports. Il convient également de noter le document EB156/7, le rapport du DG sur ce sujet présenté lors de la réunion du Conseil exécutif en janvier.

Les pays ont unanimement approuvé le Mécanisme mondial de coordination (par exemple, la **Chine et le Kenya**), la **Chine** reconnaissant le GCMNCD comme un outil facilitant « *la gouvernance de l'OMS en matière de participation multipartite* » et suggérant qu'à l'avenir, « *le GCMNCD continue à guider les pays dans le recensement des cas et des pratiques réussies afin de promouvoir la diffusion efficace des connaissances et des expériences* ». **Le Pakistan** et d'autres pays ont attiré l'attention sur la nécessité d'une collaboration multisectorielle dans le domaine de la lutte contre les MNT. Le Pakistan a ajouté :

« Seuls un engagement soutenu, une solidarité mondiale et une coordination stratégique nous permettront de réduire le fardeau des MNT et des troubles mentaux et d'atteindre les objectifs fixés dans le cadre de l'objectif de développement durable n° 3. »

Faisant écho aux sentiments de nombreux pays à faible revenu présents à l'assemblée, le **Zimbabwe** « *a demandé le maintien du soutien financier et technique de l'OMS et de ses partenaires* » et « *un accès continu et illimité aux plateformes de formation en ligne en collaboration avec l'OMS pour lutter contre les MNT et améliorer la santé mentale.* » La **Barbade** a demandé un soutien technique, en particulier pour les pays en développement, et a souligné « *la nécessité d'intégrer la santé mentale et le soutien psychosocial dans les cadres de préparation et d'intervention.* »

« Des personnes peuvent mourir parce qu'elles ne peuvent pas obtenir d'insuline, de dialyse ou de médicaments pour leur santé mentale » – Déclaration de la Palestine sur les points

12 et 13.1

Dans sa déclaration, la **Palestine** a attiré l'attention sur les défis souvent négligés mais néanmoins cruciaux que représente la prise en charge des MNT dans les situations d'urgence, de conflit et de crise humanitaire :

« Pour les personnes atteintes de maladies chroniques et de MNT, l'accès aux services médicaux essentiels reste difficile, voire impossible. Des personnes peuvent mourir parce qu'elles ne peuvent pas obtenir d'insuline, de dialyse ou de médicaments pour leur santé mentale [...] Il est très important de lutter contre les MNT dans les situations d'urgence et dans les contextes humanitaires. »

À l'instar de plusieurs points abordés lors de la 78e Assemblée mondiale de la santé, les pays ont évoqué le potentiel de l'intelligence artificielle et des « technologies numériques » comme des avancées prometteuses dans le secteur de la santé. **La Chine** a demandé à l'OMS d'aider les pays en développement à adopter les dernières technologies numériques pour soutenir la prévention et la lutte contre les MNT, mais n'a pas précisé ce que cela impliquerait. **Irak**

Certaines déclarations d'acteurs non étatiques (ANE) ont été particulièrement critiques et éclairantes. Le délégué de **Knowledge Ecology International (KEI)** a fait valoir :

« La seule façon d'obtenir une égalité minimale en matière d'accès aux médicaments est de changer fondamentalement la manière dont nous finançons la recherche et le développement biomédicaux. Plus précisément, nous devons progressivement dissocier les incitations à investir dans la R&D biomédicale de l'octroi de monopoles temporaires. Les monopoles légaux sur les médicaments entraînent inévitablement des prix élevés et des inégalités flagrantes en matière d'accès et de résultats. »

La déclaration du **People's Health Movement**, présentée conjointement avec **Medicus Mundi International**, affirmait que « les politiques économiques néolibérales, en particulier avec le pouvoir croissant des grandes entreprises, ont contribué de manière significative, tant directement qu'indirectement, à l'augmentation des MNT dans les pays développés et en développement » et appelait à « une réglementation plus stricte des pratiques du secteur privé, en particulier celles des sociétés transnationales, afin de protéger la santé de la population ».

Intervention de Knowledge Ecology International

Santé mentale et liens sociaux

Le Comité A est passé à l'examen du **point 13.2 : Santé mentale et liens sociaux**, qui reprenait les discussions qui avaient eu lieu lors de la 156e session du Conseil exécutif, où un rapport sur la santé mentale et les liens sociaux avait été pris note et où une résolution avait commencé à être élaborée sur

« le rôle des liens sociaux dans la lutte contre la solitude, l'isolement social et les inégalités en matière de santé ». Une version actualisée de ce projet de résolution – désormais le document A78/A/CONF./2 – a été soumise à l'Assemblée mondiale de la santé pour examen.

Certains États membres, dont la **Namibie**, ont salué « *l'inclusion de la santé mentale en tant que point distinct* » à l'ordre du jour de l'Assemblée mondiale de la santé. Le **Soudan du Sud**, s'exprimant au nom de la **région africaine**, a déclaré que le fardeau de la santé mentale s'alourdisait, en particulier dans des pays comme le Soudan du Sud, où des conflits font rage. Il a plaidé en faveur de davantage de politiques en matière de santé mentale et a insisté sur le fait que celle-ci devait être une priorité de santé publique, avec des services de santé mentale intégrés dans le système de santé.

L'Afrique du Sud a également suggéré que la santé mentale soit intégrée aux soins de santé primaires. Elle a en outre reconnu que la santé mentale et le bien-être des familles sont étroitement liés aux relations et aux communautés. Elle a réaffirmé son engagement à intégrer les services de santé mentale dans les soins de santé primaires dans son *cadre stratégique pour la santé mentale 2023-2030*.

Évoquant l'ensemble complexe de défis auxquels son pays est confronté – « *catastrophes naturelles, instabilité, insécurité et pauvreté* » –, **Haïti** a fait valoir que ces défis « affectent la santé mentale et les liens sociaux » et que « *trop souvent, la santé mentale est négligée alors qu'elle est essentielle à la cohésion communautaire et à la résilience nationale* ». Il a conclu en encourageant l'adoption de la résolution.

La déclaration de la **Slovénie** a été prononcée du point de vue du délégué de la jeunesse du pays. Elle disait en partie : « *Les jeunes de mon pays sont confrontés à une solitude croissante et à des problèmes de santé mentale. [...] Nous avons besoin de changements politiques qui protègent notre santé et favorisent des liens sociaux réels, plutôt que virtuels. Nous apprécions que l'OMS reconnaisse cette question comme une priorité de santé publique.* »

Comité B

Au cours de la première partie de la séance du matin, le Comité B a examiné le **point 24.2 et 24.3**, sur l'expiration des stratégies et plans d'action mondiaux, l'examen des **documents A78/4 et EB156/2025/REC/1** et l'adoption des **projets de décision EB156(34), EB156(35), EB156(36) et EB156(37)** sans objection. Ces décisions ont prolongé quatre stratégies clés : les *Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et la profession de sage-femme 2021-2025*, la *Stratégie mondiale pour la santé numérique 2020-2025*, le *Plan d'action mondial sur la réponse de santé publique à la démence 2017-2025* et le *Plan de mise en œuvre global sur la nutrition maternelle,*

infantile et du jeune enfant 2012-2025.

Les délégués ont fermement soutenu la prolongation du *Plan de mise en œuvre global pour la nutrition maternelle, infantile et des jeunes enfants* jusqu'en 2030. L'**Éthiopie** et l'**Irlande** ont présenté le projet de résolution, qui a été largement coparrainé par des États membres, notamment l'**Estonie**, l'

Équateur, l'**Indonésie**, l'**Égypte**, l'**Uruguay** et le **Luxembourg**. Beaucoup ont souligné l'urgence de lutter contre la malnutrition persistante, le retard de croissance et l'anémie, en particulier parmi les populations vulnérables, tout en notant le défi croissant que représente l'obésité infantile. L'**Estonie** a souligné que « *les enfants sont le*

fondement de notre avenir commun », et a noté l'impact intergénérationnel de la santé maternelle : « *Trop de femmes souffrent encore d'anémie [...] Il ne s'agit pas seulement de problèmes de santé, mais de défis intergénérationnels.* » Des pays tels que le **Kenya** et l'**Uruguay** ont souligné la nécessité d'améliorer les systèmes de suivi et l'engagement communautaire, l'**Indonésie** présentant les efforts nationaux récents visant à développer l'allaitement maternel et les soins prénatals. **MSF** a critiqué l'absence de la tuberculose dans le plan de nutrition maternelle, soulignant que « *la malnutrition est un facteur de risque clé de la tuberculose* », et a appelé à démanteler les « murs verticaux entre la malnutrition et la tuberculose ».

Parallèlement, le Comité a approuvé la prolongation de trois cadres supplémentaires arrivant à expiration : la *Stratégie mondiale pour la santé numérique*, les *Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et la profession de sage-femme* et le *Plan d'action mondial sur la démence*. Les États membres, notamment l'**Indonésie**, l'**Islande** et les **Philippines**, ont souligné le rôle essentiel de la santé numérique dans le renforcement des soins de santé primaires et la promotion de l'équité.

Concernant le *Plan d'action mondial sur la réponse de santé publique à la démence*, les États membres ont exprimé leur ferme soutien à sa prolongation, reconnaissant le fardeau croissant que représente la démence dans le monde. La **Gambie** a mis en avant ses efforts, notamment la création d'un centre gériatrique national et de programmes de soutien aux aidants.

En ce qui concerne les *Orientations stratégiques mondiales pour les soins infirmiers et la profession de sage-femme*, un soutien à la prolongation a été exprimé, en particulier par le **Conseil international des infirmières (CII)**. Tout en approuvant la poursuite de la stratégie, le CII s'est déclaré préoccupé par la lenteur de sa mise en œuvre et a demandé un rapport d'étape actualisé. Plusieurs États membres ont réaffirmé leur engagement à renforcer les effectifs infirmiers et obstétricaux en tant qu'éléments essentiels de systèmes de santé résilients, mais les déclarations nationales détaillées sur ce point ont été limitées.

Le Secrétariat a souligné le potentiel transformateur de l'IA et des infrastructures numériques pour améliorer la prévision des épidémies, optimiser la logistique des vaccins et réduire les inégalités en matière de santé. En outre, le Secrétariat a souligné que « la technologie est en train de remodeler la santé mondiale » et a qualifié l'IA d'« opportunité unique pour notre génération » de transformer les systèmes, notant qu'« un passage de l'option à l'obligation est en cours pour nous tous » et que « nous devons co-crée une nouvelle stratégie visant à mettre en place une IA éthique, sûre et centrée sur l'humain afin de compléter les effectifs de santé, de lever les obstacles à l'accès et de ne laisser personne de côté ».

Au titre du point 24.3, le Comité B a examiné les **documents A78/4, A78/INF./5 et EB156/2025/REC/1**, en se concentrant sur la *procédure proposée pour la correction des erreurs dans le texte du Règlement sanitaire international (2005)*, en mettant l'accent sur la nécessité d'assurer la cohérence entre les

six langues officielles de l'OMS. Le projet de décision EB156(38) a été approuvé sans objection et le **rapport A78/4 a été pris note.**

Le Koweït, s'exprimant au nom de la région de la Méditerranée orientale, a souligné que des traductions précises et cohérentes sont essentielles pour maintenir l'intégrité et la pertinence du RSI. **L'Iran** a mis en avant le potentiel des textes révisés du RSI pour promouvoir l'équité en matière de santé mondiale, en particulier lors des urgences de santé publique, et a présenté les efforts nationaux visant à examiner les amendements par le biais d'un comité multisectoriel établi. Le **Kenya** et **l'Irak** ont souligné l'urgence d'entamer le processus de correction immédiatement après l'Assemblée, invoquant des divergences entre les versions arabe et anglaise. **L'Arabie saoudite, la Chine** et les **Philippines** ont réitéré leur soutien à une approche normalisée et transparente, ces dernières soulignant que l'inclusivité dans ces procédures est essentielle pour renforcer la sécurité sanitaire mondiale. Le Secrétariat a confirmé un délai de 90 jours pour finaliser les versions harmonisées et, en l'absence d'objections, la décision a été officiellement approuvée par le Comité.

Discussion sur la biosécurité en laboratoire

Au titre du point 28, la biosécurité en laboratoire a été examinée. De nombreux pays ont félicité l'OMS pour les outils mis à disposition et ont présenté leurs efforts et leurs progrès en matière de biosécurité, tels que les cadres politiques, la formation et le renforcement des capacités du personnel de laboratoire et les progrès réalisés dans les systèmes de surveillance. Le **Bangladesh** a appelé à rendre les efforts de recherche accessibles à tous. **L'Inde** a fait remarquer que les stocks de virus vivants sont inutiles et qu'à l'avenir, des virus recombinants synthétiques pourraient être utilisés. En ce qui concerne la biosécurité en laboratoire, **l'Iran** a demandé à l'OMS de fournir « 1) des installations de biosécurité de haut niveau pour renforcer les performances des laboratoires nationaux

de référence travaillant avec des micro-organismes à haut risque, 2) du matériel de laboratoire portable pour effectuer des tests liés aux maladies infectieuses dangereuses [...] 3) l'accès à des laboratoires mobiles pour faire face rapidement à d'éventuelles épidémies ».

Discussion sur le pilier 3 : La « tragédie silencieuse » des noyades, les effets de l'urgence climatique sur la santé et d'autres questions

Le Comité B a ensuite examiné les différentes stratégies, rapports et plans d'action relevant du « pilier 3 : Un milliard de personnes supplémentaires en meilleure santé et jouissant d'un meilleur bien-être » de l'OMS. Les points suivants ont été examinés :

- Stratégie mondiale de l'OMS sur la santé, l'environnement et les changements climatiques : la transformation nécessaire pour améliorer durablement la vie et le bien-être grâce à des environnements sains (décision WHA74(24))
- Plan d'action sur les changements climatiques et la santé dans les petits États insulaires en développement (décision WHA72(10))
- Les sciences du comportement au service d'une meilleure santé (résolution WHA76.7)
- Accélérer l'action mondiale pour prévenir les noyades (résolution WHA76.18)
- Plan d'action mondial de l'OMS pour renforcer le rôle du système de santé dans le cadre d'une riposte multisectorielle nationale visant à lutter contre la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles, et à l'égard des enfants (résolution WHA69.5) et Mettre fin à la violence à l'encontre des enfants grâce au renforcement des systèmes de santé et à des approches multisectorielles (résolution WHA74.17)
- Plan d'action mondial de l'OMS pour la promotion de la santé des réfugiés et des migrants, 2019-2030 (résolution WHA76.14)

En ce qui concerne les plans d'action liés au climat, plusieurs pays en développement et petits États insulaires (par exemple, **Antigua-et-Barbuda, la Barbade, les Bahamas et Tonga**) ont exprimé leur gratitude au Secrétariat pour son travail sur le climat et la santé et ont demandé un soutien technique continu. **Les Tonga**, par exemple, ont salué «*le leadership et la coordination dont fait preuve l'OMS dans le domaine du changement climatique et de la santé*». **Les Bahamas** «*ont félicité l'OMS pour avoir fait avancer le débat sur le changement climatique et la santé*» et ont noté que «*en tant qu'État membre très vulnérable, nous apprécions la présence de l'OMS aux réunions annuelles de la Conférence des Parties à la Convention-cadre sur les changements climatiques. Nous demandons que des fonds soient débloqués pour mettre en œuvre des plans techniquement solides et innovants élaborés*

avec la participation des parties prenantes».

S'exprimant au nom de la région africaine, le Burundi a salué la stratégie de l'OMS en matière de santé, d'environnement et de changement climatique, et a fait valoir qu'« il s'agit d'une transformation nécessaire et urgente pour créer des environnements sains, durables et protecteurs, essentiels à la santé et au bien-être de nos populations. Dans cet esprit, nous soulignons l'importance du [plan d'action] dans les petits États insulaires en développement ».

En ce qui concerne les **sciences comportementales pour une meilleure santé**, plusieurs pays ont vanté l'utilisation des « connaissances comportementales » dans leurs politiques et programmes de santé, révélant une compréhension quelque peu unidimensionnelle et instrumentale de la valeur des sciences sociales dans le domaine de la santé. Le **Royaume-Uni**, l'un des principaux promoteurs des sciences comportementales dans l'élaboration des politiques (voir par exemple les travaux de son Behavioural Insights Team, aujourd'hui privatisé), a déclaré : « *La poursuite de l'expansion des sciences comportementales dans la communication sur la santé dans les domaines prioritaires, la protection des communautés et la résilience est encourageante. Nous souhaitons voir de nouveaux progrès dans l'utilisation systématique des sciences comportementales dans l'élaboration et l'évaluation des politiques.* » L'**Inde** a indiqué qu'elle « *intègre les sciences comportementales et sociales dans tous les programmes de santé, en utilisant une communication sociale et comportementale structurée et des connaissances comportementales dans des campagnes telles que celles contre la polio, le VIH et la COVID-19.* » Elle a ajouté qu'elle soutenait « *l'élaboration par l'OMS de boîtes à outils, de formations et d'interventions adaptées à la culture* ».

En ce qui concerne le programme de prévention et de lutte contre la violence, l'**Irak** a demandé « *un soutien technique et un renforcement des capacités pour la détection précoce et la gestion de la violence [...] nous appelons la communauté internationale et les agences des Nations unies à soutenir les efforts de l'Irak pour protéger ses enfants et briser le cycle de la violence.* »

De nombreux États membres sont intervenus sur le thème **Accélérer l'action mondiale pour la prévention des noyades**. Le **Burundi**, s'exprimant au nom de la **région africaine**, a déclaré que « la tragédie silencieuse [des noyades] continue d'être une cause de mortalité évitable, en particulier chez les enfants en Afrique, et qu'une réponse accélérée et coordonnée est nécessaire pour sauver des vies ». De nombreux États membres ont souligné le caractère évitable des noyades. L'**Irlande**, par exemple, a appelé à une prévention des noyades fondée sur des données probantes et a fait valoir que des vies peuvent être sauvées : « chaque vie perdue à cause de cette cause de décès largement évitable est une vie de trop ». Soulignant le risque particulier de noyade auquel sont exposés les pêcheurs et les enfants, les **Philippines** ont appelé à davantage de « *mesures fondées sur des données probantes et menées au niveau local* » et ont demandé à l'OMS de « *continuer à fournir une assistance technique pour le renforcement des capacités, en particulier dans les zones vulnérables* ». Le **Bangladesh** a mis en

avant son propre programme de garderies, soulignant l'importance de tels programmes dans la prévention des noyades d'enfants, tandis que le **Panama** a recommandé d'inclure la prévention des noyades dans les programmes scolaires des pays où les taux de noyade sont élevés.

Enfin, la santé des réfugiés et des migrants a été abordée. Saluant le plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir la santé des réfugiés et des migrants, le **Bangladesh** a fait remarquer que *«compte tenu de la vulnérabilité des réfugiés et des migrants, il convient d'adopter des approches différenciées pour mobiliser les ressources nécessaires à la fourniture de services de santé à ces personnes.»* L'**Égypte** a fermement soutenu l'intégration de la migration et de l'équité dans les systèmes de santé, en mettant l'accent sur les droits de l'homme, et a souligné que *«la santé pour tous signifie la santé pour tous, partout dans le monde.»* Le **Panama** a reconnu l'importance de la santé mentale et de la protection sociale dans le programme de santé des migrants et des réfugiés.