



Santé pour tous!

Mouvement Populaire pour la Santé

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

Jours 7 et 8 (lundi 26 et mardi 27 mai 2025)

Rapport préparé par l'équipe Observation de l'OMS du MPS

Comité A (lundi matin)

La matinée de l'avant-dernier jour de l'assemblée a débuté par l'adoption du projet de sixième rapport contenant six résolutions

- Renforcement des capacités nationales en matière de prise de décision fondée sur des données probantes pour l'adoption et l'impact des normes et standards
- Maladies rares : une priorité mondiale pour l'équité et l'inclusion
- Renforcement du financement de la santé à l'échelle mondiale
- Renforcement des capacités en matière d'imagerie médicale
- Accélération de l'éradication de la dracunculose
- Les maladies de la peau en tant que priorité mondiale de santé publique

Le Comité A a examiné les points 13.5 (Produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés), 13.6 (Normalisation de la nomenclature des dispositifs médicaux) et 13.7 (Personnel de santé et de soins).

13.5 Produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés

Documents A78/4 et EB156/2025/REC/1, décision EB156(25)

La question du point 13.5 de l'ordre du jour, relative aux produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés, découle de la résolution WHA65.19 (2012), qui a établi le Mécanisme des États Membres sur les médicaments de qualité inférieure et falsifiés afin d'améliorer la collaboration entre les États Membres et l'OMS pour prévenir et contrôler les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés dans une perspective de santé publique. 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 leurs efforts mutuels et de coordonner leurs actions pour relever le défi des produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés.

Le Rwanda (au nom de l'Afrique), la Namibie, l'Éthiopie, le Tchad, le Kenya, le Malawi et le Sénégal ont souligné le **poids disproportionné qui pèse sur l'Afrique**. La région a salué le travail du mécanisme, qu'elle considère comme une étape importante vers l'accès à des médicaments

sûrs, et a accueilli favorablement la recommandation 5

recommandations issues de l'évaluation indépendante, déclarant que les recommandations 2 à 4 étaient claires et devaient être mises en œuvre, tandis que la recommandation 1 sur le format et la recommandation 5 sur l'engagement externe nécessitaient un examen plus approfondi. L'**Inde** et l'**Éthiopie** ont souhaité opter pour l'option B de la recommandation 1, en utilisant le format existant du mécanisme des États membres. En ce qui concerne les recommandations 2 à 5, l'**Inde** s'est déclarée ouverte à la participation et à l'engagement des parties prenantes externes, y compris à des réunions informelles. L'**Australie** a précisé qu'elle soutenait les mécanismes, mais a proposé de reporter la décision sur les recommandations jusqu'après 2025 afin de disposer de plus de temps pour examiner les recommandations 1 et 5, tandis que les **Philippines** ont approuvé les cinq recommandations, soulignant que la recommandation 1 était la plus fondamentale.

La Colombie, la Russie, l'Inde, le Brésil, les Philippines, la Thaïlande, l'Australie, l'Éthiopie, la Namibie, le Sénégal, les Bahamas et l'Indonésie ont salué le rapport et soutenu le mécanisme. La **Micronésie, le Bangladesh** et l'**Éthiopie** ont appelé à une mise en œuvre spécifique à chaque pays ou adaptée au contexte. **Israël** a demandé une plus grande collaboration avec le secteur privé, notamment les entreprises pharmaceutiques. Le **Pakistan** et **Oman** ont souligné la difficulté de suivre les ventes en ligne de médicaments, tandis que le **Paraguay** a insisté sur l'importance de la traçabilité. La **Tanzanie, la Malaisie, la Chine, la Zambie, l'Égypte, l'Indonésie** et les **Bahamas** ont appelé à l'amélioration des systèmes de détection et de suivi, y compris l'alerte précoce et la surveillance après la mise sur le marché.

La session s'est terminée par la prise note du rapport tel qu'il figure dans le document WHA78/4 et l'approbation de la décision EB156/25.

Point 13.6 de l'ordre du jour sur la normalisation de la nomenclature des dispositifs médicaux

Ce point de l'ordre du jour porte sur l'importance d'une classification, d'un codage et d'une nomenclature internationaux normalisés pour les dispositifs médicaux, qui facilitent l'évaluation des technologies, la réglementation (établissement de normes, autorisation de mise sur le marché), la sécurité des patients (notification des événements indésirables), l'approvisionnement (facilité de recherche, commande) et la qualité des soins de santé (efficacité, rapport coût-efficacité).

Au cours du débat sur la nomenclature des dispositifs médicaux, de nombreux pays ont exprimé leur ferme soutien à l'harmonisation et à la normalisation mondiales des systèmes. La **région de la Méditerranée orientale** a noté que les pays de la région utilisent des systèmes différents et ne disposent pas d'un format de nomenclature officiel. Ils ont exhorté l'OMS à promouvoir la coordination entre les pays afin de renforcer la sécurité des patients.

Tous les pays de toutes les régions se sont déclarés favorables à l'harmonisation des systèmes. La **Tanzanie** a appuyé l'harmonisation mondiale et recommandé l'intégration du MeDeVis dans les systèmes nationaux. Le **Burkina Faso** a mis en avant les efforts d'harmonisation nationale et les programmes de formation à la certification. La **Thaïlande** a estimé que l'harmonisation était essentielle en raison de l'évolution des technologies et a appelé à la poursuite de la collaboration pour garantir la sécurité des patients. Le **Brésil** a souligné la coopération entre l'OMS et le

Nomenclature mondiale des dispositifs médicaux (GMDN), en notant que l'enregistrement est

obligatoire, mais que l'accès est gratuit. Les **Philippines, la Malaisie, l'Indonésie et le Pakistan** ont exprimé leur ferme soutien aux efforts menés par l'OMS et ont souligné l'importance d'une adoption et d'une intégration généralisées des codes GMDN. Les **Bahamas** ont félicité l'OMS pour son leadership et ont reconnu le rôle de MeDevIS.

Plusieurs pays ont demandé l'appui technique et le renforcement des capacités de l'OMS. L'**Inde** a demandé des conseils techniques pour l'utilisation de MeDevIS. Les **Bahamas** ont demandé l'aide de l'OMS pour la mise en œuvre du cadre national. Le **Niger** a noté un manque d'expertise en matière de nomenclature internationale et a demandé l'aide de l'OMS. Le **Cameroun**, s'alignant également sur le **groupe africain**, a souligné que les pays aux ressources limitées ont besoin de ressources collectives et d'un soutien pour renforcer la coopération internationale et l'interopérabilité.

Les pays ont également mis en avant les progrès réalisés aux niveaux régional et national. L'**Arabie saoudite** a décrit le développement en cours d'un système national de nomenclature et d'une base de données, et a proposé de partager son expertise par l'intermédiaire de sa FDA. Le **Pakistan** a pleinement intégré les codes MeDevIS et GMDN dans ses systèmes numériques. **La Malaisie** a adopté le GMDN dans le cadre de sa loi sur les dispositifs médicaux et relie les données saisies aux systèmes de suivi des dispositifs. **La Corée du Sud** élabore son propre système de nomenclature et a souligné l'importance des mises à jour régulières de l'OMS. **Le Salvador** a salué les efforts de l'OMS pour améliorer la disponibilité, l'accessibilité et l'abordabilité des dispositifs, et a appelé à une normalisation afin de garantir l'équité des soins de santé. **Le Kenya**, s'alignant sur le groupe africain, a souligné l'importance d'un système de nomenclature efficace pour suivre les progrès technologiques.

Plusieurs États membres ont souligné l'importance du partage d'informations, de la transparence et du libre accès. La **Russie** a reconnu la valeur du MeDevIS et a appelé à un équilibre entre les exigences nationales et internationales, avec des principes de libre accès et de transparence. Le **Brésil** et les **Bahamas** ont également appelé à des mises à jour régulières et à un libre accès. Israël a salué la transparence de l'OMS et l'engagement des parties prenantes dans l'élaboration des systèmes de nomenclature et a recommandé que la participation inclusive se poursuive.

Enfin, plusieurs pays ont souligné que la sécurité des patients était l'objectif premier de l'harmonisation de la nomenclature. **Bahreïn** a établi un lien entre le manque de coordination en matière de nomenclature et les retards dans la mise en œuvre des mesures de sécurité et a appelé à l'amélioration des systèmes numériques et du partage d'informations. **Le Panama** a fait état d'améliorations juridiques et réglementaires visant à soutenir les patients, en particulier ceux souffrant de maladies cardiovasculaires. **La Chine** a souligné que les dispositifs médicaux devaient être utilisés conformément à leur destination et a encouragé les parties prenantes à s'engager davantage pour assurer la coordination. **Les Philippines, la Corée du Sud et la Malaisie** ont également établi un lien entre l'amélioration de la nomenclature et le renforcement de la réponse réglementaire et des résultats en matière de santé publique.

Point 13.7 de l'ordre du jour sur le personnel de santé et de soins

Deux documents ont été examinés au titre du point 13.7 de l'ordre du jour. Tout d'abord, le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé a été examiné (documents A78/4 et EB156/2025/REC/1, décision EB156(26)).

Le Code de pratique mondial de l'OMS facilite les réponses nationales, régionales et mondiales en matière de migration éthique des travailleurs de la santé et de renforcement des systèmes de santé et comprend des dispositions prévoyant que les États membres fournissent des rapports réguliers sur sa mise en œuvre et que le Directeur général maintienne le Code en tant que texte dynamique. En février, le CSE a pris note du rapport et, dans sa décision EB156(26), a décidé de recommander à l'Assemblée de demander la tenue de consultations régionales sur les conclusions provisoires du Groupe consultatif d'experts et d'examiner les résultats lors de la 79e Assemblée mondiale de la santé, par l'intermédiaire du CSE 158.

Le deuxième document est la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé : main-d'œuvre 2030 (documents A78/4 et EB156/2025/REC/1, décision EB156(27)). En février, le CE a pris note du rapport et a décidé de recommander à l'Assemblée d'adopter le projet de résolution (dans le document EB156(27)) visant à accélérer la mise en œuvre de la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé : main-d'œuvre 2030.

Au cours du débat, un clivage important est apparu entre les **pays du Sud**, qui ont mis l'accent sur les injustices structurelles et les besoins urgents en matière de soutien, et les **pays du Nord**, qui se sont largement concentrés sur les cadres, l'éthique et les améliorations techniques. Les **États africains et les petits États insulaires**, notamment le **Ghana (au nom des 47 États de la région AFRO), l'Éthiopie, la Namibie, le Zimbabwe, la Barbade, la Micronésie, les Samoa et les Comores**, ont exprimé des préoccupations constantes concernant la fuite des cerveaux, le sous-investissement et les inégalités. Ils ont appelé à un soutien financier et technique, le Zimbabwe proposant notamment la création d'un fonds mondial pour la santé afin de compenser les effets néfastes de la migration de la main-d'œuvre.

La Colombie a adopté l'un des discours les plus éthiques, déclarant : « Nous appelons à la fin du génocide en Palestine et à la protection des travailleurs de la santé. Nous avons besoin de paix en Palestine », rappelant à l'Assemblée que les travailleurs de la santé doivent être « traités comme des travailleurs ayant des droits, et non comme des marchandises ». De même, **la Palestine** a décrit les traumatismes graves et les violences directes auxquels sont confrontés ses professionnels de santé à Gaza, soulignant à quel point les conflits politiques et l'occupation entravent fondamentalement la prestation des services de santé.

En revanche, les pays du **Nord**, tels que **l'Allemagne, la France, l'Irlande, le Royaume-Uni, l'Espagne et la Pologne (au nom de l'UE)**, ont exprimé leur large soutien au recrutement éthique, aux approches sensibles au genre et à l'amélioration des compétences numériques. L'Allemagne, s'alignant sur l'UE, a reconnu la dépendance du Nord à l'égard des travailleurs de santé étrangers, soulignant l'importance d'un « recrutement éthique, équitable et transparent ».

Toutefois, si les déclarations des pays du **Nord** ont souvent mis l'accent sur le développement des systèmes, l'innovation numérique et la planification à long terme, elles ont été moins enclines à aborder directement les asymétries de pouvoir ou la dynamique extractive de la migration des travailleurs de la santé soulignées par les pays du Sud. La **Barbade**, par exemple, a clairement indiqué que les PRITI sont « soumis à un recrutement agressif de la part des pays du Nord », et la **Jamaïque** a exhorté l'OMS à plaider plus fermement en faveur de la prise en compte de l'impact de la migration.

L'Assemblée a souligné un consensus sur la nécessité de mettre en œuvre le Code mondial de pratique de l'OMS et la Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé 2030. Des pays

comme l'**Inde**, le **Pakistan**, le **Soudan** et les **Philippines** ont mis l'accent sur le renforcement des capacités nationales par la formation des agents de santé communautaires, la mise en place de cadres pour les sages-femmes et des programmes de bourses d'études favorisant l'égalité des sexes. Parallèlement, le **Costa Rica** et la **Guyane** se sont concentrés sur le suivi et la réglementation des accords bilatéraux et multilatéraux de recrutement. Plusieurs PRITI, dont le **Bangladesh**, le **Liban** et le **Malawi**, ont critiqué l'absence de mécanismes d'application du Code et ont appelé à une collecte de données conformes à la réalité et à une solidarité internationale effective. Malgré ces défis, de nombreux pays, tant du Nord que du Sud, ont soutenu la résolution et la stratégie, reconnaissant qu'à défaut d'une action décisive, éthique et redistributive, la pénurie mondiale de 11 millions de travailleurs de santé prévue d'ici 2030 continuera de compromettre la couverture sanitaire universelle.

La session s'est terminée par l'approbation de la décision contenue dans le document EB156/26 sur le rapport intérimaire du groupe consultatif d'experts sur le code mondial de pratique de l'OMS et le recrutement du personnel de santé, et par l'approbation de la résolution visant à accélérer l'action sur la stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé : main-d'œuvre 2030, telle que contenue dans le document EB156/27.

Comité A (lundi après-midi)

Dans l'après-midi, le Comité A a examiné les points 13.8 (Projet de stratégie mondiale pour la médecine traditionnelle 2025-2034) et 13.9 (Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents).

13.8 Projet de stratégie mondiale pour la médecine traditionnelle 2025-2034

En ce qui concerne le point 13.8, le document EB156/16 présente le projet de stratégie mondiale en matière de médecine traditionnelle (2025-2034). Lors de sa réunion, le Conseil exécutif, dans sa décision EB156(28), a décidé de recommander à la 78e Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la stratégie et de demander des rapports à la WHA83 et à la WHA87.

La 78e Assemblée mondiale de la santé a mis en évidence les principales dynamiques géopolitiques entre la volonté du **Sud** d'intégrer, de reconnaître et de respecter les cultures, et la priorité accordée par le **Nord** à la sécurité, à la réglementation et à la validation fondée sur des données probantes. Les pays de la région africaine, menés par le **Zimbabwe**, ont souligné que la médecine traditionnelle est une composante essentielle des soins de santé publics pour la majorité des populations. L'**Éthiopie**, le **Kenya**, l'**Afrique du Sud** et le **Burkina Faso** ont renforcé ce point de vue,

en mettant en avant leurs politiques nationales et leurs cadres législatifs visant à intégrer la MT dans les systèmes de santé primaires. Des pays comme la **Thaïlande** et le **Honduras**, s'exprimant au nom de leurs régions respectives, ont réitéré leur appel à l'OMS pour qu'elle aide à élaborer des méthodologies adaptées au contexte qui protègent les connaissances autochtones tout en renforçant la validation scientifique. L'**Inde**, la **Chine** et le **Vietnam** ont souligné l'intégration de la MT dans les systèmes nationaux d'assurance et de politique, affirmant qu'elle constituait un pilier essentiel de l'équité en matière de santé et de la confiance des communautés.

En revanche, la **région de l'UE** s'est concentrée sur la rigueur scientifique, la sécurité et la réglementation, mettant souvent en garde contre l'exploitation commerciale et les risques potentiels pour la santé des remèdes traditionnels non éprouvés. Tout en reconnaissant les racines culturelles

de la MT, l'UE a souligné que l'OMS devait rester une « *voix normative* » et se prémunir contre les produits nocifs déguisés en médecine traditionnelle. L'**Allemagne**, la **France** et le **Japon** ont soutenu la réglementation, mais ont insisté sur la coexistence des systèmes modernes et traditionnels, le cas échéant. Les **Pays-Bas** ont établi un lien entre la MT et l'approche « One Health », invoquant les risques pour la biodiversité et la santé animale, et soulignant ainsi une évolution vers des cadres mondiaux en matière d'environnement et de sécurité. L'accent mis par les **pays du Nord** sur la diligence raisonnable, bien que valable, semblait moins attentif à l'héritage colonial et à l'injustice épistémique qui ont historiquement marginalisé les pratiques traditionnelles.

Un thème fédérateur est toutefois apparu dans les appels à un partage équitable des avantages et à l'échange de connaissances, en particulier en ce qui concerne les ressources génétiques et biologiques. Des pays comme le **Brésil**, le **Mexique**, la **Bolivie** et **Haïti** ont présenté la MT non seulement comme un héritage ancestral, mais aussi comme une ressource complémentaire aux systèmes modernes, nécessitant une protection juridique, un soutien technique et la préservation de la culture. L'**Afrique du Sud** et **Cuba** ont souligné l'importance des droits de propriété intellectuelle et de la production locale, tandis que les **Samoa**, les **Comores** et le **Malawi** ont appelé à la solidarité avec les petits États insulaires pour la sauvegarde des pratiques de MT.

La session s'est terminée par l'approbation du projet de décision sur la stratégie de l'OMS en matière de médecine traditionnelle pour 2025-2034, tel qu'il figure dans le document EB156/28.

13.9 Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents

Le Comité A est passé à l'examen du point 13.9 sur la **santé des femmes, des enfants et des adolescents**. Conformément à la résolution WHA69.2 (2016), dans laquelle l'Assemblée mondiale de la Santé a demandé au Directeur général de lui rendre compte régulièrement des progrès accomplis en matière de santé des femmes, des enfants et des adolescents, le document EB156/17 présente un résumé des tendances et des données récentes et décrit les efforts déployés par l'Organisation pour accélérer les progrès en matière de santé des femmes, des enfants et des adolescents.

Les États Membres ont unanimement félicité le Secrétariat pour son rapport sur la santé des femmes, des enfants et des adolescents et ont appuyé avec enthousiasme les objectifs et la mise en œuvre de la Stratégie mondiale. Ils ont également soutenu la création de la Journée mondiale de la prématurité.

Les discussions sur la Stratégie mondiale pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents ont mis en évidence des priorités régionales distinctes. Des pays tels que l'**Angola** (au nom de la région africaine), le **Kenya**, le **Tchad**, l'**Éthiopie** et le **Mozambique** ont fait état d'une réduction notable de la mortalité maternelle et infantile, mais ont souligné la persistance de défis en matière d'équité, de soins aux prématurés et de financement. L'**Angola** a fait état d'une réduction de 40 % de la mortalité maternelle et de 55 % de la mortalité infantile, grâce au cofinancement et au suivi soutenu par l'OMS. Le **Kenya** a soutenu l'inscription de la Journée mondiale de la prématurité au calendrier de l'OMS et a appelé à la réglementation du marketing numérique du lait maternel, tout comme l'**Éthiopie**, le **Malawi**, la **République dominicaine**, la **Barbade**, la **République centrafricaine**, la **Thaïlande**, le **Honduras** et les **Maldives**. Le **Brésil** a fermement soutenu la réglementation du marketing des substituts du lait maternel, déclarant :

« une telle commercialisation, en particulier dans les environnements numériques, peut nuire aux

pratiques d'alimentation des nourrissons et des enfants » et qu'« une réglementation stricte est essentielle pour protéger les soignants et les agents de santé contre toute promotion inappropriée ».

Ce point de vue a été repris par le **Mexique**, la **Colombie**, le **Royaume-Uni**, l'**Espagne**, la **Belgique**, le **Sri Lanka**, le **Samoa**, les **Bahamas** et le **Bahreïn**, entre autres.

En ce qui concerne la santé et les droits sexuels et reproductifs (SDSR), seuls l'**Allemagne** et la **Finlande** ont explicitement fait référence à l'avortement. L'**Allemagne** a appelé à l'accès à la contraception, à l'avortement sans risque et aux soins post-avortement, **tandis que** la **Finlande** a déclaré qu'elle soutenait l'**accès à l'avortement** et a mis l'accent sur l'autonomie corporelle des jeunes. La **Pologne**, s'exprimant au nom de l'UE, n'a pas utilisé le mot « avortement », mais a soutenu les SDSR, l'éducation sexuelle complète et la lutte contre la violence sexiste et les mutilations génitales féminines. La **France** s'est alignée sur la déclaration de l'UE et a souligné la nécessité de protéger les droits des femmes et de promouvoir un changement des normes sociales, mais n'a pas mentionné spécifiquement l'avortement. Ces déclarations contrastent avec l'accent mis par des pays comme l'**Irak**, le **Panama** et le **Vietnam**, qui se sont concentrés sur le renforcement des capacités institutionnelles et la prestation de services prénatals sans faire référence aux cadres relatifs aux droits en matière de santé sexuelle et reproductive.

Parmi les autres points de consensus figuraient un large soutien au leadership stratégique et à l'appui technique de l'OMS. La **Colombie**, le **Panama** et le **Mexique** ont coparrainé les résolutions ; l'**Afrique du Sud**, l'**Inde**, le **Bangladesh** et le **Sénégal** ont exprimé leur adhésion à la stratégie. Plusieurs pays, dont **Singapour**, le **Sri Lanka** et les **Philippines**, ont présenté des programmes nationaux visant à soutenir la santé maternelle, l'allaitement maternel et les soins aux prématurés. L'**Iran** a appelé à l'élaboration de stratégies régionales en matière de santé maternelle et infantile, tandis que la **Chine** a demandé à l'OMS d'accroître son soutien ciblé aux pays en développement. L'**Irlande** et **El Salvador** ont mis en avant leurs investissements dans la contraception et l'allaitement maternel, respectivement. Dans l'ensemble, l'assemblée a approuvé les résolutions **EB156(29)** et **EB156(30)**, reflétant un engagement large, bien que varié, en faveur de l'amélioration des résultats pour les femmes, les enfants et les adolescents, que ce soit par le biais de protections juridiques, de la prestation de services ou d'une gouvernance normative en matière de santé.

Comité A (mardi)

La séance matinale du Comité A a été consacrée aux points 14 (pilier 1) « La santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 » et 15 (pilier 1) « Résistance aux antimicrobiens » de l'ordre du jour, sur la base des documents A78/7 Rev. 1, A78/8 et A78/8 Add.1. La couverture sanitaire universelle (CSU) et les soins de santé primaires (SSP) ont été les thèmes dominants, les pays soulignant la nécessité de renforcer les systèmes de santé afin de garantir un accès équitable et une protection financière.

De nombreux pays ont salué les efforts et les progrès réalisés par l'OMS, mais ont souligné que des défis tels que le changement climatique, les crises humanitaires en cours, les vulnérabilités économiques, le fardeau des maladies non transmissibles et la santé mentale ont retardé la réalisation des ODD en matière de santé d'ici 2030. L'Espagne a fait remarquer que les deux tiers de ces objectifs ne seront pas atteints.

Des pays tels que l'**Australie**, l'**Espagne**, la **France** et l'**Irlande** ont souligné l'importance d'éviter

les doubles emplois et la fragmentation, ainsi que la nécessité d'une bonne rentabilité compte tenu des restrictions financières auxquelles l'organisation est confrontée.

La **région africaine** a fait part des progrès accomplis vers la CSU et de son soutien aux pays par le biais de programmes clés et de la surveillance.

Les **Bahamas**, la **Barbade**, la **Micronésie** et le **Samoa** ont exhorté l'OMS à garantir des stratégies adaptées et l'inclusion dans les initiatives mondiales, soulignant les défis uniques auxquels ils sont confrontés en raison de leur situation géographique, de leurs ressources limitées et de leur vulnérabilité climatique. Ils ont mis l'accent sur la représentation équitable des données, le financement ciblé et le soutien aux capacités nationales comme étapes cruciales pour garantir que personne ne soit laissé pour compte.

Les systèmes de données, la santé numérique et la surveillance ont également été considérés comme des priorités absolues. Des pays comme l'**Australie**, la **Jamaïque**, le **Panama**, les **Philippines**, l'**Autriche**, le **Liban**, la **Thaïlande** et l'**Irlande** ont souligné l'importance de disposer de données sanitaires solides et ventilées pour étayer la prise de décisions fondées sur des preuves. L'**Arabie saoudite**, **El Salvador**, **Cuba**, l'**Inde**, le **Honduras**, la **Russie** et le **Mexique** ont présenté leurs efforts en matière de transformation numérique de la santé, notamment l'intégration de l'IA, les systèmes de surveillance en temps réel et les centres de données sur la santé publique afin d'améliorer le suivi et la réponse politique.

Le développement du personnel de santé et le soutien technique ont été mis en avant par l'**Irak**, l'**Éthiopie**, l'**Arabie saoudite**, la Zambie, la Namibie, l'Iran et **Israël**. Ces pays ont souligné l'importance de la formation continue du personnel, des conseils techniques de l'OMS et du renforcement des capacités nationales. Israël a spécifiquement proposé de former des professionnels de la RAM dans le cadre du leadership institutionnel, tandis que d'autres ont appelé à un investissement plus large dans les ressources humaines locales pour améliorer durablement les systèmes de santé. D'une manière générale, les États membres ont souligné l'importance de la CSU en tant que pilier majeur de l'OMS, qui a probablement bénéficié du soutien le plus universel parmi tous les thèmes abordés lors de l'assemblée de cette année.

La résistance aux antimicrobiennes (RAM) a été un point important de l'ordre du jour, avec un large soutien en faveur de la mise à jour du Plan d'action mondial. Les pays africains (par exemple, le **Kenya**, le **Nigeria** et l'**Éthiopie**), les membres de l'UE (sous la houlette de la **Pologne** et de l'**Autriche**) et les États de la région EMRO (représentés par l'**Arabie saoudite**) ont tous souligné l'urgence de la lutte contre la RAM. Plusieurs pays ont appelé à l'utilisation de l'IA pour soutenir la surveillance. Des pays tels que la **Colombie**, l'**Inde**, le **Brsil**, l'**Allemagne**, le **Royaume-Uni**, l'**Irlande**, le **Japon**, la **Thaïlande**, la **Malaisie** et d'autres ont mis l'accent sur l'approche « One Health », les plans d'action nationaux, l'amélioration de la surveillance et la nécessité d'une coordination internationale. Des appels en faveur d'un financement durable, du renforcement des capacités et de l'inclusion des pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI) ont été réitérés.

Comité B

La valeur symbolique des drapeaux

Au sein du Comité B, les États membres ont débattu d'un projet de résolution visant à permettre à l'OMS d'arborer les drapeaux des États observateurs, ce qui aurait signifié hisser le drapeau de la

Palestine au siège de l'OMS. Israël s'est évidemment opposé à ce projet de résolution, arguant que le fait d'autoriser les drapeaux des États non membres porte atteinte à l'ordre fondé sur des règles et aux principes de souveraineté des Nations unies. Il a mis en garde contre toute dérogation aux règles à des fins de symbolisme politique et a appelé à un vote.

La Palestine a appelé à soutenir cette résolution, présentant le drapeau comme une étape vers l'adhésion à part entière à l'ONU et condamnant les actions d'Israël à Gaza. Plusieurs États se sont fait l'écho de cette position, invoquant la solidarité, l'autodétermination et l'urgence de faire face aux crises sanitaires sous occupation.

Les États favorables au drapeau (**Koweït, Afrique du Sud, Égypte, Algérie, Chine, Espagne, Norvège, Brésil, Nicaragua, Cuba, Malaisie, Turquie**, etc.) ont mis l'accent sur des raisons morales, juridiques et symboliques, s'alignant sur les précédents de l'ONU. Beaucoup ont coparrainé la résolution, la qualifiant de correction d'une injustice historique et de message d'espoir.

Les États neutres/techniques (**Suisse, remarques initiales de la Tunisie**) ont souligné la collaboration de l'ONU sur les priorités en matière de santé (par exemple, la couverture sanitaire universelle, le climat), mais ne se sont pas explicitement opposés à la résolution. Les blocs régionaux (**EMRO, Groupe arabe**) ont unanimement soutenu la résolution, la reliant à des efforts de paix plus larges.

Résultat : la résolution a été largement soutenue. Le vote a été adopté avec 27 abstentions, 99 voix contre et 95 voix pour. **L'Australie** a été le seul État membre à prendre la parole pour expliquer son vote, s'efforçant de rassurer l'assemblée sur le fait que son « *vote en faveur de cette résolution ne constitue pas une reconnaissance bilatérale de l'État palestinien* ».

Les effets de la guerre nucléaire sur la santé

Au titre du **point 18.1**, un débat animé a eu lieu sur un projet de résolution habilitant l'OMS à mener une étude actualisée sur les effets de la guerre nucléaire sur la santé publique.

Les partisans de la résolution ont prononcé des déclarations fermes et sobres sur la menace existentielle que représentent les armes nucléaires dans un monde de plus en plus en proie à des conflits. S'exprimant au nom des coauteurs de la résolution, le **Vanuatu** a déclaré que « *la guerre nucléaire n'est pas une question qui doit être politisée, car elle est beaucoup trop importante et constitue une menace existentielle* ».

Les arguments avancés contre le projet de résolution – principalement, mais pas exclusivement, par les États dotés d'armes nucléaires et les membres de l'OTAN – comprenaient le fait qu'une mise à jour des rapports précédents sur le sujet n'était pas nécessaire, la suggestion que la résolution ne relevait pas du mandat de l'OMS et des préoccupations concernant les ressources financières.

Certains États membres ont fait valoir que l'AMS n'était pas le lieu approprié pour cette discussion et que la réalisation des travaux proposés dépassait le mandat de l'OMS. La **République populaire démocratique de Corée (RPDC)** a estimé que « l'intention [de la résolution] va bien au-delà du mandat de cette organisation » et que « l'OMS [devrait] se concentrer sur les défis sanitaires mondiaux plutôt que de consacrer des ressources précieuses à répéter un travail qui a déjà été fait ».

Les détracteurs ont également fait valoir que le rapport était un gaspillage d'argent (malgré son

impact financier minime pour l'OMS), la **Russie** déclarant que « *le secrétariat de l'OMS a demandé un demi-million de dollars pour mettre à jour ce rapport qui dormait dans un tiroir depuis 40 ans* » et la **RPDC** affirmant que, compte tenu de la crise financière de l'organisation, « *toutes les précautions doivent être prises dans l'utilisation des ressources humaines et financières* ».



« Les armes nucléaires sont une abomination qui menace la santé de tous les peuples. » – Vanuatu

La résolution a finalement été adoptée par 86 voix contre 14, 28 États membres s'étant abstenus.

Drame et tractations en coulisses sur le changement climatique et la santé

Au titre du point 18.3, les États membres ont examiné la question du changement climatique et de la santé. Lors de la session de l'année dernière, l'AMS 77 a approuvé une résolution historique sur le changement climatique et la santé. Avant que ce point ne soit examiné par l'AMS 78, l'avenir du Plan d'action de l'OMS sur le changement climatique et la santé était incertain. Dimanche soir, une motion visant à reporter d'un an la mise en œuvre du plan d'action proposé, présentée par les membres de la région EMRO, a été publiée sur le site web de l'OMS. Selon certaines informations, l'initiative visant à reporter le plan d'action aurait été principalement menée par l'**Arabie saoudite**, avec le soutien de la **Fédération de Russie**, et ces pays auraient passé la matinée à faire pression sur les membres de la région Afrique pour qu'ils soutiennent le report.

Affirmant qu'«*une action urgente et transformatrice est nécessaire, parallèlement à la CCNUCC et à l'accord de Paris*», **les Fidji** (s'exprimant au nom des pays insulaires du Pacifique) «*ont appelé à un partenariat mondial solide, à une coopération multisectorielle, à la mobilisation des ressources, au renforcement des capacités et à un soutien adapté aux petits États insulaires*» afin de garantir la mise en œuvre effective du plan d'action.

Mardi après-midi, les discussions se sont poursuivies au sein du Comité B.



« Nous testons vraiment les règles de procédure aujourd'hui. » – Derek Walton, conseiller juridique

Suite au rejet catégorique de leur motion proposant de reporter le plan d'action, la **Russie** a présenté une proposition d'amendement (que le président a qualifié d'« amendement *amical* ») qui modifierait le projet de décision EB156(40) en ajoutant un paragraphe libellé comme suit :

« ...demander au Directeur général de regrouper les rapports sur les progrès réalisés en matière de changement climatique, d'environnement et de santé en simplifiant les rapports à présenter à la quatre-vingtième Assemblée mondiale de la Santé et à la quatre-vingt-deuxième Assemblée mondiale de la Santé, conformément aux exigences et au calendrier existants en matière de rapports.
»

Cet amendement aurait eu pour effet de remplacer un paragraphe spécifique du projet de décision initial demandant au DG de « préparer un rapport d'étape sur la mise en œuvre du Plan d'action mondial » par une demande de consolidation de ce rapport avec des rapports plus généraux déjà requis sur les progrès réalisés en matière de climat, d'environnement et de santé.

La France a exprimé sa préférence pour l'examen de la décision initiale plutôt que de la version amendée, en partie, selon elle, parce que les membres n'avaient pas eu l'occasion de consulter leurs capitales avant l'examen de la version amendée. Soulevant une motion d'ordre, la France a déclaré

que « *nous aurions souhaité que la décision d'examiner cet amendement soit reconsidérée, car il a été soumis très tardivement* ». La France a fait appel, ce qui a nécessité un vote du comité sur la question de savoir si l'amendement proposé par la **Fédération de Russie** devait même être examiné. Par la suite, par 62 voix contre 47, le comité a rejeté la proposition d'examiner les amendements de la Russie, ne laissant ainsi que la décision initiale, non amendée, sur la table. En vertu de l'article 61 du règlement intérieur, le **Pérou** a proposé une motion visant à clore le débat sur le sujet, au motif que « *nous sommes tous très fatigués aujourd'hui et [...] que la semaine de négociations a été longue* », ce qui permettrait à la commission de passer directement au vote sur le projet de décision. La motion a été adoptée par 94 voix contre 20, et le débat a donc été clos.



« Délégués, restez concentrés » – Président de la commission B

Après un silence incompréhensiblement long, des « *clarifications* » de la part de l'**Égypte** (au nom de l'**EMRO**), qui affirmait simultanément ne pas vouloir adopter la décision par

consensus ni demander un vote, et après des échanges répétitifs entre le président et le conseiller juridique Derek Walton, le projet de décision a finalement été mis aux voix. Les résultats du vote ont été enregistrés à la demande de l'EMRO.

La décision a été adoptée à l'unanimité, par 109 voix contre 0 et 19 abstentions.