



Health for All Now! People's Health Movement

Compte rendu quotidien de PHM sur la 79e Assemblée mondiale de la santé de l'OMS :

5e jour (22 mai 2026)

Rapport rédigé par l'équipe WHO Watch de PHM

Commission A, séance du matin (9 h 00 - 12 h 30)

Point 12.4 Couverture sanitaire universelle (suite)

Au cinquième jour de la 79e Assemblée mondiale de la Santé, la Commission A a poursuivi ses discussions dans le cadre de l'**ordre du jour sur la couverture sanitaire universelle** ([A79/5](#)), en se concentrant sur le projet de **stratégie mondiale pour les soins d'urgence, les soins intensifs et les soins chirurgicaux intégrés** (2026–2035) ([EB158/4](#)), l'accès éthique et la supervision de la transplantation de cellules, tissus et organes humains, ainsi que la reconnaissance des maladies rares comme une priorité de santé mondiale pour l'équité et l'inclusion. Le débat

sur le projet de stratégie mondiale pour les soins d'urgence, de soins intensifs et chirurgicaux intégrés (2026-2035) s'est concentré sur la nécessité de sortir les soins d'urgence et chirurgicaux des environnements hospitaliers isolés et de les intégrer dans les soins de santé primaires et les systèmes de santé nationaux. **Le Togo**, s'exprimant au nom de la Région africaine, a appelé à "*une approche stratégique universelle*" qui coordonne les soins tout au long de la vie, tandis que le **Ghana** a souligné que les soins d'urgence et chirurgicaux sont essentiels pour réduire les décès évitables "*en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire*". La **Zambie** a directement lié cette question aux récentes épidémies de choléra, à la variole du singe et aux inondations liées au climat, avertissant que les déficits de financement et de main-d'œuvre continuent de compromettre la préparation. **Le Tchad** a exprimé son soutien au projet de stratégie sur les soins d'urgence, intensifs et chirurgicaux intégrés pour 2026-2035, en particulier dans des contextes tels que le *bassin du lac Tchad, touché par les attaques de Boko Haram*, les déplacements de population, les migrations, les crises persistantes et la pénurie de personnel de santé qualifié. **Le Cambodge** a fait valoir que les soins chirurgicaux sont essentiels pour réduire "*les décès et les handicaps évitables*".

En ce qui concerne la transplantation de cellules, de tissus et d'organes humains, les discussions ont largement porté sur l'éthique, la réglementation et la souveraineté sanitaire. **Le Togo** a appelé à la mise en place de "*cadres législatifs solides*" pour prévenir le trafic d'organes et protéger les donateurs et les receveurs, tandis que le **Pakistan**, s'exprimant au nom de la région de la Méditerranée orientale, a averti que les systèmes de transplantation restaient "*complexes et très hétérogènes*", nécessitant *une surveillance renforcée, des registres de transplantation et une coopération régionale*. **Le Burkina Faso** a présenté ses premières greffes de rein comme "*une avancée majeure*" vers la réduction des évacuations médicales coûteuses à l'étranger et le renforcement de la

souveraineté sanitaire nationale. Plusieurs pays, dont le **Qatar** et le **Maroc**, se sont déclarés favorables à la poursuite des travaux sur une stratégie mondiale en matière de transplantation, bien que les États membres aient finalement convenu de reporter son examen final à la 80e Assemblée mondiale de la santé (AMS) en 2027 afin de permettre de nouvelles consultations et des améliorations techniques.

Les maladies rares sont apparues comme l'un des sujets de discussion ayant le plus de résonance politique dans le cadre de ce point de l'ordre du jour, de nombreuses délégations présentant la question comme un test d'équité et d'inclusion au sein de la couverture sanitaire universelle. L'**Égypte**, s'exprimant au nom de 41 États membres co-auteurs, a qualifié la toute première résolution sur les maladies rares d'«*étape historique*» pour la «*visibilité, la dignité et l'équité*» de millions de personnes atteintes de maladies rares. Dans le même temps, plusieurs pays ont averti que l'accès au diagnostic, aux traitements et aux médicaments orphelins restait profondément inégal. Le **Sri Lanka** a qualifié ses services dédiés aux maladies rares de «*sous-développés et fragmentés*», tandis que la **Malaisie** a appelé à la mise en place de registres plus solides, de centres d'excellence et de mécanismes de financement durables. Le **Kenya** s'est félicité de l'élaboration d'un plan d'action mondial de l'OMS et a proposé de servir de centre régional d'excellence pour les maladies rares.

Tout au long du débat, de nombreuses délégations ont établi un lien entre la couverture sanitaire universelle (CSU) et des questions plus larges de justice, d'inégalité et de responsabilité politique. Le **Mexique** a souligné que la CSU ne peut se réduire à de simples régimes d'assurance, mais doit garantir un «*accès efficace, rapide et continu*», indépendamment des revenus ou de la situation professionnelle. **Haïti** a averti que la CSU «*ne devrait pas être un privilège*» réservé aux pays stables. **La Palestine** a appelé à une couverture sanitaire universelle complète et à des systèmes de santé solides «*pour tous, sans exception*», en invoquant la *Déclaration d'Astana* et sa vision de la santé comme voie vers la paix. La délégation a souligné que les conditions à Gaza et dans l'ensemble du territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est et la zone C de la Cisjordanie, *restaient exclues de tout progrès sanitaire positif* en raison de la crise humanitaire en cours, de la violence des colons et des attaques touchant les civils, le personnel médical palestinien, les travailleurs humanitaires et les militants de la solidarité internationale.

À la clôture de la session, le Comité A a approuvé les résolutions (résolutions [EB158.R2](#), [EB158.R3](#), [EB158.R4](#) et [EB158.R5](#)) au titre du point 12.4 de l'ordre du jour, notamment les résolutions sur la médecine de précision, l'accès équitable à l'imagerie diagnostique par téléradiologie, la réduction du fardeau des accidents vasculaires cérébraux et la pharmacovigilance intelligente. Le Comité a également approuvé le projet de stratégie mondiale pour les soins d'urgence, les soins intensifs et les soins opératoires intégrés 2026-2035 (décision [EB158\(4\)](#)), tandis que l'examen de la stratégie mondiale en matière de transplantation a été reporté à la 80e Assemblée mondiale de la santé (AMS) en 2027.

Comité B – Séance du matin (9 h 00 – 12 h 00)

Point 20.1 – Réforme de l'architecture sanitaire mondiale et initiative UN80 (suite)

Au cours de la séance du matin, les États membres ont examiné le rapport [A79/23](#), qui présente les grandes lignes de la collaboration de l'OMS avec le système des Nations Unies et d'autres organisations intergouvernementales en 2025. Au titre du point 20.1 de l'ordre du jour, les États membres ont examiné le rapport [A79/24](#) sur le processus conjoint proposé pour réformer l'architecture sanitaire mondiale et l'initiative UN80, ainsi que les incidences financières et administratives de la proposition

([A79/24 Add.1](#)) et le rapport connexe du Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif ([A79/31](#)).

Un thème dominant tout au long du débat a été que le processus doit rester fermement *dirigé par les États membres*. Cette position a été reprise par le **Pakistan, le Panama, l'Indonésie, le Népal, le Mexique, la Chine** et l'**Arabie saoudite**. L'**Afrique du Sud** a fortement insisté sur le fait que "*la responsabilité ne peut incomber qu'aux États membres*", avertissant que si l'inclusivité était importante, l'autorité finale devait rester entre les mains des gouvernements. Le Pakistan a insisté pour que les consultations menées à Genève restent au cœur du processus, faisant valoir que les missions permanentes sont la "*voix faisant autorité des États membres*". L'Indonésie a souligné que le processus "*devrait être visible pour les États membres à tout moment*", et le Népal a insisté sur le fait que les consultations à Genève doivent rester accessibles et inclusives pour les pays à revenu faible et intermédiaire. Au-delà de la participation des États membres, le **Liban** a mis en avant l'importance d'impliquer la *société civile* dans les discussions sur la réforme.

Plusieurs délégations, dont **la Norvège, le Canada, la Slovaquie et l'Indonésie**, ont souligné la nécessité d'un processus de réforme *allégé, efficace et pratique*. La Slovaquie a appelé à un "*processus allégé*" sans *«fardeau financier supplémentaire»*.

La question de l'**aide publique au développement (APD)** et de la baisse du financement de la santé a été soulevée à plusieurs reprises tout au long du débat. Dans une intervention de grande envergure, le **Pakistan** a rappelé à l'assemblée que la réforme "*ne doit pas se traduire par une réduction de l'APD, un affaiblissement de la présence de l'OMS dans les pays ou une diminution du soutien aux pays en développement*". Mettant en garde contre une réforme dictée par l'austérité, la délégation a souligné que "*la rationalisation ne doit pas devenir synonyme de réduction*". Le Pakistan a en outre fait valoir que "*une véritable réforme exige un financement soutenu et prévisible, un transfert accéléré de technologies innovantes pour assurer une autosuffisance à long terme, tout en plaçant le renforcement des systèmes de santé nationaux au cœur de ses priorités*".

La Colombie a prononcé l'une des interventions les plus substantielles sur le plan politique, remettant en question le fondement même du processus de réforme. "*Les informations sur la réforme de l'architecture ne sont pas suffisantes,*" a déclaré la délégation, faisant valoir que les discussions se concentraient principalement sur "*la méthodologie et l'organisation, mais pas sur les questions de fond*". La Colombie a posé directement la question : "*Qu'est-ce qui est réformé, et pourquoi ?*", avertissant que le processus pourrait avoir un "*impact massif sur l'OMS en tant qu'agence spécialisée des Nations unies*". Faisant référence aux précédentes tentatives de réforme de l'OMS sous Brundtland, Chan et Tedros, la Colombie a souligné que toute nouvelle réforme devait clairement définir son objectif. La délégation a en outre insisté sur le fait que "*toute réforme doit protéger le caractère multilatéral public de l'organisation des Nations unies*", mettant en garde contre "*l'ingérence d'intérêts commerciaux privés*".

L'Afrique du Sud a également mis en garde contre une "*influence induite*" dans le processus de réforme et a souligné l'importance de protéger les principes d'équité, "*d'autant plus que nous ancrons l'équité*".

dans l'Accord sur la pandémie". La délégation a lié le débat sur la réforme à la nécessité d'une plus grande résilience face aux futurs chocs de santé publique.

Dans sa dernière intervention, le **Pakistan** a demandé que les rapports intermédiaires et finaux soient communiqués aux États membres avant d'être diffusés plus largement. Le **chef de cabinet** a confirmé que les commentaires du **Pakistan** seraient repris dans les comptes rendus sommaires de l'AMS et pris en compte dans le processus de mise en œuvre.

En clôturant la discussion, le **Directeur général Tedros** a évoqué les récents efforts de stabilisation financière de l'OMS, notant que l'augmentation des contributions obligatoires approuvée en 2023 et 2025 avait contribué à atténuer l'impact des coupes budgétaires et à stabiliser l'Organisation pendant sa restructuration. Il a expliqué que les futures augmentations des contributions obligatoires devraient à terme représenter "50 à 60 %" du budget total de l'OMS, rendant l'Organisation "plus résiliente" et "plus indépendante". Faisant allusion aux interventions de divers États membres, Tedros a répondu que l'OMS avait entendu les appels en faveur de "la transparence, d'un processus inclusif et d'une véritable division du travail" et a conclu que "la règle de ce jeu, c'est d'agir ensemble".

L'Assemblée a pris note des rapports A79/23 et A79/24.

Comité A – Séance de l'après-midi (14 h 00 – 17 h 30)

Point 12.5. Soins de santé primaires et point 12.8. Rapport du Groupe consultatif d'experts sur le Code de bonnes pratiques de l'OMS concernant le recrutement international de personnel de santé

Au titre des points 12.5 et 12.8 de l'ordre du jour, les États membres ont débattu de l'avenir des soins de santé primaires (SSP) (document [A79/5](#)) et de la crise croissante liée au recrutement international de personnel de santé (documents A79/5, [A79/5 Add.3](#) et [A79/5 Add.5](#)), les discussions mettant en évidence des tensions manifestes entre les pays d'origine et les pays de destination. Tout au long du débat, les délégations ont à plusieurs reprises présenté les SP comme le fondement politique et financier de la couverture sanitaire universelle, tandis que de nombreux pays d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine et des petits États insulaires en développement ont averti que la migration de la main-d'œuvre, le sous-financement et la fragilité des systèmes de santé sapient les progrès accomplis.

Plusieurs pays ont fermement réaffirmé que les soins de santé primaires constituaient l'épine dorsale des systèmes de santé nationaux. L'**Éthiopie** a explicitement lié son intervention à la *Déclaration d'Alma-Ata de 1978*, décrivant les soins de santé primaires comme la "pierre angulaire" de son système de santé et soulignant que "80 % [de la population] bénéficient de ces services" par le biais de structures de soins de santé primaires communautaires et multisectorielles. **Cuba** a mis en avant son modèle de soins de santé primaires communautaires établi de longue date par *Fidel Castro*, fondé sur l'égalité, la prévention et l'accès local aux soins. **Le Ghana** a souligné que les soins de santé primaires restent "le fondement de la couverture sanitaire universelle, de systèmes de santé résilients et de la sécurité sanitaire", tout en évoquant sa nouvelle initiative de soins de santé primaires gratuits et ses programmes de prévention communautaires. **Le Zimbabwe** a de même mis l'accent sur une "approche centrée sur les personnes et impliquant l'ensemble de la société", soulignant l'importance d'intégrer

les agents de santé communautaires dans les systèmes formels. **La Micronésie** a averti que pour les petits États insulaires, les soins de santé primaires constituent souvent *“le premier et parfois le seul point de soins accessible aux communautés isolées”*, appelant à des investissements dans la santé numérique, les transports et les services décentralisés.

Le débat politique le plus vif a eu lieu au titre du point 12.8 de l'ordre du jour, consacré au recrutement international de personnel de santé. Les pays d'origine ont fait valoir à plusieurs reprises que les pays de destination riches tirent profit de la migration des agents de santé sans indemniser les pays qui financent leur éducation et leur formation. **Le Pakistan** a prononcé l'une des interventions les plus percutantes de la session, déclarant : *“Nous sommes venus à ces négociations pour demander justice, pas de la charité”*. Le Pakistan a souligné qu'il investissait chaque année massivement dans la formation de professionnels de santé, pour les voir ensuite recrutés à l'étranger par des pays à revenu élevé qui *“économisent des milliards sur la formation de professionnels de santé qu'ils n'ont jamais eu à financer”*. La délégation a établi un lien entre les pertes de main-d'œuvre et la fragilité des systèmes de santé, les catastrophes climatiques, les conflits frontaliers et la réduction de la marge de manœuvre budgétaire, tout en critiquant la résolution pour son absence d'obligations contraignantes. *“La rationalisation ne doit pas devenir synonyme de réduction”*, a fait valoir le Pakistan, ajoutant que *“le texte actuel ne reflète ni l'ampleur du problème, ni l'urgence ressentie par les pays d'origine”*. Le Pakistan a plaidé en faveur d'un *“financement réservé”*, d'obligations contraignantes de co-investissement et de mécanismes financiers concrets, y compris l'APD, tout en avertissant les États membres : *“Nous surveillerons attentivement et nous avons la mémoire longue”*.

Le Bangladesh a soulevé des préoccupations sous un angle différent, faisant valoir que la liste de sauvegarde de l'OMS, destinée à protéger les systèmes de santé vulnérables, peut également limiter injustement les opportunités pour les professionnels de santé des pays d'origine. La délégation a averti qu'en raison d'une application rigide, la liste de sauvegarde est devenue *“un obstacle aux droits des professionnels de santé... de mener un travail digne et valorisant à l'étranger”*, alors que beaucoup restent sans emploi ou sous-employés dans leur pays d'origine. Le Bangladesh a fait valoir que la migration peut également aider les travailleurs à acquérir une expérience professionnelle susceptible de renforcer ultérieurement les systèmes des pays d'origine, appelant à une plus grande flexibilité et à un co-investissement plus significatif de la part des pays de destination.

Plusieurs États membres de la région africaine ont fait écho aux préoccupations concernant l'appauvrissement des effectifs. La **Zambie** a fait valoir que les pays d'origine ont *“supporté le coût élevé de la formation des professionnels de santé”* pendant trop longtemps, tandis que le **Zimbabwe** a averti qu'un retrait prématuré de la liste de sauvegarde de l'OMS pourrait accélérer les pertes de personnel et compromettre les progrès vers la couverture sanitaire universelle (CSU). Le **Ghana** a également souligné l'impact croissant du recrutement international sur les systèmes des pays d'origine.

Les pays de destination et les délégations européennes ont largement défendu le caractère volontaire du Code de l'OMS. S'exprimant au nom de l'UE, la **Croatie** a mis l'accent sur le recrutement éthique, le renforcement des systèmes de données et la coopération internationale, tandis que le **Japon** a souligné que *“le renforcement des systèmes nationaux de financement de la santé et la promotion de l'apprentissage entre pays restent indispensables”*. Le Japon a également mis en avant la coopération bilatérale en matière de main-d'œuvre par l'intermédiaire de la JICA et s'est félicité de la reconnaissance des travailleurs sociaux dans le code révisé. La **Norvège**, l'**Irlande**, la **Suisse**, l'**Australie** et le **Royaume-Uni** ont tous mis l'accent sur les approches de partenariat, la durabilité de la

main-d'œuvre et la coopération mutuellement bénéfique, bien que plusieurs délégations aient évité d'approuver des obligations financières contraignantes envers les pays d'origine.

Tout au long du débat, les États membres ont à plusieurs reprises établi un lien entre les soins de santé primaires et la migration de la main-d'œuvre et des questions plus larges d'équité, de financement et de souveraineté. Le **Chili** a souligné que les soins de santé primaires ne devaient pas seulement répondre aux besoins cliniques, mais aussi *“renforcer les liens communautaires et les relations sociales”* tout en luttant contre l'isolement et l'exclusion. Le **Brsil** a averti que la migration de la main-d'œuvre posait *“des défis difficiles pour la viabilité à long terme des systèmes de santé dans les pays en développement”*, tandis que le **Mexique** a mis l'accent sur les soins communautaires pour les populations rurales et autochtones. Le **Papouasie-Nouvelle-Guinée** a déclaré sans détour que *“la crise des effectifs de santé n'est pas théorique, elle est immédiate et profondément ressentie”*, avertissant que la migration exerce *“une pression considérable sur des services de santé déjà fragiles”*. La délégation a appelé à des mesures concrètes, à un recrutement éthique, à des accords bilatéraux transparents et à un soutien technique renforcé de l'OMS.

À l'issue de la session, le Comité A a approuvé la résolution mettant à jour le Code de pratique mondial de l'OMS sur le recrutement international du personnel de santé et a pris note de la poursuite de la mise en œuvre du programme des soins de santé primaires. Le texte adopté a renforcé les dispositions relatives au co-investissement, au recrutement éthique et à la viabilité de la main-d'œuvre, bien que de nombreux pays d'origine aient clairement indiqué que le compromis final ne répondait pas aux engagements financiers contraignants et aux mécanismes de responsabilité qu'ils avaient recherchés.

Comité B – Séance de l'après-midi (14 h 00 – 17 h 30)

Point 20.2 – Communications du Secrétaire général des Nations Unies en sa qualité de dépositaire de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé

Au titre du [point 20.2 de l'ordre du jour](#) concernant les communications du Secrétaire général des Nations Unies en sa qualité de dépositaire de la Constitution de l'OMS, les États membres ont examiné le retrait de l'Argentine de l'Organisation mondiale de la Santé ainsi que les amendements proposés à la décision [EB158 \(12\)](#).

La **EB158** a décidé de recommander à la soixante-dix-neuvième Assemblée mondiale de la Santé l'adoption de la résolution suivante :

“La soixante-dix-neuvième Assemblée mondiale de la Santé, Prenant note du rapport du Directeur général ;

Ayant pris note de la communication du ministre des Affaires étrangères, du Commerce international et du Culte de la République argentine, notifiant au Secrétaire général des Nations Unies que la République argentine se retire de l'Organisation mondiale de la Santé, avec effet au 17 mars 2026,

DÉCIDE de prendre acte du retrait de la République argentine de l'Organisation mondiale de la Santé, avec effet au 17 mars 2026”

La Belgique, le Brésil, la Croatie, la France, l'Allemagne, le Japon, les Pays-Bas, la Norvège et la République de Corée ont proposé un amendement ([A79/B/CONF./2](#)) visant à éviter toute formulation reconnaissant explicitement le retrait, proposant à la place de “*prendre acte de la demande du Conseiller juridique des Nations Unies*”.

Le Paraguay a en outre proposé d'ajouter la formulation suivante : [l'AMS] “*DÉCIDE que, bien que l'Organisation mondiale de la Santé se réjouira toujours de la réintégration pleine et entière de la République argentine dans les travaux de l'Organisation, aucune autre mesure n'est nécessaire.*”

Le texte final était le suivant :

The Seventy-ninth World Health Assembly,

Taking note of the recommendation contained in decision **EB 158 (12)** entitled “Withdrawal of the Argentine Republic from the World Health Organization” and the report by the Director-General;

Having noted the communication from the Minister of Foreign Affairs, International Trade and Worship of the Argentine Republic dated **25 February 2025, and received by the United Nations Secretary General on 17 March 2025, notifying the latter that the Argentine Republic withdraws from the World Health Organization and that the withdrawal would be effective one year after the receipt of that letter;** ~~notifying the United Nations Secretary General that the Argentine Republic withdraws from the World Health Organization, effective as of 17 March 2026,~~

RESOLVES that while the World Health Organization will always welcome the Argentine Republic's full co-operation in the work of the Organization, it is not considered that any further action at this stage is desirable. ~~to acknowledge the withdrawal of the Argentine Republic from the World Health Organization, effective as of 17 March 2026.~~

Le projet de résolution amendé ([A79/B/CONF./4](#)) a été adopté.

Plusieurs États membres ont fait des déclarations politiques plus générales à la suite de cette adoption. **La Chine** a souligné que l'OMS restait “*l'institution la plus faisant autorité en matière de santé mondiale*”, affirmant que “*la santé publique mondiale forme un tout et ne peut être divisée*”. **La Chine** a également qualifié le retrait d'un État membre de question «*sensible et complexe*» et a appelé à l'établissement de règles plus claires concernant les obligations financières, les procédures de retrait et les conditions de réintégration à l'OMS. **La Bolivie** a qualifié cette décision de “*vitale pour la souveraineté des États*”, tandis que **la Sierra Leone**, s'exprimant au nom du Groupe africain, a souligné que l'unité de l'OMS restait “*essentielle pour les pays en développement*” et a réaffirmé “*l'engagement indéfectible du Groupe envers l'OMS*”.

Point 15.1 Renforcement de la réadaptation dans les systèmes de santé, point 15.3 La santé des peuples autochtones et point 15.4 Nutrition maternelle, infantile et des jeunes enfants

La séance de l'après-midi s'est poursuivie avec l'examen du point 15.1 de l'ordre du jour, le document [A79/5](#), sur le renforcement de la réadaptation dans les systèmes de santé, le point 15.3 de l'ordre du jour sur la santé des

peuples autochtones ([A79/5](#) et EB158/2026/REC/1, décision EB158(10)), et le point 15.4 de l'ordre du jour sur la nutrition des mères, des nourrissons et des jeunes enfants ([A79/5](#)).

Concernant la réadaptation dans les systèmes de santé, de nombreux États membres ont souligné la nécessité d'intégrer les services de réadaptation dans les soins de santé primaires, les interventions d'urgence et la couverture sanitaire universelle. Des États membres, dont la **Chine, le Brésil, la Thaïlande, le Panama, l'Arabie saoudite, les Philippines** et le **Chili**, ont décrit la réadaptation comme une composante *essentielle* des systèmes de santé. **Le Salvador** a évoqué les besoins spécifiques des survivants des *mines et des restes explosifs de guerre*, en particulier dans les zones rurales. **La Zambie, le Sénégal** et **le Maroc** ont souligné les pénuries en matière de main-d'œuvre, d'infrastructures de réadaptation et de technologies d'assistance, appelant à un soutien accru de l'OMS et à des mécanismes de financement durables.

La discussion sur la santé des peuples autochtones s'est concentrée sur la participation significative des communautés autochtones et les approches interculturelles de la prestation des soins de santé. **Le Brésil** a souligné que la santé des autochtones "*ne peut être dissociée de la terre et de la culture*", réaffirmant son engagement en faveur des approches de santé interculturelles. De même, la **Colombie** a souligné que les modèles de soins interculturels étaient essentiels pour mettre en place des systèmes de santé équitables ; **l'Équateur** a mis en avant l'importance d'intégrer des approches familiales et communautaires dans les soins prodigués aux populations autochtones. Le Panama a souligné l'importance "*d'écouter les voix et de tirer les enseignements des connaissances des peuples autochtones*", et **l'Angola** s'est félicité de l'intégration de la médecine autochtone et des systèmes de connaissances traditionnelles dans les soins de santé.

En ce qui concerne la nutrition des mères, des nourrissons et des jeunes enfants, les États membres ont fait part de leurs préoccupations quant aux progrès réalisés vers la réalisation des objectifs mondiaux en matière de nutrition. **Le Burkina Faso** a mis en avant les progrès nationaux réalisés dans la réduction de la malnutrition de 25 % à 17 % entre 2019 et 2025, parallèlement à l'augmentation des taux d'allaitement maternel. **Le Sri Lanka** a mentionné que la crise économique et les catastrophes climatiques aggravaient l'insécurité alimentaire.

De nombreuses délégations ont appelé à une réglementation plus stricte de la commercialisation des substituts du lait maternel. **La Jamaïque** a souligné que la commercialisation des substituts du lait maternel "*doit être réglementée*", tandis que la **Thaïlande** a averti que les infractions liées au marketing numérique transfrontalier avaient "*presque triplé*" en 2025. La **Chine**, la **Turquie**, le **Lesotho** et la **République centrafricaine** ont également appelé à un renforcement de la surveillance de la publicité numérique. Tout au long du débat, les États membres ont à plusieurs reprises établi un lien entre la nutrition, les soins de santé primaires, l'équité et la résilience à long terme des systèmes de santé.