



Traduit de l'anglais par deepl.com

Briefing quotidien du PHM sur la réunion de l'OMS 152 EB : Jour 3 (1er février 2023)

Rapport préparé par WHO Watch, PHM

Le début de la journée a été tumultueux lorsque les ANE n'ont pas été autorisés à entrer dans la salle de débordement, car les discussions confidentielles de la région européenne ne se sont pas terminées à temps et les travaux du CE avaient déjà commencé. En conséquence, la société civile a manqué certaines discussions essentielles sur le point 12.1.

Poursuivant la discussion de la veille sur le point **12.1 Renforcer la préparation et la réponse de l'OMS aux urgences sanitaires - Renforcer l'architecture mondiale de la préparation, de la réponse et de la résilience aux urgences sanitaires (EB152/12)**, les observateurs et les ANE ont lu leurs déclarations individuelles. L'AFRO RD a ensuite souligné que les initiatives doivent tenir compte du rôle essentiel des soins de santé primaires et des soins de santé primaires universels. La *Palestine* a encouragé la **transparence et l'équité comme critères de sélection** des travaux et l'*Iran* a souligné l'**importance d'avoir une discussion inclusive** sur ces questions. Répondant aux déclarations, le *Dr Michael Ryan*, directeur exécutif du programme d'urgences sanitaires de l'OMS, a déclaré que la sécurité sanitaire mondiale commence de bas en haut, avec un **système clinique agile qui peut être étendu, lié au financement et à la gouvernance**. Il a affirmé que l'architecture mondiale de la HEPRR n'était pas un système de ruissellement. Le *DG Dr Tedros* a affirmé que la **proposition n'avait pas pour but de devancer les discussions de l'INB et du RSI**. Il utilise l'élan des nombreux rapports produits évaluant les échecs de Covid-19 de sorte que lorsque les discussions de l'INB et de l'IHR seront terminées, le plan pour l'architecture globale de l'HEPRR sera prêt à démarrer.

Passons au point **24.3 de l'ordre du jour : Comité permanent des documents sur la prévention, la préparation et l'intervention en cas d'urgence sanitaire (EB152/45, EB152/54 et EB152/54 Add.1)**. Le Comité permanent (CP) a discuté du décalage entre les mandats des membres du Comité permanent, en raison de la date des nominations en décembre, et le cycle normal des membres du comité qui s'aligne habituellement sur le calendrier de l'Assemblée de la Santé. Deux options ont été présentées (pour plus de détails, voir le document EB152/54) : 1. **prolonger les mandats actuels de 3 membres du CD jusqu'à la clôture de la WHA78 (2025) et prolonger les mandats actuels du président et du vice-président du CD jusqu'à la clôture de la WHA77 (2024)** ; 2. **raccourcir les mandats actuels des 3 membres du CD pour qu'ils expirent à la**



clôture de la WHA77 (2024) et raccourcir les mandats actuels du président et du vice-président du CD pour qu'ils expirent à la clôture de la WHA76 (2023). Le *Rwanda, le Paraguay, le Pérou, les États-Unis, l'UE, le Brésil, le Japon, les Maldives, le Yémen, la Malaisie, le Royaume-Uni, la Chine, la Colombie, la Norvège et Singapour* ont choisi l'**option 1** parce qu'elle garantit la cohérence avec le cycle annuel du comité, mais maintient également un équilibre entre la continuité du comité et la rotation régulière des membres parmi les États membres. *L'UE a ajouté* que le comité devrait établir des liens avec d'autres organes, notamment le groupe d'experts de haut niveau "One Health" et l'alliance quadripartite, afin de garantir une approche "One Health" pleinement opérationnelle. *La Fédération de Russie a estimé* que l'**option 2** était la plus appropriée et a **demandé une procédure de vote effective**. Après quelques délibérations, la session a été reportée après le déjeuner. Le vote a eu lieu au cours de la session de l'après-midi et l'**option 1** a été adoptée avec un amendement selon lequel **certains membres ont vu leur mandat prolongé de six mois**.

Point 5 de l'ordre du jour. **Couverture sanitaire universelle (CSU) - Réorientation des systèmes de santé vers les soins de santé primaires en tant que fondement résilient de la couverture sanitaire universelle et préparation d'une réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations unies sur la couverture sanitaire universelle (EB152/5, EB152/CONF./3, EB152/CONF./3 Add.1, EB152/CONF./4, EB152/CONF./4 Add.1, EB152/CONF./7, EB152/CONF./7 Add.1, EB152/CONF./10 et EB152/CONF./10 Add.1 Programme de travail n° 2).** Les participants se sont **accordés sur l'importance des soins de santé primaires pour parvenir à un système de santé universel**. *L'UE a commencé* en déclarant que "les soins de santé primaires (SSP) constituent la première ligne de défense contre les épidémies et les pandémies". Le *Botswana* s'est engagé en faveur de la santé pour tous, tandis que la *Fédération de Russie a rappelé* que **la déclaration ALMA ATA était toujours d'actualité pour nous guider vers la santé universelle**. La *Slovénie a mis l'accent* sur la participation sociale et l'implication de la société civile. Certains commentaires ont porté sur l'**accès aux médicaments et aux soins**. Les *Pays-Bas ont souligné* l'écart croissant entre les pauvres et les riches en matière d'accès aux médicaments. Les *47 États membres de la région Afrique* ont demandé un **soutien technologique et financier** pour développer et aider les pays à atteindre la couverture universelle des soins de santé et à élaborer des services nationaux. *L'UE a affirmé* que les **déterminants sociaux** devraient être considérés comme une priorité. La protection sociale devrait garantir que chacun puisse accéder aux systèmes de santé sans avoir à débours des sommes catastrophiques. Le *Timor Leste, au nom de la région SEARO, a déclaré* que la **revitalisation des soins de santé primaires nécessitera des ressources et des financements** en ce qui concerne la main-d'œuvre et les fournitures médicales et a proposé que les "besoins non satisfaits" soient inclus comme indicateur pour mesurer les soins de santé primaires. La *Corée a souligné* l'utilité des **systèmes de données et d'information** et les *Maldives ont demandé* à être soutenues dans leur mise en place. Les *États-Unis ont mentionné* l'importance de l'accès aux médicaments pour les communautés vulnérables et marginalisées. La *République syrienne a protesté* contre le fait que ses contributions concernant les diagnostics n'ont pas été



prises en compte dans la proposition. La **pénurie de professionnels de la santé** a été mentionnée. Les *Pays-Bas* ont souligné la nécessité de disposer de davantage d'infirmières communautaires. 47 La *Région africaine de l'EM* a souhaité que la réorientation vers les soins de santé primaires devienne le fondement de la sécurité sanitaire et du système de santé. L'accent a également été mis sur le financement. Le *Brésil* a souligné la nécessité de renforcer la coopération internationale en matière de financement. Le *Yémen* a affirmé la nécessité d'un système de financement commun qui pourrait provenir des États membres ou des partenaires. La *France* a défendu les fonds multilatéraux.

Session de l'après-midi

Programme de travail

La session de l'après-midi a commencé par l'acceptation par les EM d'une décision sur le point 24.3, où l'option 1 (avec quelques amendements) a été adoptée. Après cela, la discussion est revenue au point 5 de l'ordre du jour sur le CHU, qui a été conclu. Le président a ensuite ouvert la discussion sur le point 6. Celui-ci n'est pas conclu et, à la fin de la journée, le point est suspendu jusqu'au soir du quatrième jour (jeudi 2 février).

Le quatrième jour de l'EB s'étendra de 10h à 21h, et le président a précisé que les points de l'ordre du jour qui seront couverts en premier sont la **prévention et le contrôle des infections (9)**, la **feuille de route mondiale pour vaincre la méningite d'ici 2030 (10)**, la **normalisation de la nomenclature des dispositifs médicaux (11)**.

5. couverture universelle des soins de santé

Réorientation des systèmes de santé vers les soins de santé primaires en tant que fondement résilient de la couverture sanitaire universelle et préparation d'une réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations unies sur la couverture sanitaire universelle ([EB152/5](#))

Tous les États membres se sont dits préoccupés par l'absence de progrès dans la réalisation des ODD liés à la santé universelle. Beaucoup ont noté que la pandémie de Covid-19 n'a fait qu'accentuer la lenteur des progrès accomplis sur ce front avant la pandémie. De nombreux pays en développement ont à nouveau mentionné que le renforcement des systèmes de santé était une priorité nationale et que toute ressource destinée à renforcer les systèmes de santé devait être utilisée pour renforcer l'offre de soins de santé primaires. Les États membres ont notamment mentionné la nécessité d'améliorer les infrastructures de santé (y compris, mais pas uniquement, les infrastructures de surveillance des maladies). La *Zambie* a demandé à l'OMS de renforcer les plans nationaux pour atteindre la couverture universelle des besoins, de donner la priorité à l'équité



dans l'allocation du budget de l'OMS et d'allouer le budget là où les besoins sont les plus importants.

Dans ses commentaires, le DG a présenté les soins de santé primaires, qui sont l'une des composantes du système de santé universel, comme une priorité pour les pays développés et en développement, s'ils veulent assurer leur sécurité sanitaire. Il a décrit les soins de santé primaires comme les "oreilles et les yeux" des systèmes de santé, et donc comme essentiels à la prévention, à la détection précoce et à la réponse aux épidémies dans tous les pays. Le DG a noté que la faiblesse des investissements dans les SSP rendait même les pays riches vulnérables à la pandémie de Covid.

De nombreux États en développement ont également souligné la nécessité d'accroître les effectifs et d'améliorer la formation du personnel de santé, Haïti faisant remarquer que les pays en développement étaient confrontés au problème de la fuite des cerveaux, qui équivaut à un "gaspillage" de leurs "ressources". Dans ses commentaires au Conseil, le DG adjoint a souligné qu'il aidait les pays à mettre en œuvre le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. Dans ses commentaires au Conseil, le DG a présenté le problème comme une inadéquation entre l'offre et la demande qui, dans le contexte de la pénurie mondiale de travailleurs de la santé, conduit ces derniers à migrer vers des marchés plus riches. Il a proposé que le monde s'unisse pour former davantage de travailleurs de la santé, décrivant une augmentation de "l'offre" de travailleurs de la santé comme un élément susceptible de remédier à leur pénurie dans les pays en développement.

L'héritage de la distribution inéquitable des technologies de prévention, de diagnostic et de traitement du Covid-19 a également été évoqué lors de la discussion. Les décisions visant à accroître l'accès à l'oxygène médical et à renforcer les capacités de diagnostic des pays ont été acceptées par la réunion. Eswathini a demandé à l'OMS de soutenir les pays dans leur objectif de parvenir à un accès équitable aux diagnostics afin de créer des directives qui faciliteraient cet objectif.

Tous les autres projets de décision soumis sous ce point de l'ordre du jour ont été acceptés. En résumé :

- Le conseil a pris note du rapport EB152/5
- La décision EB152/con3 a été adoptée
- La décision EB152/conf4 a été adoptée.
- La décision EB152/con7 a été adoptée
- La décision EB152/conf 10 est adoptée.



De nombreux pays s'inquiètent de l'augmentation des dépenses de santé catastrophiques et la plupart d'entre eux considèrent l'accès universel à un mécanisme d'assurance maladie universelle comme un outil important pour y remédier. La Norvège a souligné que, pour être efficaces, les systèmes de couverture universelle des soins de santé nécessitent des protections sociales plus larges, une orientation vers la prévention, une forte responsabilisation, une gestion financière et un leadership politique, notamment en veillant à ce qu'ils restent une priorité de l'agenda politique mondial.

La Pologne a fait valoir que les dépenses de santé catastrophiques devraient être une question prioritaire pour tous les gouvernements. Pour ce faire, elle a demandé que l'on s'attaque à la relation inégale entre l'État et les acheteurs, d'une part, et les fournisseurs de médicaments, d'autre part. Il a indiqué qu'il serait heureux de discuter plus avant des questions de prix équitables lors de la WHA76. Le Bangladesh a demandé au Secrétariat d'examiner comment les services de santé essentiels et autres fournitures peuvent être dissociés des intérêts politiques et commerciaux.

De nombreux pays ont insisté sur le fait que les systèmes de soins de santé universels devaient garantir l'accès universel aux soins primaires, certains (comme la Norvège) soulignant que la réalisation de ces systèmes nécessitait une implication au niveau communautaire. De même, Haïti a fait valoir que si les pays ne s'engagent pas dans la mobilisation sociale, le CHU restera inaccessible, et que les programmes de soins verticaux perturbent la capacité des pays à atteindre leurs objectifs en matière de soins de santé primaires.

L'Argentine a souligné que la transparence, la solidarité, la recherche et le développement, ainsi que la production locale sont autant d'éléments d'un système de CHU équitable. La plupart des pays ont fait référence aux objectifs des ODD lorsqu'ils ont parlé des CHU, ce qui est compréhensible étant donné qu'il s'agit d'un point de référence principal pour la documentation sur ce point. Toutefois, les transformations structurelles plus larges soulignées par l'Argentine n'ont généralement pas été mentionnées par les États développés.

6. Maladies non transmissibles (MNT)

Déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, et la santé mentale ([EB152/6](#)) ; Projet de menu actualisé des options politiques et des interventions rentables pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles

La plupart des pays se sont déclarés préoccupés par l'ampleur du nombre de personnes souffrant de MNT entre et dans les pays. Tous les pays se sont déclarés favorables à la reconnaissance de la santé mentale comme cinquième MNT et à son intégration dans les soins de santé primaires. Le Danemark a noté que les dépenses consacrées à la santé mentale étaient nettement inférieures à



celles consacrées aux maladies somatiques et a demandé aux pays d'investir à long terme pour améliorer la santé mentale (en particulier chez les enfants et les adolescents) et lutter contre la stigmatisation et la discrimination. Il a également souligné qu'il était nécessaire de disposer d'une base factuelle plus solide pour produire des recherches de qualité sur la santé mentale.

La Chine a également fait une intervention sur la question de la recherche et de l'élaboration de politiques fondées sur des preuves lorsqu'elle a demandé au Secrétariat d'indiquer dans ses notes si ses documents contiennent des références à des publications scientifiques non anglophones.

D'une manière générale, de nombreux pays en développement ont mentionné l'importance d'un accès durable aux technologies nécessaires pour diagnostiquer et traiter les MNT, et la production locale et le transfert de technologie ont été identifiés comme des mécanismes importants pour y parvenir. Le Botswana, par exemple, s'est félicité de l'annexe actualisée que l'OMS a élaborée afin d'élargir le menu des interventions rentables que les pays peuvent mettre en œuvre. Cependant, il a également lancé un appel urgent à l'investissement dans la recherche et le développement, en particulier dans les PRFM, afin de permettre le développement de dispositifs médicaux adaptés au contexte pour la gestion des maladies non transmissibles.

Dans son intervention, le Canada a demandé des précisions sur la manière dont le Secrétariat prévoit d'intégrer le programme de lutte contre les maladies non transmissibles 5 par 5, y compris les interventions visant à lutter contre la pollution atmosphérique, dans les mises à jour du plan d'action mondial et des documents connexes. Le Japon a noté que le rapport ne contenait pas de conditions critiques telles que le cancer de l'estomac et de la peau, et a mis en garde contre le fait que cela conduise à un désinvestissement dans ces domaines. Il a demandé au secrétariat de recommander des interventions sur ces pathologies. La Slovaquie a demandé qu'une plus grande attention soit accordée à l'obésité et au cancer chez les enfants. L'Inde a appelé à l'élaboration de directives sur la condition physique adaptées à l'âge et à la promotion d'approches holistiques de la gestion des MNT, notamment en intégrant la médecine traditionnelle dans les soins de santé primaires.