

Traduit de l'anglais par deepl.com

**Briefing quotidien du PHM sur la réunion de l'OMS 152 EB : Jour 5 (3 février 2023)
Rapport préparé par l'équipe de WHO Watch du PHM**

Session du matin

Point 14 de l'ordre du jour.

Bien-être et promotion de la santé (document [EB152/20](#)).

Au cours de cette session, le BE devait fournir des orientations sur la poursuite du développement du projet de cadre de l'OMS pour la réalisation du bien-être, notamment en ce qui concerne :

- l'approche générale adoptée ;
- tout changement nécessaire dans l'importance accordée à chaque section, y compris le plan de mise en œuvre et de suivi ;
- toute omission importante.

Comment promouvoir le bien-être dans les situations de crise

De nombreux pays sont intervenus en soulignant que l'engagement de l'OMS à promouvoir le bien-être était admirable mais compliqué par les conditions de crise dans lesquelles vivent actuellement de nombreuses personnes. L'*Afghanistan* a souligné que le **monde connaît de multiples crises humanitaires et des conflits prolongés, et que cela nécessite de nouveaux paradigmes qui peuvent intégrer la promotion du bien-être dans les contextes humanitaires**. Il a appelé à développer le "lien entre l'humanitaire, le développement et la paix". La Palestine a indiqué que l'occupation israélienne et la guerre ont eu des effets négatifs sur la santé et le bien-être des Palestiniens, et qu'un meilleur accès aux ressources de la communauté mondiale lui permettrait d'aller de l'avant. Les commentaires de la présidente à ce sujet, à la fin de la discussion, ont mis l'accent sur les situations de crise auxquelles de nombreuses communautés sont confrontées, lorsqu'elle a souligné que l'un des principaux enseignements de la conversation est que de nombreuses personnes vivent dans des situations de crise où elles ne sont tout simplement pas en mesure de "choisir" le bien-être.

Orientations sur les collaborations multisectorielles, clarification des termes.

Le *Botswana*, au nom de l'*AFRO*, a ouvert le débat en mettant l'accent sur les déterminants environnementaux, économiques, commerciaux et politiques nécessaires pour parvenir à un système de santé universel (l'UE n'a pas fait de déclaration commune sur ce point de l'ordre du jour). Ils ont affirmé que "la santé et le bien-être ne sont pas un coût, c'est un investissement dans notre avenir commun". Ils ont demandé aux **EM de se compléter mutuellement au lieu de dupliquer leurs efforts**. De nombreux pays (*Ghana*, *Malaisie*) ont demandé à l'OMS d'offrir des **conseils techniques et un soutien au renforcement des capacités pour créer des partenariats multisectoriels efficaces** visant à éliminer les inégalités en matière de santé durable. L'*Inde* a souligné que les **interventions en faveur du bien-être devraient également porter sur les systèmes de protection sociale et d'aide sociale qui traitent de la santé sexuelle, de la nutrition, de la toxicomanie et**



du stress, tandis que l'*Allemagne* a insisté sur une intégration plus forte des soins de santé primaires, y compris le financement durable et solidaire, dans les cadres visant à promouvoir le bien-être. La *France* a également insisté sur une **approche transversale impliquant tous les secteurs et a fait des références répétées aux droits de l'homme**. La *Chine* a demandé des éclaircissements sur les termes utilisés dans le document, en demandant à l'OMS d'y ajouter un glossaire pour définir les différents termes et expliquer les liens entre eux, par exemple bien-être, protection sociale et santé sociale. La *Thaïlande* a demandé à l'OMS de rendre compte du rôle de toutes les parties prenantes, au sein et au-delà du secteur de la santé, en ce qui concerne la mise en œuvre du cadre.

Environnement, toxicomanie

Le *Canada* a souligné l'importance d'**intégrer les facteurs de risque environnementaux** tels que la pollution de l'air et la crise climatique et leur impact sur le bien-être, par exemple à travers l'anxiété climatique. Il a encouragé le Secrétariat à adopter une **approche plus forte pour la promotion de la santé mentale** et à accorder une attention particulière aux populations ayant des problèmes complexes de santé mentale et de toxicomanie. La *France* a également demandé de mettre davantage l'accent sur la santé mentale en tant qu'indicateur et objectif. L'*Allemagne* a salué l'accent mis sur le changement climatique et la crise de la biodiversité en tant que déterminants de la santé et du bien-être et a suggéré que la crise de la pollution atmosphérique soit également incluse dans le thème de la promotion de la santé. Le *Canada* a en outre demandé une **articulation plus claire de l'impact à long terme des maladies infectieuses sur le bien-être**, comme le Covid-19, et de son impact dans la phase post-pandémique.

Santé numérique

La *France* a plaidé pour le renforcement des **technologies numériques de santé en tant que mécanisme de promotion du bien-être** et pour qu'elles couvrent toutes les communautés tout en étant adaptées aux circonstances au niveau national et au niveau communautaire. Le *Brazil* a appelé l'OMS à relever les défis persistants liés à la numérisation dans son intervention.

Construire une compréhension collective

Le *Pérou* a indiqué que les **élections étaient l'occasion de sensibiliser à la promotion de la santé et de dégager un consensus à long terme sur la politique de santé**. Ils ont également appelé les gouvernements à se concentrer sur les enfants qui ont subi des violences, et à inclure les soins et l'orientation de la famille dans le processus de réhabilitation. La *Malaisie* a appelé les pays à passer **de la sensibilisation à la santé à l'appropriation de la santé**, et a souligné l'importance pour les pays d'adopter une approche pangouvernementale dans la promotion du bien-être. La *Finlande* a fait valoir que les interventions au niveau individuel ne pourront pas résoudre la crise actuelle. Elle a **souligné le lien entre l'économie et le bien-être et a proposé une collaboration plus étroite avec le Conseil sur l'économie de la santé pour tous** sur ce sujet.

Reconnaissance de la diversité

De nombreux pays ont mentionné le respect de la diversité ethnique, raciale et de genre comme un élément clé de la promotion du bien-être. La *Chine*, par exemple, a demandé à l'OMS de tenir compte du fait que les conceptions du bien-être sont façonnées par les différences nationales, culturelles, économiques et politiques entre les pays. La *Colombie* a noté que les idées sur le "bien vivre" en Amérique latine incluent le soin de la terre et des humains. Elle a souligné que le respect des communautés indigènes est à la base du bien-être et que nous avons besoin d'une



conception plus holistique, diverse et participative du bien-être, qui inclut la fin de la guerre, du patriarcat et du racisme, la décarbonisation de l'économie, une meilleure protection de l'environnement et le respect de la médecine traditionnelle. La Colombie a également souligné que ces interventions sont essentielles pour garantir les droits à l'éducation, au travail et à la paix, qui sont importants pour surmonter les inégalités. La Russie a utilisé l'idée de diversité pour s'opposer au langage sur le genre dans la documentation sur ce point. Elle a fait valoir que l'OMS compte des États membres très divers et qu'il était donc inacceptable que l'OMS utilise dans ses documents une terminologie relative au genre qui n'avait pas été approuvée par tous les membres.

Nouveaux indicateurs, nouvelles formes d'investissement

Le Mexique a appelé à l'élaboration de nouveaux indicateurs de bien-être, différents des indicateurs existants tels que le PIB. Il a également souligné que la coopération internationale et les investissements dans les PRFM doivent faire l'objet d'une plus grande attention afin de garantir que les PRFM adoptent des politiques plus appropriées pour promouvoir le bien-être.

Il n'y a pas d'autres demandes de l'assemblée ; le conseil d'administration prend note du rapport contenu dans le document EB152/20.

Point 15 de l'ordre du jour.

Mettre fin à la violence contre les enfants grâce au renforcement des systèmes de santé et à des approches multisectorielles (document [EB152/21](#)),

Oman a déclaré que nous avons besoin d'un engagement multisectoriel pour assurer le signalement et la protection des enfants contre la violence. Ils ont demandé de garantir la formation et le renforcement des capacités, c'est-à-dire d'**intégrer des modules de formation dans le programme d'études des médecins, des infirmières et des dentistes**. Le Brésil s'est fait l'écho de la nécessité de former les professionnels de la santé, ajoutant également la nécessité de **construire une compréhension sociale collective** de cette question. Le Yémen a indiqué qu'il ne disposait souvent pas des données nécessaires pour mettre en place la politique dont il avait besoin et qu'il fallait renforcer la formation et les capacités pour améliorer sa stratégie globale en matière de santé. La Malaisie a admis que son ministère de la santé n'avait pas encore élaboré de plan d'action national sur cette question, impliquant d'autres ministères et parties prenantes. Elle a demandé des conseils pour la formation afin d'accroître la capacité du personnel de santé à **détecter la violence contre les enfants au niveau des soins de santé primaires**. La France a fait écho au même sentiment, mais a ajouté qu'il devrait y avoir des **services spécialisés accessibles aux jeunes**. Le Ghana, au nom de la région AFRO, a noté avec inquiétude la **mise en œuvre inégale du cadre dans la région**. Il a demandé au Secrétariat d'aider les États membres à créer des organes intersectoriels au sein des ministères de la santé afin d'aider à coordonner les efforts. Le Japon a prévu d'aborder la question par le biais des infirmières de santé nationales/municipales, mais a rappelé que le **secteur de la santé ne pouvait à lui seul répondre à la violence contre les enfants (VAC)**. L'Inde a déclaré qu'il était nécessaire de **s'attaquer aux facteurs économiques et sociaux qui favorisent une culture de la violence à l'encontre des enfants** et de renforcer les capacités du système de santé à tous les niveaux. Elle a mis l'accent sur la prévention. La Corée a proposé la création d'un groupe consultatif médical et d'un système permettant aux prestataires de soins de santé de répondre plus efficacement à la violence contre les enfants. Les États-Unis soutiennent l'aide apportée par l'OMS aux prestataires de soins de santé de première ligne pour qu'ils puissent reconnaître les signes



de négligence et intervenir si nécessaire, mais ils ont insisté sur l'approche multisectorielle, y compris les **réformes juridiques, pour répondre aux VAC**. La *Colombie* a réitéré l'**engagement de l'EM à adhérer à la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant et à d'autres instruments relatifs aux droits de l'homme**. Elle a demandé que ceux-ci soient pris en compte afin de développer une approche transversale. Ils ont reconnu l'importance de la réforme du système de santé, en particulier des soins de santé primaires, mais ont souligné que **l'élément principal de la prévention des VAC doit se faire dans le cadre familial, communautaire et éducatif** en assurant une détection et une réponse précoces. La *Russie* a appelé à une **évaluation médicale proactive et à l'application de la loi** et a souligné la nécessité d'informer les parents des enfants sur la façon d'utiliser les systèmes de santé et d'**intégrer la question dans l'enseignement médical**. Les *Maldives* ont indiqué que la **toxicomanie avait atteint un niveau quasi endémique** dans le pays et qu'elle était à l'origine de l'ACC. Elles ont renforcé les campagnes nationales et les mécanismes multisectoriels tels que les lignes d'assistance téléphonique et les programmes de soutien parental. Le *Yémen* est confronté au problème du **recrutement d'enfants dans le conflit armé**. Ils ont affirmé que les travailleurs de la santé ne savaient pas comment lutter contre ce problème et qu'il y avait des lacunes dans la législation. La *Slovaquie* a souligné l'importance de **prévenir la stigmatisation et la victimisation secondaire**, notamment entre frères et sœurs et membres de la famille. Elle a appelé les EM à se soutenir mutuellement et a souligné la nécessité d'un soutien international. *Monaco* a souligné la nécessité de **former les enseignants**. L'Equateur nous a rappelé de **protéger la confidentialité des enfants abusés** et d'améliorer la **collaboration entre les systèmes de santé et judiciaire**. La *Palestine* a soutenu que le VAC dans son pays était le fait de colons israéliens illégaux, ce qui exige une réflexion approfondie et une réponse de la part de la communauté internationale. Les **enfants palestiniens de Jérusalem-Est occupée continuent d'être détenus et arrêtés**, y compris des arrestations de nuit, des liens douloureux aux mains, le manque d'accès à un avocat et l'absence d'installations de détention adéquates pour les enfants. Le président a appelé les MS pour d'autres commentaires. Il n'y a pas d'objection ni de commentaire, le Bureau prend donc note du rapport EB152/21.

Le point suivant était le point **16** de l'ordre du jour, **Déterminants sociaux de la santé (documents [EB152/22](#), [EB152/CONF./2](#) et [EB152/CONF./2 Add.1](#))**. Le Conseil d'administration a été invité à prendre note du rapport et à prendre une décision pour accélérer l'action en matière de prévention mondiale de la noyade, sur la base de la proposition présentée par l'Irlande et le Bangladesh. L'*Inde, au nom de la région SEARO*, a demandé à l'EB d'adopter un projet de résolution par consensus. Le *Pérou* a déclaré que les pays ne bénéficiaient d'aucun soutien technique en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé (DSS). Ils attachent de **l'importance aux mécanismes de suivi** - c'est-à-dire aux données permettant d'analyser les inégalités en matière de santé, ce qui est essentiel pour formuler des plans et des politiques. L'*Afghanistan* a affirmé que nous vivions dans un monde politique où nos actions étaient liées à la politique et que dans un tel environnement, le slogan "**la santé n'est pas la politique n'est pas réaliste**". Ils ont demandé à l'OMS et aux États membres de ne pas se contenter d'investir dans les soins de santé primaires comme moyen de parvenir à la santé universelle, mais d'**aider les politiciens à mettre fin aux conflits mondiaux actuels** ; les acteurs du secteur de la santé doivent travailler dans tous les secteurs pour améliorer la santé durable, ce qui exige de la diplomatie et des compétences politiques chez les responsables de la santé. Les *États-Unis* ont mis l'accent sur la **lutte contre la discrimination structurelle et les problèmes raciaux**. Ils ont demandé aux États membres de permettre aux groupes marginalisés et exclus d'accéder aux soins de santé primaires et ont souligné l'importance d'une approche multisectorielle, notamment pour le financement durable des SDS. La *Chine* a approuvé l'adoption du projet et



a coparrainé la résolution sur la noyade. Le *Canada* a appelé les EM à **agir collectivement contre les SDH comme le racisme, la discrimination basée sur le genre et les inégalités environnementales** et à défendre les droits sexuels et reproductifs complets. Le *Paraguay* nous a rappelé que les multiples crises majeures actuelles, à savoir les conflits, le changement climatique, la pandémie de covidie, avaient exposé et aggravé les inégalités ayant un impact sur la santé. C'est pourquoi il juge essentiel de **responsabiliser d'autres secteurs et institutions à l'instauration d'une culture de la santé**. La *Corée* souhaite coparrainer le projet de résolution sur la noyade. Elle a demandé de mettre au point des indicateurs pour surveiller les inégalités en matière de santé et de se concentrer sur les groupes (migrants ou sans-abri) souffrant de lacunes en matière de santé. Le *Royaume-Uni* a demandé à l'OMS de préciser comment elle entendait mettre en place une approche plus multisectorielle et encourager une plus grande intégration, et plus particulièrement les plans visant à faire appel à d'autres acteurs que le secteur de la santé pour faire face aux effets du changement climatique sur la santé. Le *Brésil* a reconnu la nécessité pour la politique sociale de reconnaître le **rôle du genre comme un déterminant structurel fort de la santé**. Le *Japon* a reconnu que le monde était confronté à de nombreuses crises interdépendantes, notamment la covidie19, les guerres et les conflits, le climat et la crise du coût de la vie. La *Russie* a coparrainé le projet de résolution sur la noyade. L'*Inde* a souligné l'**inégalité entre les zones rurales et urbaines** et a soutenu l'utilisation des **technologies numériques et des agents de santé communautaires pour surmonter les obstacles à la santé durable**. L'*Éthiopie* a proposé d'**accroître l'engagement avec les partenaires de développement** et a appelé à la nécessité de compétences en matière de diplomatie sanitaire. Les *Maldives* ont rappelé que les groupes sociaux se trouvant dans des positions différentes ont vécu différemment l'impact des crises multiples. Elles ont affirmé que des **données désagrégées étaient** nécessaires et qu'il fallait les croiser avec les données d'autres programmes sectoriels pour améliorer le droit à la santé durable, mesurer le gaspillage des systèmes de santé et examiner l'efficacité des politiques. Ils ont coparrainé le projet de résolution sur la noyade. La *Colombie* a demandé au Conseil exécutif d'inclure des questions telles que la santé durable et les inégalités en matière de soins de santé dans l'ordre du jour de la prochaine Assemblée mondiale de la santé. Elle a insisté sur la nécessité de **garantir le droit à la santé au-delà des considérations économiques et commerciales**. Le président a levé la séance jusqu'à 14h30.

Session de l'APRÈS-MIDI

Après le déjeuner, la discussion sur le **point 16 de l'ordre du jour** s'est poursuivie. Le *Bangladesh* nous a informés que la noyade était la principale cause de mortalité. Dans le contexte de l'aggravation des déterminants sociaux de la santé, du changement climatique et des inondations, la **noyade est évitable grâce à des interventions et à une prévention modulables**. Ils ont appelé les EM à soutenir la résolution. La *Norvège* a souligné le lien entre les DSS et les inégalités en matière de santé et a déclaré que **les SSP sont essentiels dans le secteur de la santé** pour renforcer les systèmes de santé, la préparation et la réponse mondiales, ainsi que pour traiter les questions de santé mentale. En tant que coparrain, *Monaco* a apporté son soutien inconditionnel au projet de résolution sur la noyade et à sa mise en œuvre. La *Namibie* a affirmé la nécessité de **s'attaquer aux obstacles à l'équité en matière de santé**, notamment les inégalités économiques, les guerres et les conflits, la discrimination structurelle, afin de réaliser des progrès. L'*Afrique du Sud* a rappelé qu'il y avait peu de progrès en matière de santé durable dans ou entre les pays ; en fait, la situation s'est aggravée. Elle a souhaité **aborder la**



question de la santé durable dans le contexte de COVID-19 et d'autres urgences sanitaires. Ils ont estimé qu'il était important de renforcer les compétences de sauvetage en cas de noyade, c'est pourquoi ils se sont inscrits pour être coparrainés. L'*Indonésie* a coparrainé le projet de résolution sur la noyade car, en tant que plus grand archipel du monde, **le risque de noyade est l'un des plus élevés parmi les dangers rencontrés au quotidien.** Les *Fidji* ont soutenu la résolution parce que **les perturbations liées aux variations saisonnières ont un impact sur leur système de santé** et ont demandé à être co-parrainées. La *Thaïlande* attend toujours la mise en œuvre de la résolution WHA74.16 pour une équité globale en matière de santé. L'*Équateur* a coparrainé la résolution et a souligné la collaboration multisectorielle. La *Suisse* s'est dite préoccupée par l'absence de progrès dans la lutte contre les inégalités en matière de santé au sein des pays et entre eux, ainsi que par le **sous-financement chronique du programme de santé durable.** L'*Eswatini* et la *Sierra Leone* ont demandé à être coparrainés. La *Palestine* a déclaré que le problème de la noyade touchait toutes les régions. Ils ont souligné la nécessité d'une **solution géopolitique** car les guerres et les conflits exacerbent les maladies et les troubles mentaux, que l'on soit riche ou pauvre. La *Slovaquie* a demandé des **analyses d'optimisation des ressources**, à l'instar de ce qui a été fait dans la zone euro, **pour soutenir les "investissements" en matière de santé durable.** En l'absence d'objection ou de commentaire supplémentaire, le BE a pris note du projet et a adopté la résolution.

Le point suivant était le point 17 de l'ordre du jour. **Le meilleur état de santé susceptible d'être atteint par les personnes handicapées (document [EB152/23](#)).** Le *Danemark* a déclaré que le handicap exigeait des services spécifiques, spécialisés et différenciés. Il demande donc **de prendre en compte les expériences des personnes handicapées** et encourage leur participation aux processus de planification et de décision en matière de santé. *Madagascar* nous a rappelé que **80 % des personnes handicapées se trouvaient dans les PFR-PRI** et a insisté sur leur protection en cas d'urgence sanitaire grâce aux soins de santé publique. Ils ont exhorté l'**OMS à inclure le handicap dans tous ses programmes** et ce sentiment a été repris plus tard par le Royaume-Uni et le *Pérou*. La *Malaisie* a appelé à des soins intégrés centrés sur la personne et a demandé d'**engager plus de personnes handicapées** au siège, au bureau régional et dans les bureaux de pays (également repris par les Maldives et l'Argentine). *Les Etats-Unis* ont déclaré qu'il était impératif de continuer à viser le plus haut niveau de qualité de vie pour les personnes handicapées, y compris l'**accès et l'information sur la santé sexuelle et reproductive.** La *Russie* a souligné une nouvelle fois le **problème de la terminologie spécifique au genre** et a demandé instamment l'utilisation d'une terminologie convenue. Le *Pérou* a estimé que les **soins au sein de la communauté sont essentiels** et qu'ils peuvent être dispensés et encouragés par l'OMS par le biais des bureaux régionaux et nationaux. L'*Inde* a déclaré que l'**investissement dans les fabricants locaux et l'utilisation des technologies numériques amélioreraient l'accessibilité** et a demandé à l'OMS de soutenir les États membres pour promouvoir la nutrition, les programmes de formation et la prévention des handicaps. La *France* s'est inquiétée des questions juridiques liées à l'intelligence artificielle (IA) et a demandé une utilisation responsable des outils numériques et de l'IA. Le *Bésil* a souligné que "dans la discussion sur la santé des personnes handicapées, la plupart des pays ont attiré l'attention sur la nécessité pour les personnes handicapées d'avoir accès aux thérapies de réadaptation et aux technologies d'assistance. Peu de pays ont parlé des **handicaps comme étant le produit d'infrastructures sociales et physiques inaccessibles et discriminatoires et de décisions politiques conscientes**". La *Chine* a affirmé que les gouvernements avaient la plus grande responsabilité de garantir les normes les plus élevées en matière de santé pour les personnes handicapées et qu'ils s'efforçaient d'améliorer la prévention, le traitement et la réadaptation. La *Colombie* a insisté sur le renforcement du système



de santé d'une manière qui tienne compte des besoins et des droits des personnes handicapées, en tenant compte du sexe, de l'orientation économique et géographique. *Israël* est d'avis que l'ajustement de nos systèmes de santé pour répondre aux besoins des personnes handicapées, normalement considérés comme un luxe, est un mauvais état d'esprit. Il a demandé que nous placions le handicap au centre de nos préoccupations. La *Slovaquie* a apprécié le travail de l'OMS sur la question mais a affirmé que **l'examen de la portée n'était pas une analyse suffisante pour des interventions fondées sur des preuves** et a demandé des recommandations plus solides fondées sur des preuves. La *Norvège* a demandé des approches inclusives qui ciblent les obstacles. *El Salvador* a demandé à l'OMS et à ses bureaux régionaux de fournir un appui à la **formation des équipes de soins multidisciplinaires** qui travaillent avec des personnes handicapées. *L'Argentine* a demandé la présence d'experts techniques sur les questions de handicap à l'OMS et a noté le lien avec les soins palliatifs. La *Palestine* a indiqué qu'il y avait **plus de 96 000 personnes handicapées en Cisjordanie et dans la bande de Gaza**, dont au moins 3 000 ont déclaré que leur handicap était dû à des attaques militaires directes de l'armée israélienne. Il n'y a pas d'autre commentaire ou objection, le rapport est noté.

Passons au point **18** de l'ordre du jour. **Décennie d'action des Nations Unies sur la nutrition (2016-2025) (Documents [EB152/24](#), [EB152/CONF./5](#) et [EB152/CONF./5 Add.1](#))**. La *Colombie* a soutenu l'**administration de suppléments et la vaccination des mères** pour prévenir les carences en micronutriments et le spina bifida. Le Canada a demandé d'intensifier les interventions d'identification pour **répondre aux besoins nutritionnels dans le contexte du changement climatique** et a demandé à l'OMS d'aider les EM à mettre en place des systèmes fonctionnels tels que des signes d'alerte précoce pour la malnutrition. Il a imploré les États membres d'intégrer l'égalité des sexes dans le cadre de la nutrition, ce qui a été repris par la France. La *Malaisie* a demandé un soutien accru aux stratégies de **synergie avec les partenaires multilatéraux**. Elle a proposé de renforcer la deuxième proposition, c'est-à-dire de **ne pas se limiter à l'approche gouvernementale, mais d'inclure également la société civile**. Le *Timor Leste* a mis l'accent sur l'**augmentation de la taxation de l'alcool et des boissons sucrées au niveau national**, en se concentrant sur les 1000 premiers jours comme une fenêtre d'opportunité. Le *Sénégal* a recommandé au Secrétariat de soutenir les EM : pour revoir et renforcer la mise en œuvre de leurs plans nationaux, pour renforcer la capacité d'analyse des systèmes alimentaires, pour développer et mettre en œuvre des stratégies pour adapter les systèmes alimentaires et les rendre plus résilients face au changement climatique et à d'autres crises, et pour mettre en œuvre les actions essentielles. La *Syrie, au nom de la région EMRO*, a soutenu les programmes de prévention sur l'alimentation des nourrissons et les initiatives d'hôpitaux amis des bébés. Le *Royaume-Uni* a rappelé que **l'émaciation des enfants devrait s'aggraver en 2023**. Ils ont demandé à l'OMS des **directives critiques et actualisées sur l'émaciation infantile, et les ont rendues opérationnelles** (le même sentiment a été repris par les États-Unis). Ils ont demandé si l'OMS avait fait des progrès dans le suivi de ses travaux concernant l'amélioration des résultats en matière de nutrition dans l'ensemble de son portefeuille depuis la discussion sur la nutrition lors de l'EB150. La *Russie* a demandé à l'OMS d'apporter un soutien technologique sur la base des dernières données. Le Brésil a déclaré que l'OMS joue un rôle important dans la prévention de la malnutrition, notamment en encourageant les pays à reconnaître que la **consommation alimentaire va au-delà des choix individuels et nécessite une approche large, de la production à la distribution et à la consommation des aliments**. Les *Maldives* ont demandé de reconnaître le rôle des catastrophes naturelles, des conflits et du commerce dans la réalisation des objectifs nutritionnels et ont souligné que **les 5-19 ans ne sont pas inclus dans les objectifs nutritionnels**. *L'Éthiopie* a souhaité que l'on mette davantage l'accent sur le renforcement des efforts nationaux et infranationaux, ainsi que sur un soutien



ciblé dans les situations d'urgence humanitaire. Le *Bangladesh* a demandé à l'OMS de s'engager avec l'OMC et l'Unicef pour un cadre normatif. L'*Équateur* a proposé un **échange de technologies** pour améliorer la production durable d'aliments sains. Le *Guatemala* a affirmé que l'industrie alimentaire était responsable de l'enrichissement des aliments en micronutriments. L'*Argentine* a commenté le paragraphe 26 du document sur les réseaux. Elle nous a rappelé qu'il existe dans la région un **réseau OMS-PAHO-FAO** qui s'est efforcé de réduire la consommation de sel et d'aliments transformés. De tels réseaux sont **utiles mais nécessitent une plus grande participation**. Nous devons maintenir l'élan. L'*Australie* préconise un **étiquetage clair et informatif des aliments**. Le *DG Dr Tedros* a répondu aux déclarations et a dit que l'OMS n'avait pas travaillé avec l'industrie alimentaire ; c'est plutôt le contraire, qu'elle a surtout été confrontée. Il a demandé de ne pas utiliser ce genre d'approche. Il a affirmé que l'OMS pouvait faire respecter la réglementation lorsque cela était nécessaire, mais qu'elle préférait la coopération. Il ajoute que des **problèmes** subsistent en **ce qui concerne la consommation de sel et de sucre ainsi que l'allaitement maternel**. L'OMS continuera à débattre et à appliquer ou à utiliser des fonctions réglementaires pour y remédier, ajoutant que des progrès ont été réalisés à cet égard. L'OMS dispose d'une **commission de la société civile** qui sera mise en place avant la WHA76. Elle souhaite travailler plus étroitement avec les sociétés civiles afin de comprendre leurs points de vue et de s'appuyer sur eux pour progresser. En l'absence d'objection ou de commentaire supplémentaire, le rapport et le projet de décision sont adoptés.

Enfin, sur le point **19** de l'ordre du jour. **La science comportementale au service de la santé (documents [EB152/25](#), [EB152/CONF./6](#) et [EB152/CONF./6 Add.1](#))**. La *Malaisie* a pris la parole en premier et a plaidé en faveur de l'**intégration systématique de la science comportementale (SC) dans toutes les interventions** afin de rendre la politique de santé plus efficace et d'intensifier l'intégration de la SC. Elle a soutenu la résolution et s'est félicitée de son coparrainage. La *Russie* a demandé que les **facteurs culturels (comportements sexuels) soient examinés**. Elle a soutenu les objectifs stratégiques mais a demandé que les normes soient alignées sur les pays. Le *Botswana, au nom de la région AFRO*, a proposé à l'OMS de **continuer à favoriser un environnement propice à la BS** et de faciliter la production et l'utilisation de données probantes sur la BS dans le cadre d'interventions spécifiques au contexte en travaillant en étroite collaboration avec le monde universitaire et d'autres parties prenantes pour stimuler l'utilisation et créer des bases de données. Ils ont plaidé pour que les données comportementales soient un élément central du programme national de recherche en santé. *Les États-Unis et le Royaume-Uni* ont également encouragé l'OMS à **collaborer avec les institutions universitaires et le secteur privé, ainsi qu'avec les organisations des Nations Unies telles que l'UNICEF, et d'autres organisations possédant une expertise en sciences comportementales**. *Israël* a regretté qu'une fois de plus, la plateforme ait été utilisée pour promouvoir le programme étroit et cynique des Palestiniens. Ils ont affirmé que les enfants palestiniens avaient été exposés et endoctrinés pour glorifier la violence. La *Russie* a rejeté les accusations françaises à son encontre en matière d'insécurité alimentaire, notamment dans le cadre de l'opération militaire spéciale en Ukraine. Elle a affirmé que la chaîne d'approvisionnement normale serait rétablie si seulement l'Occident mettait fin aux opérations économiques illégitimes. La *France* a confirmé qu'il n'y avait pas de sanctions de l'UE sur les systèmes alimentaires et a accusé la Russie d'utiliser la faim comme une arme et d'essayer d'en rendre les Européens responsables. La *Palestine* a accusé Israël de diffamation et a déclaré que "l'idée que nous éduquons et élevons des terroristes n'est pas vraie et n'est pas acceptable". Ils ont exhorté les députés à examiner les rapports de l'Unicef, de l'OMS et du HCR pour se faire une idée réelle de la situation des enfants palestiniens.



La réunion a été clôturée. Demain, elle se poursuivra à 10 heures.