



Allocution du D^r Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général

ACCUEIL DE HAUT NIVEAU (première séance plénière, 21 mai 2023)

Monsieur Ahmed Robleh Abdilleh, Président de la Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé, Monsieur Alain Berset, Président de la Confédération suisse, Monsieur Filipe Nyusi, Président du Mozambique, Madame Jacinda Ardern, ancienne Première Ministre de la Nouvelle-Zélande – en transition professionnelle, Gianni Infantino, Président de la FIFA, Renée Fleming, notre toute nouvelle ambassadrice de bonne volonté pour les arts et la santé, à laquelle s'est associée la Sud-Africaine Pretty Yende, Mesdames et Messieurs les membres du Global Scrub Choir, Excellences, Mesdames et Messieurs les Ministres et les chefs de délégation, chers collègues et amis,

Permettez-moi tout d'abord de remercier Monsieur le Président Berset pour le soutien qu'il nous apporte à titre personnel et le partenariat que nous avons bâti, ainsi que pour l'appui et la collaboration ininterrompue offertes par la Suisse à l'OMS en faveur de la santé mondiale.

Je tiens également à remercier le Président Nyusi pour sa présence aujourd'hui, ainsi que pour son engagement en faveur de la santé, y compris pour son rôle de chef de file en matière de lutte contre le paludisme et sur la voie de la couverture sanitaire universelle.

Je remercie M^{me} Ardern, ancienne Première Ministre, pour le leadership qu'elle a exercé en matière de santé mondiale, et pour l'avoir exercé en toute humilité. C'est ce que nous attendons de tous nos dirigeants – un leadership plein d'humilité. Merci d'avoir incarné ce modèle.

Merci, M. Abdilleh, d'avoir présidé la Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé, qui a fait date.

Merci, M. Infantino, d'avoir contribué à mobiliser la puissance du beau jeu en faveur de la santé, et toutes mes félicitations à l'occasion du 119^e anniversaire de la Fédération internationale de football association, qu'on célèbre aujourd'hui. Joyeux anniversaire à la FIFA.

Merci à Renée Fleming et au Scrub Choir de nous avoir inspirés, émus et divertis grâce au moyen d'expression puissant qu'est la musique.

Merci enfin à vous toutes et tous d'être parmi nous aujourd'hui, à l'occasion de cette Assemblée mondiale de la Santé historique en cette année où nous célébrons le 75^e anniversaire de l'OMS.

Excellences, chers collègues et amis,

En 1977, Ali Maow Maalin avait 23 ans et travaillait comme cuisinier dans un hôpital du port de Marka, en Somalie. En plus de ses fonctions de cuisinier, M. Maalin avait œuvré comme vaccinateur dans le cadre du programme d'éradication de la variole de l'OMS, qui s'efforçait de traquer les derniers cas de variole au sein des groupes de nomades le long de la frontière entre la Somalie et mon pays, l'Éthiopie.

En octobre de la même année, deux enfants atteints de variole appartenant à un groupe nomade ou d'éleveurs ont été envoyés dans un camp d'isolement près de Marka. Le chauffeur qui les transportait s'est arrêté à l'hôpital où M. Maalin travaillait pour demander son chemin. Ce dernier a proposé de les accompagner et le chauffeur lui a demandé s'il était vacciné. M. Maalin lui a répondu : « Ne vous en faites pas pour ça, allons-y. » Il n'était pas vacciné.

M. Maalin n'a pas été en contact avec les enfants infectés plus de 15 minutes. Mais il n'en fallait pas plus. Neuf jours plus tard, il a commencé à se sentir mal et une éruption cutanée a fait son apparition. On lui a diagnostiqué la varicelle et on l'a renvoyé chez lui. Mais M. Maalin savait que ce n'était pas la varicelle. Il avait trop peur de se rendre au camp d'isolement, mais une infirmière de l'hôpital a signalé qu'il était malade.

L'hôpital a cessé d'accueillir des patients en attendant que toutes les personnes se trouvant à l'intérieur soient vaccinées et placées en quarantaine. Pendant ce temps, une équipe a commencé à vacciner tout le voisinage de M. Maalin – plus de 50 000 personnes en deux semaines.

Ali Maow Maalin a été le dernier cas enregistré de variole d'origine naturelle. Il a ensuite collaboré avec l'OMS dans le cadre de la campagne d'éradication de la poliomyélite en Somalie. Il disait que son pays avait été le dernier à éradiquer la variole, et qu'il voulait faire en sorte qu'il ne soit pas le dernier à éradiquer la poliomyélite. Il voyait juste. En 2013, lors d'une campagne de lutte contre une flambée de poliomyélite, il a contracté le paludisme et est décédé quelques jours plus tard, à l'âge de 59 ans.

La campagne d'éradication de la variole a été lancée en 1959 par le D^r Marcolino Candau, Directeur général de l'OMS, et s'est officiellement terminée en 1980, lorsque l'Assemblée de la Santé a déclaré : « que tous les peuples du monde sont désormais libérés de la variole ». Le D^r Candau était d'ailleurs originaire du Brésil et, aujourd'hui, je voulais profiter de ma prise de parole pour rendre hommage à tous nos anciens Directeurs généraux. Je reparlerai par la suite de la D^{re} Gro Harlem Brundtland. Cette éradication de la variole reste la plus grande réalisation de l'histoire de la santé publique ; c'est la seule maladie humaine à avoir été éradiquée à ce jour.

Mais aujourd'hui, nous sommes sur le point d'éradiquer deux autres maladies : la poliomyélite et la dracunculose. Lorsque le programme mondial pour l'éradication de la poliomyélite a été lancé en 1988, alors que le japonais Hiroshi Nakajima était Directeur général, on estimait à 350 000 le nombre de cas par an. Depuis le début de l'année, seuls 3 cas ont été comptabilisés. De même, lorsque le programme d'éradication de la dracunculose a commencé en 1986, on comptait environ 3,5 millions de cas humains dans 21 pays. L'an dernier, seuls 13 cas ont été notifiés par 4 pays. Nous irons au bout des choses. Il le faut. Mais nous aurons encore à faire.

J'ai grandi à côté de M. Maalin, en Éthiopie. En Afrique, nous sommes tous voisins. Dans l'un de mes premiers souvenirs, je marche avec ma mère dans les rues d'Asmara – qui se trouvait alors en Éthiopie et qui est aujourd'hui en Érythrée – et je vois des affiches évoquant une maladie appelée « variole » et une organisation s'efforçant de l'éradiquer de nos communautés.

Je n'avais jamais entendu parler de la variole auparavant. Je n'avais jamais entendu parler de l'Organisation mondiale de la Santé. Je n'aurais pas su placer Genève sur une carte. Mais je savais que, parfois, les maladies pouvaient frapper sournoisement les enfants et les emporter.

Je le savais, parce que c'était arrivé à l'un de mes frères, mon petit frère. Je ne sais pas quelle maladie a causé son décès. La rougeole, peut-être. Mais il a très probablement été emporté par une maladie qu'un vaccin aurait pu éviter.

Grâce aux vaccins, la variole est tombée dans l'oubli. Mais des millions d'enfants en Afrique et partout dans le monde – des enfants comme mon frère – ont continué d'être emportés par des maladies contre lesquelles des enfants d'autres pays étaient vaccinés.

Voilà pourquoi l'OMS a lancé en 1974 le Programme élargi de vaccination : pour faire en sorte que tous les enfants de tous les pays bénéficient du pouvoir salvateur des vaccins. Cela concernait initialement six grandes maladies : la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, la rougeole et la tuberculose.

À l'époque, à l'échelle mondiale, seuls 10 % des enfants environ recevaient trois doses du vaccin DTP. Grâce au Programme élargi de vaccination, ou PEV, ce pourcentage est monté jusqu'à 86 % en 2019, avant de reculer en raison des perturbations causées par la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) et de la très puissante offensive antivaccins.

Aujourd'hui, plus de 30 maladies sont évitables par la vaccination et le PEV recommande 12 vaccinations considérées comme essentielles dans tous les pays. Grâce au soutien apporté par l'OMS aux pays pour faire en sorte que tous les enfants aient accès aux vaccins, nous contribuons à éviter plus de 4 millions de décès chaque année.

Les vaccins représentent l'une des innovations les plus puissantes de l'histoire de l'humanité. Grâce aux vaccins, des maladies autrefois redoutées comme la diphtérie, le tétanos, la rougeole et la méningite peuvent désormais être aisément évitées.

Les vaccins incarnent maintenant l'espoir d'éliminer le cancer du col de l'utérus. Ils nous aident à étouffer plus rapidement les épidémies de maladie à virus Ebola. Pour la première fois, nous pouvons dire que le paludisme est une maladie à prévention vaccinale. Les vaccins ont été essentiels pour mettre fin à la COVID-19 en tant qu'urgence sanitaire mondiale. Et grâce aux vaccins, nous sommes en passe d'éradiquer la poliomyélite.

Depuis plus de 20 ans, des millions d'enfants du monde entier tirent profit des bénéfices qu'offre la vaccination grâce au travail de Gavi, l'Alliance du Vaccin. Ces 12 dernières années, c'est mon ami – mon frère – Seth Berkley qui a dirigé ces missions ; il quittera ses fonctions en août.

Sous sa direction, Gavi a introduit de nouveaux vaccins contre le cancer du col de l'utérus, le paludisme, la pneumonie, la méningite et la poliomyélite, et a franchi un cap incroyable avec la vaccination d'un milliard d'enfants. Pendant la pandémie, Seth s'est fait le défenseur de l'équité vaccinale grâce à la participation de Gavi au partenariat COVAX, qui a permis de fournir près de 2 milliards de doses de vaccin à 147 pays. J'exprime à Seth ma profonde gratitude pour son leadership et le travail réalisé en partenariat, et je me réjouis de collaborer avec son successeur, le Dr Muhammad Pate, pour exploiter la puissance des vaccins au bénéfice d'un nombre encore plus important d'enfants. Je voudrais donc souhaiter la bienvenue à mon frère, Muhammad Pate.

L'éradication de la variole a coïncidé avec la prise de conscience du fait qu'il ne serait pas possible de réaliser la vision fondatrice de l'OMS – consistant à atteindre le meilleur état de santé possible pour tous – une maladie à la fois. Il fallait adopter une approche globale consistant à fournir les services de santé dont les gens avaient besoin, là où ils en avaient besoin et au moment où ils en avaient besoin, tout en améliorant les connaissances en santé, la nutrition, l'eau et l'assainissement, ainsi que d'autres facteurs de maladie.

Cette approche, nous la connaissons aujourd'hui sous le nom de « soins de santé primaires », et son principal architecte et défenseur était le troisième Directeur général de l'OMS, le D^r Halfdan Mahler. D'ailleurs, il y a un T – pour Theodor – entre son nom et son prénom, ce qui fait que nous partageons le même nom.

C'est sous la direction du D^r Mahler que le terme « Santé pour tous » a été employé pour la première fois et a été choisi comme thème de l'Assemblée mondiale de la Santé en 1977. De plus, sous la direction du D^r Mahler, la Déclaration d'Alma-Ata a été négociée et adoptée en 1978 – un engagement historique en faveur des soins de santé primaires destiné à servir de tremplin pour réaliser une vision audacieuse : la santé pour tous d'ici l'an 2000. Cette déclaration représente un jalon important dans le domaine de la santé publique dans la mesure où elle a changé la façon dont les pays envisageaient, organisaient et fournissaient les services de santé – et c'est encore le cas.

Bien que la vision de la santé pour tous d'ici l'an 2000 ne se soit pas concrétisée, son esprit et son ambition ont perduré et, aujourd'hui, le concept de soins de santé primaires reste le fondement de notre engagement commun en faveur de la couverture sanitaire universelle.

Il y a cinq ans, j'ai eu l'honneur de rejoindre nos collègues de l'UNICEF et les ministres de la Santé du monde entier au Kazakhstan, berceau de la Déclaration d'Alma-Ata, pour réaffirmer notre engagement en faveur de sa vision dans la Déclaration d'Astana. Le D^r Mahler a par la suite qualifié l'adoption de la Déclaration d'Alma-Ata de « moment sacré » et de « consensus sublime ».

Mais en 1981, trois ans seulement après Alma-Ata et un an après que l'Assemblée mondiale de la Santé a déclaré la variole éradiquée, une nouvelle menace est apparue, comme le monde n'en avait jamais vue auparavant. Aux États-Unis, les premiers cas d'une nouvelle maladie mystérieuse ont été rapportés, une maladie qui est apparue d'abord chez les homosexuels et qui, quelques mois plus tard, a été signalée dans le monde entier, touchant des personnes de tous âges et de toutes orientations sexuelles. Ce n'est que deux ans plus tard que la cause de cette nouvelle maladie a été identifiée : un rétrovirus que nous connaissons aujourd'hui sous le nom de VIH.

Le VIH représentait un nouveau défi pour l'OMS ; un défi qu'elle n'a pas toujours su relever. Il montrait qu'un problème sanitaire mondial d'une telle ampleur et d'une telle rapidité ne pouvait être résolu par une seule organisation, mais exigeait de l'OMS qu'elle collabore avec des partenaires dans le système des Nations Unies et en dehors. Il soulignait également, de manière inédite et brutale, les profondes inégalités qui existent en matière de santé dans le monde. Lorsque les premiers traitements antirétroviraux sont apparus en 1987, seuls les pays à revenu élevé avaient les moyens de se les procurer.

En 2000, la gravité de l'épidémie mondiale de VIH a poussé le Conseil de sécurité des Nations Unies à adopter une résolution sur le VIH, considérant pour la première fois un problème de santé comme une menace pour la sécurité mondiale.

Mais les inégalités ont persisté. En 2003, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 400 000 personnes seulement recevaient des médicaments antirétroviraux. Depuis la campagne d'éradication de la variole, l'OMS a acquis un savoir-faire éprouvé dans la fourniture de médicaments essentiels aux personnes qui en ont besoin, où qu'elles se trouvent. C'est ainsi que, sous la direction du Directeur général de l'époque, le D^r LEE Jong-wook, de la République de Corée, l'OMS a lancé l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », destinée à étendre l'accès aux traitements antirétroviraux à 3 millions de personnes avant la fin 2005.

Il a fallu deux ans de plus pour atteindre l'objectif, mais l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » a jeté les bases de l'élargissement spectaculaire de l'accès aux antirétroviraux qui a permis de faire reculer le VIH. Malheureusement, le D^r LEE n'a pas vécu assez longtemps pour voir sa vision se réaliser. Demain marquera l'anniversaire de sa disparition, en mai 2006.

Pendant la majeure partie des 50 premières années de son histoire, l'OMS s'est principalement concentrée sur les maladies infectieuses affectant les pays à faible revenu. Mais tout au long de ces décennies, une nouvelle pandémie se propageait quasi librement, alimentée par l'agent non infectieux le plus mortel de l'histoire : le tabac.

Le lien entre tabagisme et cancer du poumon a été prouvé par le chercheur britannique Richard Doll en 1952, peu après la création de l'OMS, mais la prévalence du tabagisme a continué à progresser pendant des décennies. En effet, sur certaines photos des premières années de l'OMS, on peut voir des hommes – et oui, il s'agissait surtout d'hommes – assis à leur bureau en train de fumer.

Ce n'est qu'en 1988 que le D^r Mahler a interdit de fumer à l'intérieur des bâtiments de l'OMS. Il a détruit son propre cendrier avec un marteau dans le hall de l'OMS et s'est engagé à arrêter de fumer. Et ce n'est qu'en 2013 que l'ensemble du campus du Siège est devenu un espace non-fumeur. Le D^r Armando Peruga, en charge de l'initiative pour un monde sans tabac à l'époque, a même été pris à partie à plusieurs reprises par des employés de l'OMS parce qu'il leur demandait de ne pas fumer sur le campus.

Certains pays ont déployé des efforts de leur côté pour contrer les méfaits du tabac, mais il est apparu clairement que, contrairement aux flambées épidémiques localisées, le tabac constituait une menace mondiale qui exigeait une riposte mondiale. Les fondateurs de l'OMS avaient prévu ce besoin à l'article 19 de notre Constitution, qui permet aux États Membres d'adopter des conventions ou des accords sur toute menace pour la santé.

Mais cette disposition est restée lettre morte jusqu'au milieu des années 1990, lorsqu'une avocate américaine, la D^{re} Ruth Roemer, a proposé pour la première fois l'élaboration d'un traité international pour la lutte antitabac. La D^{re} Roemer avait elle-même été une grande fumeuse et son mari avait brièvement travaillé pour l'OMS. Elle a soumis son idée à Neil Collishaw, qui dirigeait alors l'unité de lutte antitabac à l'OMS. Neil Collishaw y était favorable, mais restait sceptique. L'adoption d'une convention nécessitait une majorité des deux tiers des États Membres et, à l'époque, seule une dizaine de pays avaient mis en place des politiques énergiques de lutte antitabac.

Mais la D^{re} Roemer refusait de s'avouer vaincue. C'est ainsi que naissent la plupart des meilleures idées en matière de santé mondiale, et c'est souvent une femme qui en est à l'origine. Petit à petit, l'idée a fait son chemin et, en 1996, la Quarante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution appelant à l'élaboration d'une convention-cadre internationale pour la lutte antitabac.

Cependant, comme de trop nombreuses résolutions, elle a mis du temps à se concrétiser. Il a fallu attendre deux ans pour que l'idée commence à avancer, sous l'impulsion d'une nouvelle Directrice générale, en la personne de Gro Harlem Brundtland, fortement engagée dans la lutte contre le tabagisme et dotée d'une expérience politique en qualité de Première ministre de la Norvège. À peine entrée en fonction, la D^{re} Brundtland a mis en place l'Initiative pour un monde sans tabac et a commencé à plaider sans relâche en faveur de la convention-cadre.

Mais elle devait faire face à un ennemi rusé et bien armé. Vous voyez ce que je veux dire. En 1999, il est apparu que, depuis de nombreuses années, les sociétés productrices de tabac infiltraient l'OMS en payant des consultants pour saper le travail de l'Organisation. Les membres de l'équipe en charge de l'Initiative pour un monde sans tabac se sont même mis à vérifier qu'ils n'étaient pas sur écoute. Ces tactiques étaient déstabilisantes, mais elles n'ont pas fonctionné.

Les négociations sur la convention-cadre ont débuté en 2000 et se sont poursuivies pendant deux ans et demi. Enfin, il y a 20 ans aujourd'hui, le 21 mai 2003, et près de 30 ans après que la D^{re} Roemer a proposé l'idée pour la première fois, la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

Au cours des 20 années qui ont suivi, grâce à la Convention-cadre de l'OMS et à l'ensemble des mesures techniques MPOWER qui la soutiennent, la prévalence du tabagisme a chuté d'un tiers au niveau mondial. Les deux tiers de la population mondiale sont désormais protégés par au moins une mesure MPOWER. La Convention-cadre de l'OMS est la preuve vivante du pouvoir des accords mondiaux pour induire un changement de paradigme dans la santé mondiale.

La D^{re} Brundtland est présente parmi nous aujourd'hui, et j'aimerais que vous vous joigniez à moi pour la remercier de son leadership et de l'héritage qu'elle nous a laissé. Merci Gro, tusen tak.

L'adoption de la Convention-cadre de l'OMS a coïncidé avec la première d'une série de flambées, d'épidémies et de pandémies qui ont marqué les deux premières décennies du XXI^e siècle et qui ont contribué à façonner l'OMS d'aujourd'hui.

En février 2003, on a signalé les premiers cas d'une nouvelle maladie respiratoire étrange causée par un agent pathogène inconnu qui s'est avéré être un coronavirus. Cela vous rappelle quelque chose ? C'était l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). À peu près au même moment, les premiers cas humains de grippe aviaire A(H5N1) ont été signalés, suscitant la crainte d'une pandémie de grippe causée par un virus qui tue six des 10 personnes qui le contractent. Si le SRAS et le H5N1 ont semé la panique dans le monde entier, aucun n'a provoqué de pandémie mondiale, et ce en grande partie grâce au leadership fort de la D^{re} Brundtland.

Son leadership a également été déterminant dans la révision en profondeur du Règlement sanitaire international qui a suivi, et qui prévoyait notamment la possibilité pour un Directeur général de déclarer une situation d'urgence de santé publique de portée internationale. Si elle n'a elle-même jamais eu besoin de recourir à cette disposition, la D^{re} Margaret Chan, originaire de Chine, qui lui a succédé au poste de Directeur général, l'a fait, quatre ans plus tard, lorsqu'un nouveau virus grippal a déclenché la première pandémie du XXI^e siècle : la pandémie de grippe A(H1N1).

Alors que le H5N1 était hautement pathogène, mais peu transmissible, c'était l'inverse pour le H1N1. Bien qu'il se soit propagé rapidement dans le monde entier, il a causé des formes en grande partie bénignes de la maladie et, pour une pandémie, relativement peu de décès. Néanmoins, le H1N1 a révélé une dangereuse faille dans les défenses mondiales contre les pandémies. Des vaccins ont été rapidement mis au point, mais quand les populations démunies à travers le monde ont pu en bénéficier, la pandémie avait pris fin.

Cette expérience a conduit à l'élaboration, sous la direction de la D^{re} Chan, du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique (PIP), un engagement historique entre les États Membres de collaborer face à une pandémie de grippe pour échanger des échantillons de virus et des vaccins. Mais l'encre du cadre PIP était à peine sèche qu'une nouvelle épidémie mortelle a éclaté, causée non pas par la grippe, mais par l'un des virus les plus redoutés au monde : Ebola.

Pendant plus de deux ans, le monde a regardé avec horreur la maladie à virus Ebola ravager l'Afrique de l'Ouest. Et même si elle ne s'est jamais transformée en pandémie mondiale, la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest a montré la nécessité de réformer en profondeur le travail de l'OMS en matière de préparation et de riposte aux situations d'urgence.

En 2015, toujours sous la direction de la D^{re} Chan, cet événement a conduit à la création du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire et du Fonds de réserve de l'OMS pour les situations d'urgence, un instrument de financement flexible qui a permis à l'OMS de débloquer plus de 350 millions de dollars des États-Unis pour riposter rapidement à des centaines de situations d'urgence au cours des huit dernières années.

Chacune de ces flambées, épidémies et pandémies a enseigné au monde de nouvelles leçons et a débouché sur de nouveaux accords et de nouveaux outils pour mieux protéger l'humanité contre les menaces sanitaires. Pourtant, le monde a été pris par surprise et s'est trouvé mal préparé à la pandémie de COVID-19, la crise sanitaire la plus grave depuis un siècle.

Au cours des trois dernières années, la COVID-19 a bouleversé notre monde. Près de 7 millions de morts ont été déclarés, mais nous savons que le bilan est bien plus lourd : il s'élève à 20 millions au moins. La pandémie a fortement perturbé les systèmes de santé et provoqué de profonds bouleversements économiques, sociaux et politiques.

La pandémie de COVID-19 a changé notre monde, et c'était nécessaire. En 2020, j'ai décrit la COVID-19 comme un long et sombre tunnel. Nous sommes maintenant sortis de ce tunnel. Soyons clairs, la COVID-19 n'a pas disparu, elle continue de tuer, d'évoluer et de nécessiter notre attention, mais elle ne représente plus une urgence de santé publique de portée internationale.

La fin de la COVID-19 en tant qu'urgence sanitaire mondiale n'est pas seulement la fin d'un mauvais rêve dont nous nous sommes réveillés. Nous ne pouvons pas nous contenter de continuer comme avant. C'est le moment de regarder derrière nous et de nous souvenir de l'obscurité du tunnel, puis de regarder devant nous et d'avancer à la lumière des nombreuses et douloureuses leçons que la pandémie nous a enseignées.

Le premier de ces enseignements est qu'il faut une riposte commune pour faire face à des menaces communes. À l'instar de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, l'accord sur les pandémies que les États Membres négocient actuellement doit être un accord historique visant à opérer un changement de paradigme dans la sécurité sanitaire mondiale, en reconnaissant que nos destins sont liés.

Le moment est venu pour nous d'écrire un nouveau chapitre de l'histoire de la santé mondiale, ensemble ; de tracer une nouvelle voie à suivre, ensemble ; de rendre le monde plus sûr pour nos enfants et nos petits-enfants, ensemble.

Au cours des trois quarts de siècle qui se sont écoulés depuis la création de l'OMS, le monde a connu d'importantes améliorations en matière de santé. L'espérance de vie est passée de 46 à 73 ans à l'échelle mondiale, les gains les plus importants étant enregistrés dans les pays les plus pauvres. Quarante-deux pays ont éliminé le paludisme, nous avons fait reculer les épidémies de VIH et de

tuberculose, nous avons pratiquement éradiqué la poliomyélite et la dracunculose et nous avons élargi l'accès au traitement curatif de l'hépatite C. Je voudrais profiter de cette occasion pour remercier l'ancien Président des États-Unis d'Amérique Jimmy Carter pour son leadership et son engagement en faveur de l'éradication de la dracunculose, qui devrait bientôt être une réalité.

Rien qu'au cours des 20 dernières années, la mortalité maternelle a diminué d'un tiers et la mortalité de l'enfant de moitié. Au cours des cinq dernières années seulement, de nouveaux vaccins contre la maladie à virus Ebola et le paludisme ont été approuvés et sauvent aujourd'hui des vies.

Bien entendu, l'OMS ne saurait revendiquer à elle seule le mérite de ces avancées, car la nature même de notre travail consiste à collaborer avec des partenaires pour soutenir l'innovation et les pays dans la mise en œuvre de politiques et de programmes porteurs de changement. Mais il est difficile d'imaginer que le monde aurait bénéficié des mêmes progrès si l'OMS n'avait pas existé.

Les défis d'aujourd'hui sont très différents de ceux auxquels nous étions confrontés en 1948. Les maladies non transmissibles représentent désormais 70 % des décès dans le monde ; le tabac fait toujours 8,7 millions de morts chaque année ; les taux d'obésité explosent ; la pandémie de COVID-19 a mis en évidence l'énorme fardeau que représentent les troubles mentaux et la faiblesse des services de santé ; la résistance aux antimicrobiens menace de réduire à néant un siècle de progrès médicaux ; de profondes disparités persistent dans l'accès aux services de santé, entre les pays et les communautés et en leur sein ; et la menace existentielle des changements climatiques met en péril l'habitabilité même de notre planète. Une crise climatique est une crise sanitaire.

L'OMS est également confrontée à ses propres défis institutionnels. Au cours des 20 dernières années, les attentes du monde à l'égard de l'OMS se sont considérablement accrues, mais nos ressources n'ont pas suivi. Vient ensuite le défi d'être une organisation technique et scientifique dans un environnement politique – et de plus en plus politisé.

Ces défis sont immenses et complexes. Nous ne les résoudrons pas lors de cette Assemblée de la Santé, et nous ne les résoudrons peut-être pas de notre vivant. Mais, petit à petit, nous construisons une voie que nos enfants et petits-enfants emprunteront et qu'ils continueront à construire. Parfois, la construction est lente. Parfois, la route est sinueuse et accidentée. Mais la destination est certaine et plus proche aujourd'hui qu'à l'époque de nos prédécesseurs en 1948.

C'est la destination qu'avait imaginée le premier Directeur général de l'OMS, le D^r Brock Chisholm, du Canada, l'un des pères de la Constitution de l'OMS : amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible.

Je vous remercie.

ALLOCUTION LIMINAIRE (deuxième séance plénière, 22 MAI 2023)

M. Chris Fearne, Vice-Premier Ministre de Malte et Président de la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé, je vous félicite pour votre élection et me réjouis à l'idée de collaborer étroitement avec vous. Excellences, Mesdames et Messieurs les Ministres et les chefs de délégation, chers collègues et amis,

Comme vous le savez, il y a un peu moins de trois semaines, j'ai déclaré la fin de la COVID-19 en tant qu'urgence de santé publique de portée internationale. Ce fut là un moment de soulagement et de réflexion.

Il est encourageant de voir que la vie reprend son cours normal, de voir qu'on peut serrer un ami dans ses bras, voyager librement et se réunir à plusieurs. Nous avons été pris en otage par ce virus pendant un long moment, alors c'est un soulagement, comme je l'ai dit. Mais en même temps, beaucoup d'entre nous continuent de vivre dans le deuil – le deuil des proches que nous avons perdus, le deuil face au lourd tribut que la pandémie a fait payer aux familles, aux communautés, aux sociétés et aux économies, et le deuil face à une situation qui aurait pu être différente. En particulier, la pandémie a eu de graves conséquences sur la santé mentale, y compris sur bon nombre de nos fonctionnaires qui, comme tant d'agents de santé dans le monde, ont connu un stress important et un épuisement professionnel.

La pandémie nous a confrontés à des défis sans précédent. Et nous a aussi montré ce dont l'OMS était capable.

Tout au long de la pandémie, l'OMS a mobilisé des compétences spécialisées dans le monde entier pour mettre à disposition des outils techniques et logistiques qui ont contribué à sauver des vies. Grâce au Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (Accélérateur ACT), l'OMS et ses partenaires ont livré près de deux milliards de doses de vaccin contre la COVID-19, ainsi que des tests, des traitements, de l'oxygène, des équipements de protection individuelle et d'autres fournitures médicales.

La fin de la COVID-19 en tant qu'urgence sanitaire mondiale ne signifie pas que la COVID-19 ne représente plus une menace pour la santé mondiale. Plus tôt ce mois-ci, le Secrétariat a publié la quatrième édition du Plan stratégique de préparation et de riposte pour lutter contre la COVID-19, qui décrit les actions critiques à prendre par les pays dans cinq domaines clés.

La menace de voir apparaître un autre variant qui provoquerait de nouveaux pics de morbidité et de mortalité est toujours réelle. Tout comme la menace de voir apparaître un autre agent pathogène avec un potentiel encore plus mortel. Et les pandémies sont loin d'être la seule menace à laquelle nous faisons face. Dans un monde de crises qui se recoupent et convergent, il doit exister une architecture efficace de préparation et de riposte face aux urgences sanitaires qui permette de répondre à tout type d'urgence.

La réunion de haut niveau de cette année sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies offre aux dirigeants une excellente occasion de fixer clairement la trajectoire à suivre à cette fin. Nous ne pouvons pas attendre que le problème se règle tout seul. Si nous n'opérons pas les changements qui s'imposent, alors qui le fera ? Et si nous ne les opérons pas maintenant, alors quand le ferons-nous ? Lorsque la prochaine pandémie frappera, ce qui est une certitude, nous devons être prêts à réagir de manière décisive, collective et équitable.

La pandémie de COVID-19 a eu des répercussions majeures sur les cibles liées à la santé des objectifs de développement durable et sur chacune des cibles du triple milliard. Plus d'un milliard de personnes supplémentaires jouissent d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être depuis 2018, mais ces progrès ne suffisent pas pour atteindre les cibles connexes des objectifs de développement durable d'ici 2030.

En ce qui concerne la couverture sanitaire universelle, nous avons fait des progrès et comblé des lacunes : depuis 2018, 477 millions de personnes supplémentaires bénéficient de la couverture sanitaire universelle. Pourtant, selon les tendances actuelles, moins de la moitié de la population mondiale sera couverte d'ici la fin de la période couverte par les objectifs de développement durable en 2030, ce qui signifie que nous devons progresser au moins deux fois plus vite.

S'agissant des situations d'urgence, la pandémie de COVID-19 a montré que ce ne sont pas 1 milliard mais 8 milliards de personnes qui ont besoin d'être mieux protégées. La pandémie nous a fait dévier de notre trajectoire, mais elle nous a montré pourquoi nous devons maintenir le cap sur les objectifs de développement durable et pourquoi nous devons poursuivre ces objectifs avec le même degré d'urgence et la même détermination que lors de la riposte à la pandémie.

Malgré les nombreux revers que nous avons connus, nous pouvons être fiers de beaucoup de nos réalisations. La semaine dernière, le Secrétariat a publié son rapport sur les résultats pour 2022 sur le site Web de l'OMS, qui présente un compte rendu complet, détaillé et interactif de nos travaux, accompagné d'exemples nationaux du monde entier. Je vous en recommande la lecture. S'il n'est pas possible de mentionner le très vaste éventail des réalisations accomplies en 2022, le rapport sur les résultats met en évidence les principales réalisations qui symbolisent notre travail dans toute sa diversité.

J'aimerais en souligner quelques-unes, représentant tour à tour les cinq priorités que j'ai décrites lors de l'Assemblée de la Santé de l'année dernière : promouvoir la santé, fournir des services de santé, protéger la santé, démultiplier les progrès et être efficace. La première série de points saillants porte sur la première priorité : promouvoir la santé, en prévenant les maladies et en s'attaquant à leurs causes profondes. L'un des principaux moyens utilisés par les pays à cette fin consiste à mettre en place des taxes sur les produits nocifs pour la santé dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles.

Entre 2017 et 2022, 133 États Membres ont introduit ou augmenté des taxes sur les produits nocifs pour la santé, notamment sur le tabac et les boissons sucrées. Par exemple, grâce aux activités de plaidoyer et à l'appui technique de l'OMS, le Timor-Leste a augmenté sa taxe sur le tabac l'an dernier, qui est passée de 19 dollars le kilogramme à 50 dollars le kilogramme, et l'a de nouveau augmentée cette année, à 100 dollars le kilogramme, soit l'une des plus fortes hausses jamais appliquées à une taxe sur le tabac.

Par ailleurs, Maurice et la Finlande ont introduit le conditionnement neutre, Oman fera de même cette année, et la Tunisie a élargi l'espace réservé aux mises en garde sanitaires, qui représente désormais 70 % de l'avant et l'arrière des emballages des produits du tabac. La Sierra Leone a mis en place certaines des mesures de lutte antitabac les plus strictes au monde, l'Ukraine a élargi ses lois antitabac pour interdire l'utilisation des cigarettes électroniques et des produits du tabac chauffés dans les lieux publics, et le Kazakhstan a introduit une nouvelle politique fiscale sur les produits du tabac chauffés. Bravo à chacun de ces pays.

Nous constatons aussi que des progrès encourageants sont faits en vue d'éliminer les acides gras trans produits industriellement de l'alimentation mondiale. Depuis que nous avons lancé notre initiative REPLACE en 2018, le nombre de personnes protégées par les politiques recommandées par l'OMS sur l'utilisation des acides gras trans produits industriellement a été multiplié par six : de 550 millions de

personnes, elles sont passées à plus de 3,7 milliards. Rien que ces six derniers mois, le Bangladesh, les Émirats arabes unis et le Nigéria ont mis en œuvre des politiques sur les acides gras trans, tandis que l'Argentine, l'Égypte, le Mexique, le Paraguay, les Philippines et l'Ukraine se préparent tous à introduire leurs propres politiques au cours des deux prochaines années.

De nombreux pays ont également fait des progrès impressionnants dans la réduction de la consommation de sel, qui est l'un des principaux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires. Par exemple, au cours des 10 dernières années, Sri Lanka a réduit sa consommation moyenne de sel par habitant de près de 20 %, avec l'aide du bureau de pays de l'OMS.

Pour ce qui est des changements climatiques, lors de la vingt-septième Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques tenue en Égypte, nous avons lancé l'Alliance pour une action transformatrice sur le climat et la santé, qui aide 65 pays à mettre en place des systèmes de santé résilients et ne portant pas atteinte au climat. Par exemple, avec l'appui de l'OMS, la Guinée a commencé à évaluer les émissions de son secteur de la santé et élabore actuellement un plan pour les réduire.

En complément de tous ces travaux, nous continuons d'aider les pays à améliorer l'état de santé des populations en augmentant l'activité physique, en renforçant la sécurité routière, en favorisant le vieillissement en bonne santé et en prenant d'autres mesures encore.

Passons maintenant à la deuxième série de points saillants, qui concerne la deuxième priorité : fournir des services de santé, en réorientant les systèmes de santé vers les soins de santé primaires, qui doivent être le fondement de la couverture sanitaire universelle.

Lors de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle tenue à l'Assemblée générale des Nations Unies en 2019, les dirigeants mondiaux ont pris l'engagement historique de concrétiser la vision de la santé pour tous. Nous ignorions alors que la COVID-19 était imminente. La deuxième réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle qui se tiendra à l'Assemblée générale des Nations Unies de cette année est donc l'occasion unique de recentrer l'attention politique et les investissements financiers sur l'accélération des progrès.

Il est particulièrement essentiel d'assurer des soins de santé primaires solides afin de fournir des services vitaux pour la santé maternelle et infantile, y compris la vaccination systématique. Entre 2019 et 2021, on estime que 67 millions d'enfants n'ont pas reçu au moins un vaccin essentiel, dont 48 millions qui n'ont reçu aucun vaccin. Pour remédier à ce problème, l'OMS et ses partenaires ont lancé « Le grand rattrapage », une initiative mondiale visant à faire remonter les niveaux de vaccination des enfants au moins aux niveaux d'avant la pandémie d'ici la fin de l'année, et à protéger les enfants qui n'ont reçu aucun vaccin.

Malgré les reculs enregistrés au moment de la pandémie, de nombreux pays ont continué de progresser dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant. L'Indonésie, les Maldives, la République populaire démocratique de Corée, Sri Lanka et la Thaïlande ont atteint les cibles des objectifs de développement durable en matière de réduction de la mortalité néonatale et de la mortalité des enfants de moins de cinq ans ; ils ont également, tout comme le Bhoutan, atteint l'objectif fixé pour 2030 concernant les mortinaissances.

Nous sommes également fiers de constater les progrès impressionnants accomplis par les pays pour promouvoir, protéger et appuyer l'allaitement maternel. En 2022, 48 % des enfants de moins de 6 mois étaient exclusivement nourris au sein, tout près de l'objectif de 50 % fixé par l'Assemblée de la Santé.

Nous continuons également de soutenir la recherche pour améliorer la prise en charge des femmes enceintes. L'an dernier, l'OMS a examiné les données probantes issues d'essais menés dans 20 pays, qui ont montré pour la première fois que le contact peau à peau immédiat – ou méthode « mère kangourou » – peut sauver près d'un tiers des enfants nés prématurément. En outre, une étude menée par l'OMS a montré que la mise en œuvre simultanée, plutôt que consécutive, de plusieurs interventions permettait de réduire de 60 % les hémorragies graves du post-partum, et donc le risque de décès.

Le nouveau recueil publié par l'OMS réunissant des expériences du monde entier en matière de promotion de la santé des réfugiés et des migrants présente des dizaines d'exemples de cas qui se sont produits dans 44 États Membres. Ces exemples mettent en évidence les avancées concrètes pour répondre aux besoins de santé non satisfaits des réfugiés. À plus long terme, l'intégration des soins aux réfugiés et aux migrants dans des plans nationaux de portée plus générale est une priorité, en s'appuyant sur des partenariats à l'échelle nationale et internationale.

L'un des plus gros postes de dépenses en matière de soins de santé primaires et de couverture sanitaire universelle est l'investissement dans le personnel de santé. Il y a cinq ans, l'OMS prévoyait une pénurie de 18 millions d'agents de santé dans le monde d'ici à 2030. Les prévisions tablent maintenant sur 10 millions, mais la pénurie touche de façon disproportionnée la Région africaine et la Région de la Méditerranée orientale.

Si nous voulons nous rapprocher de la cible des objectifs de développement durable qui vise à atteindre la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030, nous devons combler cet écart en aidant tous les pays à réunir les ressources humaines pour la santé dont ils ont besoin. Les pays ne peuvent pas y parvenir seuls ; c'est quelque chose qu'ils doivent faire ensemble. Nous appelons tous les pays à respecter le Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé, et en particulier à protéger les 55 pays figurant sur la Liste d'appui et de sauvegarde récemment mise à jour, dans la mesure où le recrutement international épuise les ressources de ces pays.

Nous travaillons également d'arrache-pied pour aider les pays à dispenser une formation continue afin d'améliorer en permanence les compétences des agents de santé et la qualité des soins. Le mois dernier, nous avons lancé la campagne mondiale 25 x 25 x 25 pour donner accès à une formation de base en soins d'urgence à 25 % des infirmières et des sages-femmes de 25 pays d'ici à 2025.

Avec le soutien actif apporté par la France, nous continuons de franchir des étapes clés dans la mise en place de l'Académie de l'OMS : la construction de notre nouveau bâtiment doit se terminer dans sept mois et la première version des programmes d'apprentissage est prévue pour la fin de l'année. Cela contribuera de manière significative au renforcement des capacités des pays.

Parmi les autres éléments de la couverture sanitaire universelle, l'un des plus importants est l'accès aux produits médicaux essentiels ; dans ce domaine, 2022 a vu l'introduction et le déploiement de plusieurs nouveaux outils importants. En ce qui concerne la tuberculose, nous avons lancé de nouvelles lignes directrices de l'OMS recommandant les premiers protocoles thérapeutiques entièrement oraux contre la tuberculose multirésistante, réduisant ainsi la durée du traitement de 18 à 6 mois. À ce jour, 109 pays ont commencé à utiliser ces nouveaux protocoles en s'appuyant sur les lignes directrices de l'OMS.

Néanmoins, sachant que nous ne pourrions mettre fin à la tuberculose que si nous disposons de vaccins efficaces, nous avons également créé cette année un Conseil d'accélération pour les vaccins antituberculeux au niveau ministériel dans le but de mettre de nouveaux vaccins sur le marché le plus rapidement possible. Si on veut, on peut. On l'a fait pour la COVID-19, on peut le refaire pour la tuberculose.

À l'approche de la réunion de haut niveau sur la lutte contre la tuberculose qui se tiendra cette année lors de l'Assemblée générale des Nations Unies, nous demandons aux dirigeants de s'engager à atteindre des objectifs concrets au cours des cinq prochaines années en matière de diagnostic, de traitement, de mise au point de vaccins, de protection sociale, de financement, de recherche et d'innovation.

L'an dernier, nous avons également publié de nouvelles lignes directrices sur l'utilisation de médicaments injectables à action prolongée pour prévenir le VIH – un véritable changement potentiel pour les personnes les plus à risque. Jusqu'à présent, en s'appuyant sur les lignes directrices de l'OMS, six pays ont approuvé l'utilisation de médicaments injectables à action prolongée – l'Afrique du Sud, l'Australie, le Botswana, les États-Unis, le Malawi et le Zimbabwe – et l'approbation est en cours dans 12 autres pays, ainsi que dans l'Union européenne.

De plus, après que l'OMS a recommandé d'utiliser à grande échelle le vaccin antipaludique RTS,S en 2021, celui-ci a maintenant été inoculé à plus de 1,5 million d'enfants au Ghana, au Kenya et au Malawi. Parmi les personnes vaccinées, nous constatons une réduction de 30 % des cas de paludisme grave et une baisse de 10 % des décès d'enfants. Nous estimons qu'un décès est évité pour 200 enfants vaccinés. Pour parler simplement, ce vaccin est en train d'infléchir la trajectoire du paludisme et, en tant que paludologue, cela me réjouit profondément. Au moins 28 autres pays d'Afrique prévoient de l'introduire à partir de cette année. L'OMS examine actuellement un deuxième vaccin qui, s'il est recommandé, pourrait contribuer à combler l'écart entre l'offre et la demande et à réduire les coûts, ce qui le rendrait plus accessible que le vaccin disponible.

Comme je l'ai dit hier, les vaccins représentent l'une des innovations les plus puissantes de l'histoire de l'humanité. Grâce aux vaccins, la variole a été éradiquée, la poliomyélite en prend le chemin et de nombreuses autres maladies ont pu être contrôlées. Et les vaccins nous permettent de toucher du doigt un rêve : celui d'éliminer le cancer du col de l'utérus. Depuis l'appel à l'action lancé par l'OMS en 2018 dans le but d'éliminer le cancer du col de l'utérus, près de 50 pays supplémentaires ont introduit le vaccin contre le papillomavirus humain dans leurs programmes nationaux de vaccination, y compris 41 pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Nous continuons d'exhorter tous les pays à développer leurs services pour atteindre les cibles 90-70-90 d'ici à 2030.

Alors que nous nous efforçons d'élargir l'accès aux médicaments et vaccins essentiels partout dans le monde, nous poursuivons également nos travaux visant à protéger ces précieux médicaments contre la menace que représente la résistance aux antimicrobiens. Pour la première fois, les ministres de la santé et de l'agriculture du monde entier se sont réunis à Oman l'an dernier pour convenir d'un objectif : réduire l'utilisation des antimicrobiens dans le système agroalimentaire de 30 % d'ici à 2030.

La réunion de haut niveau sur la résistance aux antimicrobiens qui sera organisée l'an prochain sera cruciale pour susciter un engagement politique et financier en vue d'atteindre, entre autres, cet objectif-là. Permettez-moi de saisir cette occasion pour remercier la Première Ministre de la Barbade pour son leadership au sein du Groupe de direction mondial sur la résistance aux antimicrobiens, ainsi que le Vice-Premier Ministre de Malte, Chris Fearné.

Enfin, comme je l'ai déjà évoqué plus tôt, la pandémie a mis en évidence l'énorme fardeau que représente la santé mentale. L'Initiative spéciale de l'OMS pour la santé mentale a aidé neuf pays à améliorer l'accès aux services de santé mentale pour plus de 5,2 millions de personnes qui en étaient auparavant exclues.

La troisième série de points saillants fait référence à la troisième priorité, qui est de protéger la santé en renforçant l'architecture mondiale pour la préparation et la riposte face aux situations d'urgence sanitaire. Outre la COVID-19 et la variole simienne, l'OMS est intervenue l'année dernière dans le cadre

de 70 urgences sanitaires classées, qui vont des inondations au Pakistan à l'épidémie d'Ebola en Ouganda, en passant par la guerre en Ukraine, les flambées de choléra dans plus de 30 pays et les situations d'urgence complexes dans la région de la Corne de l'Afrique, le nord de l'Éthiopie et le Sahel.

Le Fonds de réserve pour les situations d'urgence, créé à la suite de l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 et 2015, a été un rouage essentiel de notre intervention. L'an dernier, le Fonds de réserve a débloqué près de 90 millions USD en 24 heures seulement pour soutenir la riposte rapide face aux situations d'urgence.

Depuis le début de l'année, nous avons déjà alloué plus de 37 millions USD pour financer notre intervention à la suite des tremblements de terre en République arabe syrienne et en Türkiye, dans le cadre du conflit au Soudan et dans d'autres situations. Notre Pôle logistique mondial situé à Dubaï, aux Émirats arabes unis, a traité près de 600 expéditions vers 90 pays. Je voudrais profiter de cette occasion pour remercier les Émirats arabes unis, à commencer par leur Président, pour le soutien apporté. L'an dernier, nous avons également lancé le premier Appel d'urgence de l'OMS pour la santé mondiale ; en janvier de cette année, c'est un appel d'un montant de 2,5 milliards USD qui a été diffusé.

Tout comme nous continuons d'intervenir face aux situations d'urgence, partout dans le monde, nous poursuivons la collaboration avec nos États Membres et nos partenaires pour renforcer l'architecture mondiale de la préparation et de la riposte aux urgences sanitaires. À cet égard, l'un des grands accomplissements de l'an dernier a été la création, en novembre, du Fonds de lutte contre les pandémies, sous l'égide de la Banque mondiale, dont l'OMS assure la direction technique. Ce Fonds dispose d'un budget initial de 1,6 milliard USD et a déjà approuvé 300 millions USD au titre du premier cycle de financement, qui vise à mobiliser des fonds catalytiques et des fonds destinés à combler les lacunes, pour la préparation et la riposte aux pandémies, partout dans le monde.

Le Fonds de lutte contre les pandémies n'est qu'une des nombreuses initiatives entreprises par l'OMS et ses États Membres pour rendre notre monde plus sûr face aux urgences sanitaires. Ainsi, nous avons : lancé l'examen universel de l'état de santé et de préparation, en vue de renforcer la responsabilisation ; créé le Centre d'information de l'OMS sur les pandémies et les épidémies, et plus récemment encore, le Réseau international de surveillance des agents pathogènes (IPSN), afin d'améliorer la surveillance ; mis en place le Global Health Emergency Corps, lancé hier soir avec mon ami le D^r Karl Lauterbach, Ministre de la santé, et Chris Elias de la Fondation Gates, en vue de renforcer le personnel disponible en cas d'urgence ; institué le Système BioHub de l'OMS, pour améliorer le partage d'échantillons biologiques ; mis sur pied le Conseil mondial de suivi de la préparation, pour améliorer le suivi ; commencé un processus d'amendements au Règlement sanitaire international (2005), pour améliorer la gouvernance ; et enfin, œuvré pour un accord sur les pandémies afin d'améliorer la coopération internationale. Cet accord est un engagement générationnel à ne pas sombrer de nouveau dans ce cycle de panique et de négligence qui a rendu notre monde vulnérable, mais à aller de l'avant en nous attachant ensemble à apporter une réponse commune aux menaces communes.

C'est pour cela que nous employons le terme « générationnel » : il est important que cette génération prenne un tel engagement, car elle a fait l'expérience des ravages qu'un simple virus peut entraîner.

Comme la COVID-19 et la variole simienne ne sont désormais plus considérées comme des urgences de santé publique de portée internationale, seule la poliomyélite demeure officiellement une urgence sanitaire mondiale. Après avoir atteint un plancher historique de 5 cas dus au poliovirus sauvage en 2021, le nombre de cas a augmenté l'an dernier : on en a dénombré 20 au Pakistan, 2 en Afghanistan et 8 au Mozambique. Cette année, 3 cas de poliomyélite dus au poliovirus sauvage ont été signalés jusqu'à présent, dont 1 au Pakistan et 2 en Afghanistan la semaine dernière.

L'OMS et ses partenaires restent fermement résolus à aller jusqu'au bout et à faire en sorte que la poliomyélite ne soit plus qu'un mauvais souvenir. L'an dernier, en Afghanistan, trois millions d'enfants auparavant inaccessibles ont reçu le vaccin antipoliomyélitique pour la première fois. Et en octobre, les donateurs ont promis 2,6 milliards USD pour soutenir les efforts d'éradication.

Parallèlement, dans le cadre de la transition pour la poliomyélite, plus de 50 pays ont intégré les actifs de la lutte antipoliomyélitique pour faciliter la vaccination, la détection des maladies et les interventions d'urgence. Nous devons faire en sorte que les investissements importants mobilisés pour éradiquer la poliomyélite ne disparaissent pas en même temps que cette maladie, mais servent à bâtir les systèmes de santé requis pour fournir les services dont ces communautés ont tant besoin. Après tout, aurons-nous vraiment aidé une petite fille si nous la protégeons de la poliomyélite, mais qu'elle meurt de la rougeole ?

Les exemples que je vais maintenant aborder concernent la quatrième priorité, qui consiste à démultiplier les progrès en santé en exploitant les possibilités offertes par la science, la recherche, l'innovation, les données et les partenariats pour obtenir un impact.

Le Centre de transfert de technologie pour les vaccins à ARNm, en Afrique du Sud, illustre parfaitement les efforts dans ce domaine et relève de notre engagement à renforcer la production locale et à améliorer la préparation et la riposte aux pandémies à l'échelle mondiale. J'ai visité le Centre en 2021, peu de temps après sa création, et j'ai eu l'occasion de revenir pour son lancement officiel il y a tout juste un mois. Les progrès sont remarquables. Le Centre a maintenant commencé à transférer des technologies aux fabricants de 15 pays, avec le soutien du centre de formation en biofabrication de la République de Corée, qui a formé 300 personnes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Ce programme de transfert de technologie ARNm est extrêmement prometteur, non seulement pour les vaccins contre la COVID-19, mais aussi pour combattre d'autres maladies, par exemple le VIH, la tuberculose ou encore le paludisme.

Les vaccins sont des outils puissants, tout comme les données. Nos activités de renforcement des systèmes d'information sanitaire dans les pays sont au cœur des efforts que nous déployons pour suivre les progrès accomplis dans la réalisation des objectifs de développement durable liés à la santé, afin de produire et d'analyser des données fiables permettant d'élaborer les meilleures politiques et les meilleurs programmes en matière de santé.

L'année dernière, l'un des principaux produits liés aux données a été notre estimation de la surmortalité due à la COVID-19. Sur la base de consultations menées auprès des États Membres, et en collaboration avec nos partenaires au sein du système des Nations Unies et des scientifiques du monde entier, nous avons estimé à 14,9 millions le nombre de décès supplémentaires en 2020 et 2021. L'an dernier, nous avons achevé la version bêta du Centre mondial de données sanitaires, qui offre une source unique pour la publication de données sur la santé, pour la première fois de notre histoire. Et au cours de cette Assemblée, nous lancerons DataDot, le portail public du Centre mondial de données sanitaires.

Le dernier ensemble de points saillants concerne la cinquième priorité : être efficace, en construisant une OMS plus solide et financée de façon plus durable. La décision que vous avez prise l'année dernière de transformer le modèle de financement de l'OMS a marqué une étape décisive dans le renforcement et l'autonomisation de l'OMS afin qu'elle puisse remplir son rôle d'autorité directrice et coordonnatrice de la santé mondiale.

Merci beaucoup pour cette décision véritablement historique, qui permettra de sauver des vies. En contrepartie, vous avez demandé au Secrétariat de mettre en œuvre des réformes sur les processus budgétaires, programmatiques, financiers et de gouvernance, ainsi que sur la responsabilisation. En

collaboration avec vous, le Secrétariat a établi le plan de mise en œuvre de la réforme, qui comprend 96 activités et que le Conseil exécutif a approuvé en janvier. Jusqu'à présent, nous avons mis en œuvre 42 activités, 54 sont en cours d'application et je puis vous assurer de mon engagement à être plus énergique dans la mise en œuvre des activités restantes.

Nous poursuivons également nos efforts pour transformer la manière dont cette Organisation prévient et lutte contre l'inconduite sexuelle, et pour parvenir à l'égalité des genres. Pour la première fois de l'histoire de l'OMS, nous avons atteint la parité globale entre les femmes et les hommes au sein du personnel, tous types de contrat et catégories de postes confondus.

À la fin de l'année dernière, nous avons tenu une réunion mondiale de la direction de l'OMS à laquelle ont participé l'ensemble des représentants de pays, des directeurs régionaux et de la direction du Siège. Le résultat principal a été la création d'un Groupe d'action pour l'obtention de résultats, dirigé par des représentants de pays, qui a élaboré un plan ambitieux sur 100 jours comportant 100 actions, dans sept domaines critiques, notamment une présence effective dans les pays, la délégation de pouvoirs et des ressources financières et humaines adéquates, y compris grâce à la mobilité.

Pour appuyer ces efforts, j'ai prélevé 100 millions de dollars sur notre budget pour les allouer aux bureaux de pays. Mais pour maintenir cet engagement, nous attendons des États Membres qu'ils approuvent, lors de cette Assemblée de la Santé, l'augmentation de 20 % des contributions fixées.

Votre Secrétariat apporte les changements que vous avez demandés. Nous vous demandons maintenant d'honorer votre engagement à augmenter les contributions fixées, afin de pouvoir procéder à la programmation prévisible à long terme dans les pays qui produira les résultats que nous souhaitons tous.

Nombre de mes collègues seront déçus que je n'aie pas pu mentionner leur domaine d'activité. Les points saillants que je vous ai présentés, bien que nombreux, ne sont qu'une goutte d'eau dans l'océan de tout ce que nous avons accompli dans le monde au cours de l'année écoulée, ou de tout ce que nous sommes en train de faire.

Nos actions font parfois les gros titres ; mais la plupart non. Certaines attirent l'attention des donateurs ; et d'autres non. Mais de bien des façons et dans bien des endroits, votre OMS s'efforce de promouvoir la santé, de fournir des services de santé, de protéger la santé, de démultiplier les progrès et d'être efficace : ce sont ses « cinq priorités ».

Avant de vous quitter, je souhaite lancer trois appels. Premièrement, j'invite instamment tous les États Membres à collaborer avec le Secrétariat en vue de trouver des moyens concrets d'accélérer les avancées vers la réalisation des cibles du triple milliard et des objectifs de développement durable liés à la santé.

Deuxièmement, j'invite instamment tous les États Membres à s'engager de manière constructive et de toute urgence dans les négociations relatives à l'accord sur les pandémies et au Règlement sanitaire international, afin qu'on n'ait plus jamais à affronter les effets dévastateurs d'une pandémie comme celle de la COVID-19.

Et troisièmement, je vous demande d'appuyer l'augmentation des contributions fixées, ainsi que les plans pour un cycle d'investissement en 2024.

Alors que nous célébrons le 75^e anniversaire de l’OMS, engageons-nous à faire encore plus ensemble pour promouvoir la santé, préserver la sécurité mondiale et répondre aux besoins des personnes vulnérables. Je vous remercie.

= = =