

Du réexamen à la réforme : La voie à suivre pour le système de la santé mondiale

Synthèse globale de cinq
dialogues régionaux

Clause de non-responsabilité

Ce document présente les résultats de cinq dialogues régionaux sur la réforme de la santé mondiale, soutenus par le Wellcome Trust et sous la direction de partenaires régionaux. Les points de vue et les opinions exprimés tout au long du dialogue sont ceux des participants individuels et ne reflètent pas nécessairement la politique ou la position officielle de Wellcome ou des organisations régionales partenaires.

Remerciements :

Avant tout, ce document remercie toutes les parties prenantes et les personnes qui ont participé aux cinq dialogues régionaux, ainsi que les organisations qui les ont animés, pour leur temps et leurs contributions. Ce document a été rédigé par Fabian Moser, avec le soutien de Clare Battle et de Beck Smith. Les membres suivants des organisations qui mènent les dialogues régionaux ont apporté des observations et des contributions qui ont été essentielles à ce document : Yousef Khader (pour le dialogue régional Moyen-Orient et Asie centrale), Angkana Lekagul et Afifah Rahman-Shepherd (dialogue Asie-Pacifique), Pablo Villalobos Dintrans (dialogue Amérique latine et Caraïbes), Julia Roper et Sanne Wendes (dialogue Europe et Amérique du Nord), et Rispah Walumbe et Frida Ngalesoni (dialogue Afrique).

Acronymes

ZLECA :	Zone de libre-échange continentale africaine	ALC :	Amérique latine et Caraïbes
CDC Afrique :	Centres africains de contrôle et de prévention des maladies	LAC-HCP :	Plateforme catalytique pour la santé en Amérique latine et dans les Caraïbes (de l'anglais « Latin America and the Caribbean Health Catalytic Platform »)
AMA :	Agence africaine du médicament	BMD :	Banques multilatérales de développement
MAEP :	Mécanisme africain d'évaluation par les pairs	S&E :	Suivi et évaluation
ASEAN :	Association des nations de l'Asie du Sud-Est (de l'anglais « Association of Southeast Asian Nations »)	OCI :	Organisation de la coopération islamique
UA :	Union africaine	APD :	Aide publique au développement
DPI :	Infrastructures publiques numériques	OPS :	Organisation panaméricaine de la Santé
GAVI :	Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation	GFP :	Gestion des finances publiques
ISM :	Initiatives en faveur de la santé mondiale	SSP :	Soins de santé primaires
HEAR CSO :	Organisations de la société civile pour une architecture de santé réimaginée (de l'anglais « Health Architecture Reimagined Civil Society Organisations »)	PDP :	Partenariats de développement de produits
ETS :	Évaluation des technologies de la santé	PPP :	Partenariat public-privé
CICR :	Comité international de la Croix-Rouge	CER :	Communauté(s) économique(s) régionale(s)
IDA/BIRD :	Association internationale de développement / Banque internationale pour la reconstruction et le développement	BPR :	Biens publics régionaux
FMI :	Fonds monétaire international	PEID :	Petits États insulaires en développement
		ONU :	Organisation des Nations Unies
		AGNU :	Assemblée générale des Nations unies
		ONU80 :	Initiative de réforme ONU80
		AMS :	Assemblée mondiale de la Santé
		OMS :	Organisation mondiale de la Santé

Sommaire

Avant-propos	4
Résumé analytique	6
Contexte	9
État des lieux du système actuel	12
1. Points forts	12
2. Faiblesses	13
Vision, principes et fonctions pour le futur écosystème	15
1. Vision	15
2. Principes	15
3. Fonctions	16
Principaux domaines de réforme	17
1. Gouvernance	17
2. Financement	24
3. Données, connaissances et produits	33
La voie à suivre	37
1. Catalyseurs	37
2. Appel à l'action	39
3. Questions clés pour aller de l'avant	41
4. Conclusion	41
Notes de fin d'ouvrage	42
Partenaires	43

Avant-propos

L'année 2025 restera une année noire pour la santé mondiale. Les coupes sombres pratiquées dans les budgets d'aide au niveau international – dont la plus frappante est la fermeture de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), suivie des réductions budgétaires dans les pays européens – ont sapé les efforts de santé publique à l'échelle mondiale et coûteront, dans les années à venir, des millions de vies.

Ces mesures ont fragilisé un système qui avait grand besoin de réforme, mais qui s'était jusqu'ici montré rétif au changement. Au cours des 20 dernières années, la santé mondiale a pourtant permis de réaliser des avancées majeures, de sauver des vies et d'améliorer la santé dans le monde entier. Mais elle a aussi laissé s'installer un modèle qui a normalisé les inégalités et l'inefficacité. Trop souvent, la santé mondiale a été imposée aux pays plutôt que construite par eux, ou avec eux. Aujourd'hui, une occasion sans précédent s'offre à nous pour corriger cette dérive, alors que de nombreux pays réclament des changements en profondeur.

En tant que l'une des plus grandes fondations philanthropiques indépendantes au monde, dédiée à l'amélioration de la santé pour tous, Wellcome dispose à la fois des moyens et de la responsabilité de répondre à ces appels. Au cours des dix dernières années, nous avons soutenu de nouveaux modèles de coopération internationale, contribué à d'importantes réformes dans la préparation aux pandémies et le financement, et cherché à mobiliser des voix diverses pour dégager un terrain d'entente et impulser le changement face aux défis sanitaires urgents.

Les questions difficiles qui se posent aujourd'hui appellent des réponses à la hauteur de ces enjeux. Avec des ressources financières en baisse, comment permettre à tous les pays de concevoir et de maintenir des systèmes de santé solides, véritablement portés par eux ? Comment bâtir une architecture de la santé mondiale qui soit à la fois pertinente et adaptée aux besoins de chaque pays, quels que soient son niveau de revenu ou ses priorités sanitaires ? Et comment transformer ces idées en des actions concrètes ?

Au cours de l'année écoulée, Wellcome a travaillé avec des partenaires du monde entier pour rassembler des dirigeants et des experts issus des administrations publiques, des organisations multilatérales et mondiales de santé, du secteur privé et de la société civile. Ensemble, ils ont commencé à explorer ces questions et à dessiner de nouvelles pistes d'action. Pour amorcer le



Crédit d'image : Vicki Couchman / Wellcome

débat, nous avons invité cinq leaders d'opinion à partager leur vision de la réforme, afin de démontrer qu'une véritable refonte du système de la santé mondiale est à portée de main. L'heure n'est plus à de simples ajustements : elle appelle une transformation audacieuse.

Cinq dialogues régionaux ont ensuite été organisés – Amérique latine et Caraïbes, Afrique, Asie-Pacifique, Europe et Amérique du Nord, Moyen-Orient et en Asie centrale – pour réfléchir à l'avenir de la santé mondiale, sous la conduite de partenaires locaux. Les parties prenantes de 114 pays – qui se sont réunies lors d'entretiens, de consultations en distanciel et de réunions en présentiel – ont examiné les priorités de changement et les moyens de concrétiser la réforme. Les idées de ces échanges ont été synthétisées dans cinq rapports régionaux destinés à nourrir les délibérations, tant régionales que mondiales.

“
Si nous atteignons nos objectifs,
l'histoire retiendra que 2026 a
marqué le début d'une nouvelle ère
positive pour la santé mondiale

”
John-Arne Røttingen

“

L'avenir dépend désormais de notre capacité à avancer ensemble

”

John-Arne Røttingen

Le présent rapport rassemble l'ensemble de ces réflexions et recommandations. Ce qui en ressort clairement, c'est un vif appétit pour des réformes en profondeur. Si les points de vue différaient d'une région à l'autre, un constat commun s'impose : le système actuel de la santé mondiale est mis à mal, trop centralisé et incapable de répondre efficacement aux besoins de populations diverses. Des transformations profondes se révèlent indispensables pour bâtir un système plus équitable, plus cohérent et réellement façonné par les personnes qu'il est censé servir. Les régions doivent disposer des moyens nécessaires pour jouer un rôle moteur dans la gouvernance de la santé mondiale.

À l'issue de leurs échanges, les cinq régions se sont accordées sur trois domaines prioritaires de réforme :

- **Gouvernance** : Clarifier et rationaliser les rôles des organisations et déplacer le pouvoir vers les régions et les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI).
- **Financement** : Veiller à ce que le financement international corresponde aux besoins de chaque pays et augmenter les investissements nationaux et régionaux dans le domaine de la santé.
- **Données, connaissances, produits** : Renforcer les systèmes de données régionaux et façonner les marchés pour que chacun puisse obtenir les produits de santé dont il a besoin.

En avril, lors d'une réunion mondiale, nous réunirons les parties prenantes des cinq régions afin d'examiner les domaines de réforme autour desquels un consensus émerge et, surtout, les moyens concrets de les mettre en œuvre. Nous espérons que ce travail constituera une plateforme sur laquelle d'autres pourront s'appuyer, en veillant à ce que les bonnes idées se traduisent par des changements tangibles.

Cette démarche s'inscrit en parallèle – et, nous l'espérons, en soutien – d'autres initiatives de réforme importantes, notamment l'Accra Reset, le processus de réflexion des bailleurs de fonds de l'UE, le suivi de l'Agenda de Lusaka, HEAR CSO, la Plateforme d'Action de Séville, ainsi que les processus émergents de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et les réformes plus larges menées dans le cadre de l'initiative ONU80. Le grand défi des mois à venir sera de fédérer ces efforts pour en faire un mouvement cohérent et puissant en faveur du changement.

Si nous atteignons nos objectifs, l'histoire retiendra que 2026 a marqué le début d'une nouvelle ère positive pour la santé mondiale. Un moment de réinvention, non de déclin. Ce sera l'année où l'action collective aura su transformer une crise en une démarche coordonnée et ambitieuse. Une démarche axée sur l'équité, l'efficacité et l'efficience afin d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé pour tous.

L'avenir dépend désormais de notre capacité à avancer ensemble – et à saisir cette occasion pour bâtir un monde plus sain, pour chacune et chacun.

John-Arne Røttingen
Directeur général, Wellcome

Résumé analytique

En 2025, Wellcome a soutenu cinq dialogues régionaux, portés par des organisations partenaires, qui ont réuni des parties prenantes de plus de 114 pays pour examiner les questions suivantes :

- Quels sont les principaux défis posés par l'architecture actuelle de la santé mondiale et qu'est-ce qui fonctionne bien ?
- Quelles devraient être la fonction et la forme futures de l'architecture de la santé mondiale et quelles sont les réformes nécessaires pour y parvenir ?
- Quelles sont les prochaines mesures à prendre pour mettre en œuvre ces réformes et comment les faire avancer collectivement ?

Ce document rassemble les résultats de ces dialogues régionaux, examine les points de convergence et de divergence des points de vue et leur signification pour la réforme.

Les parties prenantes de toutes les régions reconnaissent que l'écosystème actuel de la santé mondiale a apporté des bénéfices indéniables, mais que des lacunes persistantes freinent les progrès.

Parmi les éléments jugés utiles, retenons le rôle normatif de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la coopération technique qui permet de mobiliser l'expertise internationale, les partenariats multilatéraux favorisant le financement, l'innovation et les avancées dans la lutte contre des maladies spécifiques, ainsi qu'une présence humanitaire soutenue au service de la santé.

Cependant, dans toutes les régions, l'écosystème actuel de la santé mondiale est considéré comme fondamentalement inadapté. Les dialogues régionaux ont mis en évidence plusieurs insuffisances majeures : une architecture fragmentée, incohérente et inefficace ; des déséquilibres de pouvoir dans la prise de décision, la définition des priorités et l'établissement du discours à tenir ; un manque de redevabilité et de mise en œuvre ; une dépendance aux financements extérieurs ; la dispersion du financement international, qui fragilise les systèmes et

nuit à leur efficacité ; un déficit de souveraineté des données et de partage des connaissances ; ainsi que la faiblesse des capacités de production et d'approvisionnement en produits de santé essentiels.

Pour remédier à ces goulets d'étranglement, les participants aux cinq dialogues régionaux ont convergé sur la vision d'un écosystème de la santé mondiale décentralisé, piloté par les pays, ancré dans des pôles régionaux et soutenu par une architecture mondiale allégée et rationalisée.

Ce nouvel écosystème de la santé mondiale devra viser à améliorer les résultats en matière de santé et à apporter une valeur collective à tous en soutenant la fourniture de biens publics régionaux et mondiaux, en assurant une coordination internationale réactive et, lorsque nécessaire, en garantissant une aide efficace alignée sur les priorités nationales. Cet écosystème devra également s'adapter à l'évolution des charges de morbidité et des déterminants de santé, tout en permettant des approches différenciées selon les contextes et les besoins spécifiques.

La concrétisation de cette vision repose sur l'adhésion à des principes directeurs essentiels : la souveraineté, la subsidiarité, l'équité et la cohérence. Cette vision nécessite également de clarifier les fonctions essentielles requises aux niveaux régional et mondial. Les dialogues ont souligné l'importance de définir les priorités au niveau national, afin d'assurer la pertinence et l'appropriation locale. Au niveau régional, cette approche doit s'enrichir de priorités régionales pour harmoniser les besoins nationaux, lutter contre les défis communs, favoriser la coopération et la coordination techniques, fournir des biens publics régionaux et mobiliser des ressources. Le niveau mondial, quant à lui, aura pour rôle de fixer des normes techniques, d'assurer une gestion et une coordination globales, et de mobiliser un financement coordonné.

Au-delà de cette vision fondamentale, les dialogues menés dans les cinq régions ont permis d'identifier collectivement des réformes clés en matière de gouvernance, de financement et de données, de connaissances et de produits.

Chaque dialogue régional a permis d'identifier des idées et des perspectives uniques sur la mise en œuvre pratique des réformes. Collectivement, les dialogues ont également permis de définir les prochaines mesures essentielles à prendre et de formuler de nouvelles questions pour faire avancer ces priorités de réforme communes dans les domaines de la gouvernance, du financement, des données, de la connaissance et des produits.

Gouvernance

Répondant à la nécessité de réduire les doublons, la concurrence et le flou qui entoure les rôles mondiaux et régionaux, les dialogues régionaux ont convergé sur deux priorités pour la réforme des mandats :

- Clarifier et rééquilibrer la division mondiale-régionale du travail.
- Rationaliser les mandats, en particulier au niveau mondial.

Le renforcement des capacités régionales en matière de santé est également considéré comme essentiel pour accroître la réactivité, l'équité, l'efficacité et la résilience de l'architecture de la santé mondiale. Concrètement, il s'agira de tirer parti de la proximité et de l'expertise locale, et de veiller à ce que les organisations régionales puissent s'exprimer d'une voix cohérente et unifiée. L'approfondissement des mandats et du pouvoir de décision des organisations établies, détenues et dirigées au niveau régional dépendra également du renforcement de la coordination régionale et sous-régionale en matière de santé, de l'expansion des capacités opérationnelles partagées et du développement des biens publics régionaux.

Parallèlement, les dialogues régionaux ont collectivement constaté que l'amélioration de la prise de décision mondiale en santé nécessitera un rééquilibrage de la représentation au sein des conseils d'administration, afin de renforcer la voix et l'autorité des pays et régions à revenus faibles et moyens. La nécessité d'intégrer la société civile et d'autres acteurs non étatiques dans la gouvernance à tous les niveaux a également été soulignée. Un consensus s'est également dégagé sur la nécessité de rendre les mécanismes de redevabilité plus réciproques et d'accroître leur crédibilité et leurs conséquences.

Financement

Les dialogues régionaux ont convenu que les pays doivent prendre l'initiative d'augmenter à la fois la quantité et la qualité du financement national de la santé et de gérer des transitions durables. Parallèlement, il s'agit aussi de trouver une issue aux contraintes macro-financières.

Toutes les régions ont convenu d'améliorer la qualité du financement international de la santé. Conformément à l'Agenda de Lusaka, les régions ont appelé à un financement extérieur mieux aligné, simplifié et plus prévisible, ainsi qu'à une évolution du rôle des banques multilatérales de développement (BMD). Les régions ont également proposé de renforcer les mécanismes de financement régionaux afin de soutenir les biens publics régionaux.

Données, connaissances et produits

Les parties prenantes de toutes les régions s'accordent sur la nécessité de renforcer les systèmes de données et de connaissances de santé qui sont interopérables et gérés au niveau régional, étayés par une infrastructure numérique solide, une gouvernance claire des données et un échange structuré des connaissances, afin de permettre l'établissement de données fiables et de renforcer la coopération.

Dans toutes les régions, un consensus s'est dégagé sur la nécessité de façonner proactivement les marchés de la santé afin de garantir un accès équitable, une résilience accrue et une souveraineté régionale renforcée, après les inégalités criantes révélées par la pandémie de COVID19. Cela implique de prévoir le regroupement des achats et une fabrication distribuée, mieux réglementée, des produits de santé.

Il s'agit également d'une opportunité pour générer des avantages économiques, en alignant les objectifs sanitaires et économiques au sein d'un cadre commun.

La mise en œuvre des réformes nécessitera de tenir le cap dans un contexte économique et politique mondial en mutation rapide.

Si les dialogues régionaux se sont efforcés de dégager un consensus et d'identifier des mesures concrètes à prendre, la définition du « comment » des réformes, en particulier au niveau mondial, demeure complexe. Plusieurs d'entre elles impliquent des changements politiquement sensibles, susceptibles de se heurter à des résistances.

La réalisation d'un écosystème de la santé mondiale plus équitable, plus efficace et plus efficient reposera donc sur plusieurs leviers essentiels : un leadership actif de la part des PFRI et des régions ; l'alignement de propositions de réforme technique ambitieuses sur une autorité politique de haut niveau ; des coalitions dynamiques entre les parties prenantes pour plaider en faveur des réformes et les mettre en œuvre ; et un processus itératif générant des avancées rapides tout en soutenant des transformations plus profondes. Les partenaires devront par ailleurs collaborer pour trancher les questions en suspens, en s'appuyant sur les discussions régionales et mondiales à venir en matière de réformes de la santé pour tracer une voie claire et unie vers l'avenir.

Des changements profonds sont inévitables dans le domaine de la santé mondiale. Pour autant, la réussite de la réforme de l'écosystème de la santé mondiale dépend d'une démarche collective, qui sollicite la participation constructive de toutes les régions en tant que co-architectes.

Il appartient aux gouvernements de définir et de mettre en œuvre une orientation commune pour la réforme. Ils doivent également consolider et aligner les financements derrière un plan unifié, et rendre possible le transfert de compétences vers les niveaux locaux lorsque cela génère une valeur ajoutée. Les organisations régionales doivent mettre en place des systèmes communs, assumer des fonctions clarifiées et harmoniser les marchés. Les organisations mondiales, quant à elles, doivent s'alléger et se rationaliser. Elles doivent également soutenir les acteurs régionaux, s'aligner sur les plans nationaux et corriger les instruments de financement. La société civile, les groupes de réflexion et les universités doivent renforcer leur voix, leurs preuves et leur redevabilité. Par des efforts cohérents et harmonisés entre les régions et les groupes de parties prenantes, nous pouvons saisir l'occasion qui se présente actuellement et mettre en place un écosystème de la santé mondiale capable de répondre aux besoins sanitaires d'aujourd'hui et de demain.

Contexte

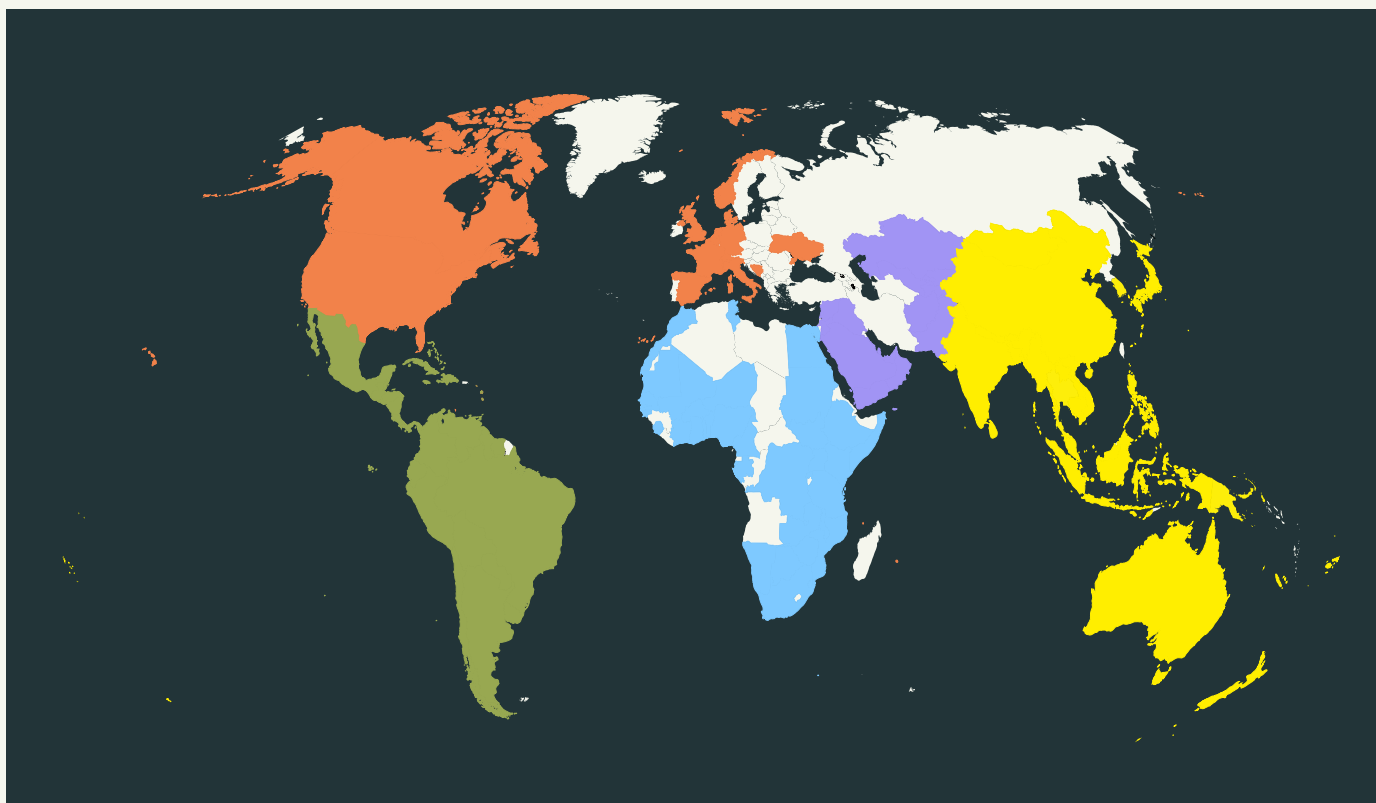
Il ne fait aucun doute que les profondes transformations politiques et financières survenues au cours des 12 derniers mois ont représenté un défi sans précédent pour la santé mondiale. Ces bouleversements ont entraîné des coupes massives dans l'aide des bailleurs de fonds, déjà responsables de pertes de vies humaines et susceptibles d'accentuer les inégalités globales. Mais même avant ces crises, 4,6 milliards de personnes n'avaient pas accès à des services de santé de base¹ et le monde demeurait mal préparé aux pandémies futures. S'il n'existe pas de solution miracle et que les progrès restent incertains, cette période de crise ouvre néanmoins une fenêtre d'opportunité pour le changement. L'occasion se présente aujourd'hui de procéder à une réforme transformatrice, attendue de longue date et indispensable pour mettre en place un système de santé mondiale meilleur et plus équitable pour l'avenir.

Au cours des 10 dernières années, des initiatives telles que l'Agenda de Lusaka et d'autres se sont

efforcées de favoriser l'évolution de l'architecture de la santé mondiale². Toutefois, les changements nécessaires et les changements possibles sont radicalement différents dans ce nouveau contexte.

Par sa nature, la réforme de la santé mondiale nécessite une réponse *mondiale*. Elle ne saurait être imposée par une seule organisation, un seul pays ou une seule région : elle exige une intelligence collective et une prise de décision partagée à l'échelle mondiale. En 2025, pour compléter d'autres initiatives de réforme, Wellcome a soutenu cinq dialogues régionaux sur la réforme de la santé mondiale en Amérique latine et dans les Caraïbes, en Afrique, en Asie-Pacifique, en Europe et en Amérique du Nord, ainsi qu'au Moyen-Orient et en Asie centrale³. Ces dialogues ont été dirigés par des organisations partenaires de chaque région, qui ont réuni des acteurs clés pour des délibérations franches sur les réformes à apporter à l'architecture de la santé mondiale et sur les modalités pour y parvenir.

Pays participatifs aux cinq dialogues régionaux sur la réforme de la santé mondiale



Les cinq dialogues se sont appuyés sur l'expérience et l'expertise de plus de 114 pays, dont des représentants de gouvernements nationaux, d'organisations régionales, de l'OMS et du système des Nations Unies au sens large, de BMD, d'organisations non gouvernementales (ONG), de la société civile, de fondations philanthropiques, du secteur privé, d'organisations communautaires et d'autres acteurs (voir la carte). Si chaque dialogue a été unique, tous ont comporté une phase de consultation et une réunion en personne, qui s'est déroulée d'août à novembre 2025 (voir l'encadré 1 pour des précisions sur les dialogues).

Encadré 1

Vue d'ensemble : Dialogues régionaux sur la réforme de la santé mondiale

Organisations qui ont conçu, dirigé et facilité les dialogues dans chaque région :

- **Amérique latine et Caraïbes** : Tecnológico de Monterrey (Mexique) avec l'Institut pour l'efficacité clinique et la politique de santé (Argentine), Universidad Mayor (Chili) et University of the West Indies (Jamaïque).
- **Afrique** : Amref Health Africa (Kenya).
- **Asie-Pacifique** : L'Institut stratégique de l'ACGA avec l'International Health Policy Program Foundation (Thaïlande), l'École de santé publique Saw Swee Hock, l'Université nationale de Singapour (Singapour), l'École de santé publique Vanke et l'Université Tsinghua (Chine)
- **Moyen-Orient et Asie centrale** : Le réseau de santé publique de la Méditerranée orientale (Jordanie), le Middle East Council on Global Affairs (Qatar) et l'école de médecine de l'université Nazarbayev (Kazakhstan).
- **Europe et Amérique du Nord** : Panorama Strategy (États-Unis) avec SEEK Development (Allemagne).

Phase de consultation : Mise en évidence des perspectives et des priorités des acteurs nationaux et régionaux et premier dégagement des domaines de convergence et de divergence. Dans toutes les régions :

- Au total, 1 790 participants ont participé à des enquêtes en ligne afin de recueillir des informations, de tester des hypothèses et de recueillir des propositions de réforme.
- Au total, 204 informateurs clés ont été interrogés sur les difficultés posées par le système actuel et les priorités de réforme.
- De nombreuses régions ont également organisé des groupes de discussion en distanciel ou des ateliers au niveau sous-régional.
- Les activités de consultation ont été complétées par une analyse itérative des politiques et une synthèse réalisée par les organisations chefs de file.

Phase de convocation : Élaboration et consolidation des domaines de consensus, et clarification et discussion sur les domaines contestés, afin de progresser vers une convergence régionale sur les priorités et des mesures concrètes en faveur de la réforme.

- Des groupes constructifs de participants faisant autorité se sont réunis pour des délibérations franches et inclusives.
- Cinq réunions, à Berlin, Amman, Singapour, Kigali et Mexico, ont rassemblé 273 parties prenantes.

Si les dialogues ont commencé par une évaluation de l'architecture actuelle de la santé mondiale, ils se sont tournés vers l'avenir pour aborder les questions fondamentales suivantes :

- Quels sont les principaux défis posés par l'architecture actuelle de la santé mondiale et qu'est-ce qui fonctionne bien ?
- Quelles devraient être la fonction et la forme futures de l'architecture de la santé mondiale et quelles sont les réformes nécessaires pour y parvenir ?
- Quelles sont les prochaines mesures à prendre pour mettre en œuvre ces réformes, et comment les faire avancer collectivement ?

S'appuyant sur les consultations et les réunions, chaque dialogue régional a produit un document de synthèse reprenant les réflexions et les recommandations des participants ^{4 5 6 7 8}. Ces cinq documents offrent des perspectives régionales distinctes, ainsi que des propositions concrètes de réforme au niveau régional et mondial.

Cette synthèse rassemble ces dialogues régionaux et examine les points de convergence et de divergence des points de vue, et ce que cela signifie pour la réforme. Ces enseignements et priorités viennent compléter d'autres analyses (telles que le processus de réflexion des bailleurs de fonds de l'UE et d'autres initiatives similaires). Ils alimentent les efforts de réforme en cours, notamment l'Agenda de Lusaka, l'Accra Reset, la Plateforme d'action de Séville, la société civile HEAR, le processus émergent de l'OMS, ainsi que l'initiative plus large ONU80.

Le document est organisé comme suit : La section II fait l'état des lieux du système actuel ; la section III expose la vision, les principes et les fonctions du futur écosystème ; la section IV présente les principaux domaines de réforme, les suggestions de mesures à prendre et les questions en suspens ; la section V envisage la voie à suivre collectivement et présente une conclusion.

État des lieux du système actuel

Les cinq dialogues régionaux ont tous permis de mieux comprendre le fonctionnement de l'écosystème actuel de la santé mondiale, en mettant en évidence les domaines dans lesquels il a apporté des avantages évidents et ceux dans lesquels des lacunes persistantes entravent les progrès.

1. Points forts

Toutes les régions s'accordent à dire que l'écosystème de la santé mondiale, sous sa forme actuelle, a contribué à des progrès vitaux. Les éléments de l'écosystème recensés comme particulièrement bénéfiques sont les suivants :

1.1. La fonction normative de l'OMS

Le rôle de l'OMS, qui consiste à fournir des normes techniques et des orientations au niveau mondial, est considéré comme essentiel et comme un bien public mondial de première importance. Bien que des voix s'élèvent pour demander que les orientations soient mieux adaptées aux réalités nationales et régionales, la fonction normative de l'OMS est considérée comme un point d'ancrage important et légitime dans un écosystème de plus en plus complexe.

1.2. La coopération technique pour tirer parti de l'expertise internationale

La coopération technique internationale et les mécanismes de partage des connaissances ont permis aux pays d'accéder à une expertise et à des normes qu'ils n'auraient peut-être pas la capacité de développer de manière indépendante. En particulier, les plateformes de collaboration et d'apprentissage ont permis aux pays plus petits ou moins bien dotés en ressources de bénéficier des connaissances mondiales.

1.3. Les partenariats multilatéraux favorisent le financement, l'innovation et des progrès spécifiques à des maladies

Une collaboration multilatérale innovante a permis à plusieurs pays de réaliser des progrès mesurables dans des domaines de santé prioritaires tels que le VIH, la tuberculose, le paludisme et la vaccination, ainsi que dans le domaine de la santé maternelle et infantile. Ces progrès ont été soutenus par des partenariats multilatéraux, tels que GAVI, le Fonds mondial, le Mécanisme de financement mondial et d'autres, qui sont reconnus pour mobiliser et mettre en commun d'importantes ressources internationales, des mécanismes de formation du marché destinés à faire baisser les prix et à améliorer l'accès aux produits de santé, ainsi qu'une gouvernance multipartite.

1.4. Le maintien de la présence humanitaire en appui à la santé

Le dialogue de la région Moyen-Orient et Asie centrale met en évidence le rôle essentiel que les acteurs neutres tels que le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) et les ONG humanitaires continuent de jouer pour maintenir l'accès à des services de santé essentiels et compléter les efforts plus larges du système de santé dans les contextes fragiles et touchés par les conflits.

Malgré ces succès, toutes les régions considèrent que l'écosystème actuel de la santé mondiale n'est pas adapté à son objectif. Plus précisément, les lacunes en matière de gouvernance, de financement, d'échange de connaissances et de fourniture de produits sont mises en évidence comme des facteurs qui nuisent à l'efficacité, à l'efficacé et à la durabilité.

2. Faiblesses

2.1. Un narratif suranné

La santé mondiale continue de fonctionner sur un narratif « l'aide d'abord » qui structure l'écosystème, en positionnant les pays et les régions – en particulier ceux du Sud global – comme de simples destinataires, et non comme co-architectes. Dans cette approche dépassée, la prise de décision et l'autorité technique sont confiées à des organisations externes, qui définissent les priorités de l'extérieur et renforcent la dépendance. Le succès se définit en termes de conformité des bailleurs de fonds et de mise en œuvre de programmes verticaux, plutôt qu'en termes de contribution conjointe aux biens publics, d'une démarche de consolidation du système à long terme aux niveaux national, régional et mondial.

2.2. Incohérence et inefficacité

L'architecture de la santé mondiale est vaste mais manque de cohérence, ce qui est aggravé par l'absence d'une vision commune de la réussite. Les rôles sont flous entre les organisations mondiales, ainsi qu'entre les organisations mondiales et régionales. Les mandats se chevauchent et les acteurs sont souvent en concurrence plutôt qu'en complémentarité. Les responsabilités institutionnelles ne sont pas claires et les initiatives parallèles prolifèrent – au lieu d'être coordonnées – autour des priorités nationales. Cette fragmentation et l'absence de prise de décision à l'échelle du système nuisent à l'efficacité de l'écosystème.

2.3. Déséquilibres de pouvoir

La gouvernance en matière de santé reste dominée par des acteurs et des régions à haut revenu et est excessivement centralisée au niveau mondial. Quatre régions sur cinq – l'Afrique, l'Amérique latine et les Caraïbes, l'Asie-Pacifique, le Moyen-Orient et l'Asie centrale – ont souligné dans leurs dialogues un manque criant d'autorité au sein des structures mondiales de décision en santé, notamment dans les conseils d'administration et les processus de gouvernance des organisations internationales. Ce déséquilibre accentue la dépendance et les inégalités : les gouvernements et la société civile des pays à faible revenu y sont sous-représentés et peu influents dans la définition des priorités, la conception des programmes et leur supervision. De nombreux acteurs se sentent relégués « en marge » d'un système conçu, financé et gouverné par le Nord global, qui intègre insuffisamment leurs besoins, leur expertise et leur appropriation.

2.4. Les lacunes en matière de redevabilité

L'absence de mécanismes efficaces de redevabilité en santé mondiale génère des lacunes persistantes dans la mise en œuvre des engagements. Sans dispositifs plus contraignants ou incitatifs, les promesses collectives de fourniture de biens publics mondiaux restent de simples aspirations. Plusieurs dialogues ont également mis en évidence le caractère unilatéral du suivi de la santé mondiale, qui consiste à comparer les performances des pays aux objectifs des bailleurs de fonds. En revanche, les mécanismes de suivi de l'alignement des bailleurs sur les priorités nationales sont faibles ou inexistants, ce qui perpétue les déséquilibres de pouvoir et érode la confiance.

2.5. Une dépendance persistante à l'égard des financements extérieurs

L'insuffisance des investissements nationaux dans le domaine de la santé et la dépendance excessive de certains pays à l'égard des financements extérieurs limitent non seulement l'appropriation par les pays et leur souveraineté en matière de santé au niveau national, mais compromettent également leur action dans l'écosystème de la santé mondiale. L'absence de mécanismes adéquats pour renforcer les capacités de financement nationales et planifier une transition responsable à partir du financement extérieur est une lacune majeure de l'écosystème actuel. Cette situation est exacerbée par des contraintes macro-financières, en particulier un endettement insoutenable, des coûts d'emprunt inéquitables et des flux financiers illicites, qui restreignent la marge de manœuvre budgétaire des pays.



L'architecture actuelle ne favorise pas les synergies entre les niveaux mondial, régional et national. Plutôt que de compléter les capacités existantes, de nombreux acteurs internationaux opèrent en parallèle, créant ainsi des doublons et supplantant des fonctions qui pourraient être remplies de façon plus efficace par des institutions locales ou régionales



Rapport de résultat du dialogue Amérique latine et Caraïbes

2.6. La fragmentation du financement international de la santé

La prolifération de flux de financement cloisonnés et spécifiques à une maladie nuit à la cohérence et impose une charge administrative inutile aux pays. Ces financements contournent souvent les processus nationaux de planification et de budgétisation, au détriment de systèmes durables détenus par les pays eux-mêmes. Ils fragilisent la gestion des finances publiques et vont à l'encontre de la fourniture intégrée de soins de santé primaires (SSP).

2.7. Les lacunes dans la souveraineté des données et l'échange de connaissances

De nombreux pays fournissent d'importantes quantités de données aux initiatives mondiales de recherche, mais n'en obtiennent ni la propriété, ni un accès réciproque aux données, aux connaissances et aux produits de santé qui en découlent. L'absence de systèmes de données interopérables, combinée à l'insuffisance des échanges de connaissances et de la coopération technique régionale, entrave également l'exploitation des données et de l'expertise pour des décisions fondées sur des preuves, ainsi que pour des réponses rapides aux urgences sanitaires.

2.8. La fragilité et l'iniquité de la production et de la fourniture de produits de santé

La pandémie de COVID-19 a fait ressortir la fragilité des systèmes mondiaux concentrés de la production et de l'approvisionnement, ainsi que les inégalités persistantes dans l'accès aux produits de santé vitaux. Les possibilités de production locale et régionale, de chaînes d'approvisionnement résilientes et de processus réglementaires harmonisés restent largement sous-exploitées, ce qui perpétue la dépendance aux marchés extérieurs au lieu de renforcer l'autonomie et la résilience au sein de l'écosystème de la santé mondiale.

Cet état des lieux montre que si les parties prenantes de toutes les régions reconnaissent les acquis et les atouts de l'écosystème de la santé mondiale d'aujourd'hui, elles sont conscientes que ces forces coexistent avec des lacunes profondes qui entravent les progrès. Aujourd'hui, cet écosystème apparaît fragmenté, trop centralisé et en décalage par rapport aux priorités des pays et des régions. Ce diagnostic constitue la base d'une vision commune selon laquelle une vraie réforme doit être transformatrice et guidée par une vision commune claire.

Vision, principes et fonctions pour le futur écosystème

1. Vision

À eux tous, les cinq dialogues régionaux envisagent un écosystème de la santé mondiale capable d'améliorer les résultats sanitaires et d'apporter une valeur collective à tous par un appui à la fourniture de biens publics régionaux et mondiaux, une coordination internationale réactive et, le cas échéant, une assistance efficace, alignée sur les trajectoires des pays. Ce système s'adapte aux évolutions de la charge de morbidité et des facteurs déterminants, et permet l'adoption d'approches différenciées en fonction des contextes et des besoins. Il s'agit d'un système décentralisé piloté par les pays, ancré dans des centres régionaux et étayé par une architecture mondiale allégée et rationalisée.

Plusieurs principes fondamentaux doivent guider la mise en œuvre de cette vision.

2. Principes

- **Souveraineté** – Les pays exercent pleinement leur autorité sur leurs priorités et leur système de santé, ce qui renforce leur autonomie. L'écosystème de la santé mondiale se construit alors avec des acteurs nationaux souverains, en partenariat avec des organismes régionaux et des acteurs non étatiques, ce qui favorise une collaboration multilatérale fondée sur l'appropriation, la confiance et la légitimité.
- **Subsidiarité** – Les décisions sont prises et mises en œuvre au plus près de ceux et celles qu'elles concernent, ce qui permet des approches flexibles et adaptées à des réalités nationales et régionales multiples et évolutives, ancrées dans un pouvoir décentralisé. La coordination internationale, ainsi

que le soutien financier et technique externe, interviennent uniquement là où et quand ils sont indispensables, ce qui renforce ainsi l'agentivité nationale et régionale dans un cadre mondial commun.

- **Équité** – L'écosystème de la santé mondiale catalyse les progrès vers des résultats sanitaires équitables au sein des pays et entre eux. Des processus, des partenariats, une gouvernance et des mécanismes de financement équitables rééquilibrent activement les asymétries de pouvoir et les disparités entre les acteurs aux niveaux national, régional et mondial.
- **Cohérence** – Les fonctions à chaque niveau du système sont claires et complémentaires, accompagnés de rôles organisationnels clairement définis. L'efficacité est maximisée en veillant à ce que les structures et les systèmes existants soient renforcés et utilisés, au lieu de créer des structures nouvelles ou parallèles. Des organisations mondiales rationalisées aux mandats et responsabilités mieux définis, moins redondants, qui respectent, complètent et soutiennent les structures locales et régionales. Elles connecteront ces systèmes dans un écosystème mondial harmonieux, façonné par la coopération en réseau plutôt que par la concurrence.

3. Fonctions

Le niveau national reste sans aucun doute le principal échelon pour la prestation et la protection de la santé. Il n'en demeure pas moins que pour progresser vers un écosystème de la santé mondiale transformé, il faut aussi clarifier les fonctions qui seront nécessaires aux niveaux régional et mondial (qui font l'objet du présent document).

La plupart des dialogues ont recensé les fonctions suivantes pour le **niveau régional** :

- **Définir des priorités**, des programmes et des stratégies sanitaires à l'échelon régional, fondés sur les besoins distincts des pays et leurs priorités communes, et renforcer les mécanismes de redevabilité régionaux et nationaux.
- **Diriger la coopération et la coordination techniques dans le domaine de la santé entre les pays de la région**, et, sur demande, fournir un appui adapté au contexte à la mise en œuvre des programmes nationaux.
- **Fournir des biens publics régionaux pour la santé**, tels que des capacités de surveillance et d'intervention en cas d'épidémies, des architectures de données et de connaissances partagées, des normes réglementaires harmonisées, etc.
- **Mobiliser et rattacher les ressources**, tant financières que techniques, conformément aux priorités nationales et régionales en matière de santé pour les biens publics régionaux et d'autres formes de coopération et de soutien.

À compléter par les fonctions suivantes au **niveau mondial** :

- **Établir des normes et des critères techniques mondiaux et soutenir et coordonner la mise en œuvre des biens publics mondiaux** pour la santé, tels que la recherche-développement, des orientations réglementaires, des orientations cliniques et de politiques publiques, des systèmes mondiaux de surveillance des maladies, etc.
- **Assurer une gestion et une coordination mondiales** pour gérer les menaces et les externalités mondiales, telles que les urgences sanitaires mondiales, et faciliter l'échange d'informations et l'alignement des acteurs entre les régions dans un cadre mondial commun.
- **Mobiliser un financement coordonné** pour les biens publics mondiaux, ainsi que pour l'aide aux pays en transition vers un financement national de la santé, et dans les situations humanitaires, le cas échéant.

Cette liste de fonctions, non exhaustive, s'inspire des propositions les plus fréquemment évoquées dans les dialogues régionaux pour esquisser la répartition future des responsabilités entre les différents niveaux de l'écosystème de la santé. Le débat collectif devra se poursuivre pour établir une cartographie complète de ces fonctions – en tenant compte des attentes variables de soutien et d'engagement selon les pays – et tracer les voies adaptées aux régions dont les capacités, les structures et la volonté de s'acquitter de telles fonctions divergent considérablement. Les réflexions sur les étapes nécessaires à cette différenciation des fonctions sont développées dans la section suivante.

Principaux domaines de réforme

Chaque dialogue régional a permis de dégager des idées et des perspectives uniques sur les réformes nécessaires pour accélérer les progrès vers la transformation de l'écosystème de la santé mondiale envisagée ci-dessus.

L'orientation, l'importance et la profondeur des discussions et des propositions ont varié d'une région à l'autre. Malgré cela, les dialogues menés dans les cinq régions ont convergé vers des domaines de réforme communs, répondant aux faiblesses communes relevées dans l'état des lieux ci-dessus. Dans l'ensemble, les dialogues ont proposé des réformes essentielles dans les domaines de la gouvernance et du financement, ainsi que des données, des connaissances et des produits. Nombre d'entre elles font écho aux priorités et aux changements existants définis dans l'Agenda de Lusaka⁹, ce qui souligne la nécessité de s'appuyer sur les principes et les engagements existants en vue d'une action commune à mesure que nous avançons. Les suggestions de mesures à prendre et les questions en suspens pour faire avancer les réformes se fondent directement sur les propositions issues de tous les dialogues, ainsi que sur la synthèse des priorités communes.

1. Gouvernance

1.1. Différencier et rationaliser les mandats pour améliorer la cohérence et l'efficacité

Pour remédier aux doublons, à la rivalité et au flou des rôles entre l'échelon mondial et régional décrits dans la section II, les dialogues régionaux ont convergé vers deux priorités pour la réforme des mandats : différencier et rééquilibrer la division du travail entre l'échelon mondial et régional, et rationaliser les mandats à l'intérieur des niveaux.

1.1.1. Différencier et rééquilibrer les fonctions et les mandats entre le niveau mondial et le niveau régional

Le transfert d'un plus grand nombre de fonctions du niveau mondial au niveau régional apparaît comme une priorité essentielle de la réforme dans les dialogues Amérique latine et Caraïbes, Asie-Pacifique, Afrique,

Moyen-Orient et Asie centrale. Cet impératif est guidé par une vision commune de pôles régionaux crédibles qui répondent directement aux besoins particuliers de leurs pays, tout en se connectant dans le même temps au système mondial et en le façonnant.

Tout en se concentrant sur le système mondial, les parties prenantes d'Europe et d'Amérique du Nord ont également exprimé leur forte adhésion à un rééquilibrage des rôles et des responsabilités entre les niveaux mondial et régional, ce qui permettra une plus grande appropriation régionale de la santé tout en clarifiant les fonctions qui doivent rester mondiales.

La plupart des dialogues ont mis en évidence la nécessité pour l'OMS de se recentrer sur son mandat principal, à savoir l'établissement de normes et de critères mondiaux, en laissant aux organisations régionales un rôle plus précis en matière d'adaptation au contexte, de coopération technique et de soutien à la mise en œuvre. Les dialogues Asie-Pacifique et Amérique latine et Caraïbes ont également souligné la nécessité de réformer les mandats des organisations financières internationales, notamment le Fonds monétaire international (FMI), la Banque mondiale et les banques régionales de développement, afin de mieux coordonner le financement des biens publics mondiaux et régionaux (voir la sous-section 2.2).

Toutefois, les participants ont également convenu qu'il ne fallait pas sous-estimer la complexité d'un tel rééquilibrage des fonctions du niveau mondial vers le niveau régional. Un soutien considérable sera en effet nécessaire pour permettre aux organisations régionales de santé d'absorber des fonctions supplémentaires et de s'en acquitter, compte tenu des différences de capacité et de niveau de maturité qui existent d'une région à l'autre (voir la sous-section 1.2). Des dispositifs clairs en matière de gouvernance et de redevabilité – y compris entre les organisations régionales – seront également essentiels pour garantir que ces changements n'aggravent pas la fragmentation. Toutes les régions ont également convenu qu'une plus grande régionalisation, par le biais de cadres communs et partagés, doit garantir l'alignement mondial.

1.1.2. Clarifier et rationaliser les mandats à tous les niveaux, en particulier au niveau mondial

Outre le rééquilibrage des fonctions et des mandats entre les niveaux mondial et régional, les dialogues ont permis de dégager un large consensus sur la nécessité de clarifier et de rationaliser les mandats des organisations mondiales de santé actuelles afin de réduire la fragmentation et l'inefficacité.

Suggestions de mesures à prendre :

- Les organisations mondiales et régionales de la santé instaurent ou améliorent des protocoles de redevabilité et de coordination sous l'autorité des gouvernements des États membres, qui incluent des mécanismes formels de planification conjointe et de partage de l'information afin de promouvoir l'action collective et des structures d'incitation qui privilégient la collaboration et les synergies plutôt que la concurrence.
- Les gouvernements autorisent un examen indépendant, à l'échelle du système, des mandats individuels et des fonctions différenciées des organisations mondiales et régionales de santé, afin d'identifier les possibilités de recalibrage pour remédier aux doublons, aux lacunes et aux inefficacités et pour garantir la réalisation des fonctions clés énoncées à la section III. Ce processus, inclusif et transparent, associera à la fois des acteurs mondiaux (tels que l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, et d'autres, des initiatives mondiales en matière de santé comme Gavi, le Fonds mondial, GFF, Unitaïd et divers partenariats) et régionaux (tels que CDC Afrique et d'autres).
- Conformément aux conclusions de cette étude, les gouvernements et les partenaires collaborent avec des organisations mondiales de la santé pour déléguer progressivement des rôles et responsabilités convenus vers des instances régionales, tout en donnant à celles-ci les moyens de les assumer. Cette régionalisation des compétences devrait être progressive et prévisible afin de renforcer la confiance dans le processus de réforme et la crédibilité de la gouvernance.
- Les gouvernements et les partenaires collaborent avec les organisations mondiales de santé, au sein du système des Nations Unies et en dehors, pour rationaliser leurs mandats au moyen de mécanismes de gouvernance appropriés, tout en évitant la création de nouvelles organisations.

Malgré un large accord de principe, le niveau d'ambition, les modalités concrètes et le soutien aux différentes options sont demeurés encore flous. Les propositions comprenaient une plus grande harmonisation des mandats entre les organisations mondiales de santé, notamment l'OMS, GAVI et le Fonds mondial (Moyen-Orient et Asie centrale et Europe et Amérique du Nord) ; le recentrage des organisations sur leurs mandats et fonctions essentiels où elles détiennent un avantage comparatif (Amérique latine et Caraïbes, Europe et Amérique du Nord et Asie-Pacifique) ; et l'unification active des mandats afin de réduire les doublons entre les organisations (Afrique).

Questions en suspens et arbitrages :

- Compte tenu de la grande diversité des capacités et de l'intégration régionales, comment les réformes en faveur de la régionalisation peuvent-elles être menées au mieux, tout en maintenant l'alignement et la cohérence au niveau mondial ?
- Comment la délibération collective peut-elle affiner l'équilibre des fonctions entre les niveaux mondial et régional, tout en tenant compte des arbitrages associés ?
- Quels acteurs ont l'autorité et l'impartialité nécessaires pour mener, à l'échelle du système, un examen des rôles, des doublons et des mandats au niveau mondial – et comment les recommandations seront-elles adoptées par les différents organes de gouvernance ?
- Comment ces délibérations peuvent-elles garantir la bonne prise en compte des besoins variables de chaque pays (compte tenu de facteurs tels que le niveau de revenu et la fragilité) ?
- Comment faire face de manière constructive à la résistance des institutions à des modifications substantielles des mandats ?
- Comment éviter les lacunes dans les fonctions de santé mondiale lors des transitions de mandats, en particulier si les rôles évoluent plus rapidement que le financement ou les capacités techniques ?

1.2. Rendre possible l'instauration d'une architecture régionale de la santé

Dans tous les dialogues, le renforcement des capacités régionales en matière de santé est considéré comme essentiel pour rendre l'architecture de la santé mondiale plus réactive, équitable, efficace et résiliente, en tirant parti de la proximité et de l'expertise locale. Les régions Amérique latine et Caraïbes, Moyen-Orient et Asie centrale, Afrique et Asie-Pacifique se sont accordées sur le fait que leur influence mondiale respective dépend d'organisations régionales crédibles et cohérentes, qui s'expriment d'une seule voix.

L'approfondissement des mandats et du pouvoir de décision des organisations régionales nécessitera un renforcement de la coordination régionale et sous-régionale en matière de santé, l'élargissement des capacités opérationnelles partagées et la consolidation du soutien à la fourniture de biens publics régionaux. En raison de l'hétérogénéité des régions, il n'existe pas d'approche unique pour y parvenir. Néanmoins, deux mécanismes communs sont apparus.

1.2.1. Renforcer les plateformes régionales de coordination des politiques publiques

Des plateformes régionales et sous-régionales multilatérales et multipartites renforcées devront servir de pôles pour élaborer et approuver des priorités, des programmes et des stratégies régionales communs en matière de santé, ainsi que pour coordonner les actions. Cela permettra aux pays de mobiliser des ressources collectives et d'harmoniser leurs efforts pour influencer la prise de décision et les politiques publiques au niveau mondial. Ces plateformes devront être dirigées par des acteurs nationaux, sous-régionaux et régionaux, et être responsables devant eux, afin de résoudre les problèmes de santé régionaux, tout en maintenant des liens avec les mécanismes mondiaux.

Il existe déjà des acteurs régionaux capables d'exercer ou de jeter les bases de pareilles modalités de coordination et de leadership, même si, dans la plupart des cas, la configuration actuelle est imparfaite. Les participants au dialogue Moyen-Orient et Asie centrale ont formulé la possibilité que des organisations telles qu'EMPHNET, le CDC du Golfe, la Ligue arabe et l'Organisation de la coopération islamique (OCI) servent de pôles de coordination et de direction. La régionalisation nécessitera un examen critique des dispositifs existants (voir section III), ainsi que des efforts concertés pour renforcer les capacités clés. Elle reconnaîtra la nécessité de modèles en réseau flexibles, à géométrie variable et aux

implications adaptées selon les fonctions, plutôt qu'un pôle régional unique aux compétences bien délimitées. Pour faire progresser efficacement la santé au niveau régional, il faudra collaborer non seulement avec des organisations spécialisées en santé, mais aussi – comme au niveau mondial – avec des acteurs aux mandats multisectoriels, ce qui reflète la nature intrinsèquement transversale des enjeux sanitaires.

1.2.2. Fournir des biens publics et des fonctions regroupées sur le plan régional

En accord avec le souhait d'accroître la fourniture de biens publics et de fonctions regroupées au niveau régional (voir section III), l'élaboration ou le renforcement de mécanismes de passation conjointe de marchés, de capacités régionales de production, d'harmonisation réglementaire et d'intervention en cas d'urgence – dans le but de réaliser des économies d'échelle et de réduire la dépendance à l'égard des systèmes externes – est également apparu comme une priorité commune à l'ensemble des régions (voir encadré 2).

Encadré 2

Par exemple : Proposition pour la plate-forme catalytique pour la santé de l'ALC (LAC-HCP)

Le dialogue Amérique latine et Caraïbes a proposé la création d'une plateforme catalytique pour la santé de la région ALC (LAC-HCP) dans le but de remodeler et de renforcer la région en encourageant la collaboration et en permettant des investissements coordonnés dans deux domaines distincts mais interconnectés :

- 1) le développement de biens publics régionaux (BPR), comme des architectures de données sur la santé, des méthodologies d'évaluation des technologies de la santé (ETS), des capacités communes de génération et d'analyse pour des solutions axées sur les données alimentées par l'IA et les référentiels de connaissances régionaux.
- 2) la coopération Sud-Sud en faveur de la production et de services partagés (autres que des BPR), tels que la consolidation sur le plan régional des efforts de passation conjointe/coordonnée de marchés, de production et d'harmonisation réglementaire. La plateforme fonctionnera comme un mécanisme unificateur, sans doublons, et qui compléterait parfaitement les mandats de l'OPS, des mécanismes sous-régionaux et des banques multilatérales de développement.

Suggestions de mesures à prendre :

- Sur la base de l'examen global proposé à la sous-section 1.1, les gouvernements et les organisations dans les régions s'entendent sur l'organisation régionale (ou une combinaison d'organisations régionales) qui dirigera les fonctions clés au niveau régional, et ils collaborent pour s'assurer que les mandats et le financement nécessaires sont en place. Les modalités spécifiques pour y parvenir varieront et devront être déterminées et approuvées sur une base régionale.
- Les organisations mondiales et leurs bureaux régionaux respectent le rôle central des organisations dirigées à l'échelle régionale, le principe de subsidiarité et favorisent des partenariats avec elles sur un pied d'égalité.
- Les bailleurs de fonds alignent le financement et l'assistance technique sur les priorités et les stratégies régionales.

Questions en suspens et arbitrages :

- Comment délimiter les régions – par exemple, en fonction de la géographie politique, des blocs économiques ou des réseaux de santé fonctionnels, compte tenu du chevauchement des membres et des variations quant aux niveaux d'intégration ?
- Comment les organisations régionales peuvent-elles travailler avec leurs États membres sur l'élaboration des programmes, les exigences de surveillance et le financement sans faire de doublons avec les fonctions mondiales ou nationales, dans la mesure où les frontières opérationnelles peuvent rester contestées et où les organisations mondiales peuvent rechigner à céder du pouvoir ?
- Par quelles étapes concrètes les régions peuvent-elles élaborer, puis valider une approche de la fourniture de biens publics régionaux pour la santé, y compris l'identification des mécanismes qui amélioreront le plus efficacement cette fourniture ?
- Comment des organisations régionales de santé, à des niveaux très différents de développement institutionnel et d'intégration, peuvent-elles se connecter à une architecture mondiale cohérente en matière de santé et lui rendre compte ?
- En quoi consistera une régionalisation effective des fonctions des organisations mondiales de la santé, y compris de leurs bureaux régionaux ? Quelles en seront les implications pour la gestion et la structure hiérarchique des bureaux régionaux de l'OMS ?
- Comment encourager efficacement l'apprentissage entre pairs entre les organisations et les réseaux de santé régionaux qui cherchent à renforcer leurs capacités ?

“

Le rôle de l'Afrique dans des initiatives d'envergure internationale telles que le Fonds mondial et Gavi ne doit plus se limiter à l'inclusion symbolique, mais progresser vers une influence réelle, permettant au continent de se faire co-architecte du modèle de gouvernance. Ainsi, l'Afrique jouira d'une représentation adéquate et d'un pouvoir d'action effectif, transformant une présence purement symbolique en véritable parité

”

Rapport de résultats du dialogue Afrique

1.3. Rééquilibrer les structures et les pratiques de prise de décision

Dans toutes les régions, deux priorités se dégagent pour améliorer la prise de décision en matière de santé mondiale. Il s'agit des suivantes :

- Rééquilibrer la représentation au sein des conseils d'administration et les pratiques de gouvernance afin de renforcer la voix et l'autorité des PRFI.
- Intégrer de manière systématique la société civile et les autres acteurs non étatiques dans la gouvernance à tous les niveaux.

1.3.1. Rééquilibrer la composition et les pratiques des conseils d'administration de la santé mondiale pour en accroître l'efficacité

Les participants aux dialogues se sont accordés à dire que les organisations mondiales de la santé devraient veiller à ce que leurs conseils d'administration soient plus représentatifs des PRFI, afin que le pouvoir de décision reflète mieux les pays que les organisations ont l'intention de servir.

Les dialogues des régions Afrique et Asie-Pacifique ont appelé à des changements profonds afin d'instaurer une parité réelle dans l'autorité décisionnelle et dans les pratiques de gouvernance et de financement de la santé mondiale, allant au-delà de la seule contribution financière et tenant mieux compte de la charge, de l'enjeu et des responsabilités associés à la santé mondiale.

Le dialogue de la région Europe et Amérique du Nord s'est dit en faveur d'une meilleure représentation des PRFI dans les conseils de la santé mondiale. Il souligne la nécessité d'accroître l'efficacité et la cohérence des pratiques des conseils d'administration par la clarification de leurs processus décisionnels, un renforcement de la préparation et du suivi des réunions des conseils et des mesures pour assurer la présentation par les organisations de positions cohérentes au sein des différents conseils d'administration d'organisations mondiales de santé.

1.3.2. Intégrer de manière systématique une gouvernance inclusive à tous les niveaux

Toutes les régions ont convergé sur la recommandation d'institutionnaliser la participation systématique et constructive d'acteurs non étatiques, en particulier de la société civile et des acteurs communautaires, à la gouvernance de la santé dans toutes les organisations et à tous les niveaux, y compris dans la prise de décision et les fonctions de

surveillance. Le dialogue de la région Afrique a spécifiquement appelé à la parité hommes-femmes dans la gouvernance.

Deux dialogues ou plus ont mis l'accent sur les besoins suivants :

- des mécanismes de participation formels, plutôt que des arrangements informels, afin d'accroître la transparence et encourager des formes d'influence légitimes ;
- une cohérence et des boucles de rétroaction continues, plutôt que des consultations ponctuelles, afin d'éviter des mesures purement symboliques ;
- une participation tout au long du processus politique, et non un engagement cloisonné, pour garantir que les décisions rendent compte de l'expérience vécue sur le terrain ;
- L'institutionnalisation de ces mécanismes aux niveaux national, régional et mondial de la gouvernance en matière de santé.

La société civile, la jeunesse, le monde universitaire ainsi que les groupes communautaires et les groupes de patients ont été les plus mentionnés dans les dialogues. Les dialogues des régions Moyen-Orient et Asie centrale et Europe et Amérique du Nord ont explicitement mentionné le secteur privé. Les parties prenantes de la région Moyen-Orient et Asie centrale ont également insisté sur la nécessité d'une participation des réfugiés.



Des participants ont insisté sur la nécessité d'une meilleure représentation de la région Moyen-Orient et Asie centrale dans les forums mondiaux, afin que les priorités régionales influencent réellement la prise de décision à l'échelle internationale



Rapport de résultats du dialogue Moyen-Orient et Asie centrale

Suggestions de mesures à prendre :

- Des groupes de réflexion indépendants et la société civile analysent les lacunes dans la composition actuelle des conseils d'administration des principales organisations, puis consultent les gouvernements et les partenaires afin de proposer de nouveaux objectifs de représentation pour les PRFI, les organisations régionales et la société civile. Cette analyse permettra de créer une base de données commune pour faire avancer les discussions collectives sur les réformes.
- Les gouvernements autorisent la création d'un groupe de travail sur la réforme du conseil de la santé mondiale, composé de représentants interrégionaux des gouvernements, de la société civile, des bailleurs de fonds et d'autres détenteurs de sièges au sein du conseil. Ce groupe de travail examinera collectivement les options de changement, les arbitrages, les contraintes juridiques des chartes et les interdépendances entre les principaux conseils de la santé mondiale, et proposera une voie à suivre pour améliorer la transparence, la faisabilité administrative et la cohérence.
- Les gouvernements et les organisations régionales identifient et soutiennent les champions de la santé mondiale des PRFI et des petits États insulaires pour qu'ils s'expriment et défendent leurs intérêts dans les forums mondiaux.
- Les organisations mondiales et régionales intègrent ou renforcent les mécanismes de participation formelle de la société civile à tous les niveaux de gouvernance.
- Les partenaires mondiaux (y compris les fondations et autres bailleurs de fonds) et les gouvernements fournissent des ressources à la société civile afin de permettre une participation constructive à la gouvernance mondiale et régionale en matière de santé.

Questions en suspens et arbitrages :

- Quels paramètres devront définir la parité, la représentation équitable et la participation « constructive », et comment trouver le juste équilibre ?
- Comment concilier une participation plus large et la nécessité d'une prise de décision efficace ?
- Comment les attentes continues des bailleurs en matière de contrôle et de surveillance peuvent-elles être mieux comprises et s'inscrire dans des modèles de gouvernance plus inclusifs et plus efficaces ?
- Comment les organisations mondiales de santé peuvent-elles contourner les intérêts acquis et les éventuelles contraintes juridiques (par exemple, dans les chartes fondatrices) pour réattribuer les sièges au conseil d'administration ou les droits de vote afin de parvenir à une représentation plus équitable ?
- Quelles mesures et procédures concrètes – par exemple en matière de prise de décision et d'autres aspects de gouvernance institutionnelle – les présidents, le secrétariat et les titulaires de sièges de conseils d'administration peuvent-ils mettre en œuvre pour rendre ces derniers plus efficaces sur le plan individuel et collectif ?

1.4. Rendre la redevabilité mutuelle et assortie de conséquences concrètes

Si les propositions régionales visant à réformer les mécanismes de redevabilité varient dans leurs orientations et en profondeur, un consensus s'est dégagé pour accroître la réciprocité et la crédibilité des mécanismes de redevabilité.

1.4.1. Accroître la réciprocité des mécanismes de redevabilité

Les dialogues des régions Afrique et Asie-Pacifique ont souligné la nécessité d'aller au-delà du suivi à sens unique des pays « bénéficiaires » et de faire en sorte que les performances des bailleurs de fonds par rapport aux priorités convenues fassent elles aussi l'objet d'un suivi. Cette asymétrie devrait être activement contrebalancée par l'introduction ou le renforcement de mécanismes qui garantissent que tous les acteurs – bailleurs de fonds, organisations de financement, gouvernements, organismes d'exécution et les autres – sont tenus mutuellement responsables des engagements pris. D'autres régions ont accepté le principe, mais n'ont pas abordé la question de manière aussi spécifique.

1.4.2. Accroître la crédibilité et les conséquences concrètes des mécanismes de redevabilité

Pour remplacer les lacunes des mécanismes existants, les dialogues ont convenu de la nécessité de règles clarifiées, d'une transparence accrue, de systèmes d'incitation plus robustes, ainsi que des conséquences concrètes en cas de non-respect, pour renforcer la redevabilité. Même si les participants aux dialogues reconnaissent que, faute de gouvernement mondial, l'application formelle des engagements est souvent politiquement irréaliste, ces mesures apparaissent essentielles pour rendre les engagements mondiaux en matière de santé plus crédibles et davantage contraignants. Le dialogue de la région Moyen-Orient et Asie centrale a spécifiquement souligné la nécessité de rattacher les engagements mutuels clairement énoncés entre les acteurs mondiaux, régionaux et nationaux à des mécanismes concrets qui peuvent fonctionner dans des contextes politiquement complexes – en développant des outils tels que les tableaux de bord publics, les audits indépendants et le financement lié à la performance.

Suggestions de mesures à prendre :

- Les gouvernements, les organisations régionales, la société civile, les universités et d'autres acteurs prennent des mesures spécifiques à chaque région pour renforcer la redevabilité mutuelle, par exemple :
 - Afrique : i) étendre l'examen de pays à pays, en s'appuyant sur le mécanisme africain d'évaluation par les pairs (MAEP) ; ii) élaborer et mettre en pratique des mécanismes d'examen « externes » pour contrôler les engagements des parties prenantes mondiales et leur mise en œuvre par rapport aux priorités convenues (le cadre de suivi et de responsabilisation de l'Agenda de Lusaka, par exemple).
 - Asie-Pacifique : i) mettre en place des mécanismes solides de cartographie des ressources et de suivi des dépenses aux niveaux national et régional afin de suivre de manière précise et dynamique l'allocation et le décaissement des ressources financières provenant de toutes les sources (par exemple, des gouvernements, d'organismes philanthropiques et de l'aide humanitaire) ; ii) élaborer et diriger des mécanismes parallèles de suivi et d'évaluation, par exemple, une combinaison d'auto-évaluation, d'examen par les pairs, d'évaluation externe indépendante et de participation communautaire, avec des indicateurs clairement définis qui sont ancrés dans la réalisation de l'équité en matière de santé.
- Les gouvernements et les organisations mondiales et régionales étudient la possibilité d'élaborer des règles plus contraignantes et des incitations structurées comme condition préalable à de futurs partenariats de coopération régionale et mondiale, telles qu'un accès préférentiel au financement commun, à la coopération technique ou à des rôles de gouvernance pour les acteurs qui démontrent qu'ils s'alignent sur les priorités convenues et qu'ils établissent des rapports transparents.

Questions en suspens et arbitrages :

- Quels sont les engagements extérieurs à suivre – par exemple, les progrès en matière de financement, de représentation et de réformes – et comment les indicateurs peuvent-ils concilier comparabilité et pertinence locale ?
- Les principaux acteurs – en particulier les bailleurs de fonds souverains – accepteront-ils des contraintes plus contraignantes ? Si ce n'est pas le cas, quelles sont les structures d'incitation qui peuvent s'y substituer efficacement ?
- Quels mécanismes de redevabilité (règles contraignantes, incitations et transparence) auront réellement pour effet de modifier les comportements dans le climat géopolitique actuel, et où peuvent-ils être ancrés efficacement ?
- Comment les enseignements tirés de l'utilisation actuelle d'outils tels que les fiches d'évaluation publiques, les tableaux de bord ou les audits indépendants, peuvent-ils contribuer à une utilisation plus efficace à l'avenir ?

Outre les réformes essentielles en matière de gouvernance, plusieurs réformes du financement ont également été identifiées comme essentielles à l'évolution effective de l'écosystème de la santé mondiale.

2. Financement

2.1. Financement national anticipé

Les dialogues régionaux ont convenu que les pays doivent prendre l'initiative d'augmenter à la fois la quantité et la qualité du financement national de la santé et de gérer des transitions durables. Parallèlement, il s'agit aussi de trouver une issue aux contraintes macro-financières.

2.1.1 Accroître la quantité et la qualité du financement national de la santé, avec la réorientation des systèmes de santé vers les soins de santé primaires

Pour accroître la quantité de financement de la santé, deux dialogues ou plus recommandent aux gouvernements d'augmenter les allocations budgétaires, d'élargir la base des recettes publiques et de faire appel au financement privé (avec des garanties d'intérêt public).

Pour améliorer la qualité du financement de la santé, les dialogues ont tous souligné la nécessité d'ancrer les réformes en matière de financement dans les soins de santé primaires, afin de réduire la fragmentation des services fournis par les systèmes de santé, de renforcer les capacités institutionnelles pour une allocation efficace et équitable des ressources et, dans ce cadre, d'augmenter les dépenses pour la prévention et la promotion de la santé.

Suggestions de mesures à prendre :

- Les gouvernements institutionnalisent le suivi des flux financiers afin de pouvoir rendre compte en temps voulu et de manière transparente de la mobilisation et de l'affectation des ressources nationales et de renforcer les mécanismes nationaux de redevabilité.
- Les organisations régionales suivent la mise en œuvre des engagements en matière de financement national et encouragent les États membres à rendre des comptes à leurs pairs (par exemple, par le suivi des engagements au titre de la Déclaration d'Abuja au moyen d'indicateurs par habitant et de mécanismes régionaux d'examen par les pairs).
- Les gouvernements recentrent les réformes du financement national sur les soins de santé primaires, en intégrant les programmes verticaux dans une plateforme unifiée et en orientant les investissements nationaux vers les éléments constitutifs des soins de santé primaires, notamment les infrastructures, la main-d'œuvre, les services et les médicaments.
- Les gouvernements, avec le soutien de partenaires le cas échéant, renforcent la gestion des finances publiques, les achats stratégiques et les capacités d'évaluation des technologies de la santé afin d'améliorer l'efficacité et l'équité.

Questions en suspens et arbitrages :

- Comment les pays peuvent-ils protéger ou élargir leur marge de manœuvre budgétaire pour la santé lorsque les marges budgétaires globales sont limitées et que les réaffectations risquent d'évincer d'autres secteurs ?
- Quelles sont les capacités et les incitations politiques nécessaires pour garantir la mise en œuvre effective des mécanismes de suivi des engagements de financement nationaux – tels que les tableaux de bord et les mécanismes d'examen par les pairs – et comment minimiser le risque de manipulation ou de conformité superficielle ?

2.1.2. Gérer des transitions durables, les partenaires jouant un rôle complémentaire et aligné

Tous les dialogues ont souligné l'importance d'une transition responsable vers des systèmes de santé intégrés et financés au niveau national, les propositions suivantes étant particulièrement mises en avant :

- Élargir les exigences de cofinancement national dans le cadre de la coopération en matière de santé (suggestion tirée de plusieurs dialogues).
- Utiliser les plateformes de coordination nationales – intégrées dans les comités de coordination du secteur de la santé existants – pour élaborer des plans d'investissement nationaux dans le domaine de la santé. Ceux-ci devraient être alignés sur le « plan national unique » (voir la sous-section suivante 2.2), en cartographiant les ressources actuelles et en s'appuyant sur des plans de transition explicites pour le financement externe afin de tracer des voies vers le financement national. L'élargissement des mandats des comités peut être nécessaire pour garantir l'inclusion de tous les acteurs concernés, y compris les ministères des Finances, les secteurs relatifs au changement climatique et les groupes marginalisés (suggestion tirée du dialogue Asie-Pacifique).

De manière plus générale, plusieurs dialogues¹⁰ ont insisté sur la nécessité que les plans tiennent compte de la diversité des stades de transition auxquels se trouvent les pays ; en particulier, de nombreux États fragiles ou touchés par des conflits sont encore loin d'un financement national pleinement viable et doivent continuer à bénéficier d'un soutien extérieur important. En outre, les partenaires, y compris les bailleurs de fonds, doivent veiller à jouer un rôle complémentaire qui renforce l'autosuffisance et s'efforcer d'éliminer les incitations à maintenir la dépendance.

Suggestions de mesures à prendre :

- Les gouvernements renforcent les plans nationaux d'investissement et de transition dans le domaine de la santé et les intègrent dans les mécanismes existants de planification stratégique et de coordination du secteur de la santé afin de structurer un passage cohérent de systèmes pilotés par les bailleurs de fonds à des systèmes financés au niveau national.
- Les partenaires alignent le financement externe sur les voies de transition définies par les pays, en veillant à ce que le soutien s'arrête progressivement et de manière coordonnée, les rôles des partenaires s'adaptant au fil du temps pour renforcer une évolution cohérente vers un financement par les pays.
- Les organisations normatives, telles que l'OMS, la Banque mondiale, le FMI, les groupes de réflexion, les universités et d'autres, travaillent en étroite collaboration avec les gouvernements et les partenaires financiers pour fournir des conseils sur l'utilisation appropriée des différents types et instruments de financement provenant de sources nationales et de partenaires, afin de soutenir les plans de transition.

Questions en suspens et arbitrages :

- Quels enseignements peut-on tirer des politiques de transition existantes ? Plus précisément, comment les pays peuvent-ils s'assurer que les plans de transition sont conçus et mis en œuvre de manière à éviter la hausse des dépenses à la charge des ménages, des lacunes dans les services ou des chocs budgétaires lorsque les financements extérieurs diminuent ?
- Comment faire pour tenir responsables des partenaires dotés de mandats différents et soumis à des pressions divergentes en matière de retrait, afin que leur désengagement se fasse progressivement et de manière prévisible, sans perturber les services ni provoquer de chocs financiers, et qu'ils respectent pleinement les voies de transition définies par les pays ?

2.1.3. S'attaquer aux contraintes financières de niveau macroéconomique afin de dégager une marge de manœuvre budgétaire

La quasi-totalité des dialogues ont clairement mis en avant la nécessité de combattre le fardeau insoutenable de la dette et les coûts d'emprunt injustes afin de stimuler l'augmentation des investissements nationaux dans le domaine de la santé. L'Afrique s'est concentrée sur les échanges de dettes, tandis que la région Amérique latine et Caraïbes a mis l'accent sur les outils d'amélioration du crédit (pour réduire le coût des emprunts) et les changements de critères de graduation, en faisant remarquer que les critères actuels classent certains pays – tels que les petits États insulaires en développement (PEID) – dans la catégorie des pays à revenu élevé tout en négligeant leurs vulnérabilités spécifiques. La région Asie-Pacifique a reconnu les pressions fiscales liées au climat qui déterminent également la faisabilité du financement national de la santé. Globalement, les dialogues ont appelé à une approche plus nuancée des critères d'éligibilité, guidée par des facteurs tels que la vulnérabilité humanitaire et environnementale, la charge de morbidité et la performance du secteur.



Une architecture de la santé mondiale réformée devra intégrer la justice financière – au moyen de mesures d'allègement de la dette, de prêts équitables et d'une gouvernance fiscale équitable – en tant que fondement de l'équité en matière de santé.



Rapport de résultats du dialogue Afrique

Suggestions de mesures à prendre :

- Les ministères des Finances et de la Santé travaillent de manière concertée, ainsi qu'avec les organisations intergouvernementales concernées (comme la Commission économique des Nations unies pour l'Afrique) et la Banque mondiale, afin d'évaluer, d'adapter et, le cas échéant, de mettre en œuvre conjointement des accords de conversion de la dette alignés sur les priorités nationales et régionales en matière de santé. Les enseignements tirés et les bonnes pratiques sont documentés, échangés et mis en avant lors des prochaines réunions de printemps.
- Les partenaires mondiaux et régionaux (tels que la Banque mondiale et d'autres) réexaminent l'utilisation du niveau de revenu comme critère principal pour le financement à des conditions préférentielles ou l'aide à la santé sous forme de subventions.
- Les partenaires mondiaux et régionaux (par exemple, la Banque interaméricaine de développement, des organismes philanthropiques et d'autres) collaborent à l'utilisation accrue d'outils de renforcement du crédit – tels que les garanties d'emprunt¹¹ – afin de réduire les coûts d'emprunt des pays et de mobiliser des investissements supplémentaires dans le domaine de la santé.

Questions en suspens et arbitrages :

- Quels sont les mécanismes de gouvernance nécessaires pour garantir que les engagements de conversion de la dette en faveur de la santé se traduisent par des augmentations budgétaires réelles et durables plutôt que par des allocations purement symboliques ou à court terme ?
- Peut-on concevoir des outils d'amélioration du crédit qui permettent de soutenir des investissements nationaux à long terme sans renforcer la dépendance au financement externe ni augmenter le risque budgétaire ?

2.2. Améliorer la qualité des financements internationaux

Conformément à l'Agenda de Lusaka, toutes les régions appellent à un financement extérieur mieux aligné, simplifié et plus prévisible, tout en faisant évoluer le rôle des banques multilatérales de développement.

2.2.1. Aligner le soutien sur les priorités nationales, en réalisant « un plan, un budget, un S+E uniques » et renforcer les systèmes intégrés de soins de santé primaires

L'appropriation par les pays est considérée par tous comme le principe fondamental de l'organisation de l'aide à la santé mondiale, en veillant à ce que toute l'aide extérieure s'aligne sur les priorités, les stratégies et les plans définis au niveau national. Conformément à l'Agenda de Lusaka, cela signifie qu'il faut passer d'un soutien à des programmes verticaux axés sur l'offre et spécifiques à une maladie à un soutien à des soins de santé primaires et à des systèmes pilotés par les pays eux-mêmes¹². Il incombe à chaque pays de diriger la conception, la coordination et la supervision d'un plan, d'un budget et d'un cadre de suivi et d'évaluation (S+E) uniques, en veillant à ce qu'ils soient crédibles et pris en charge conjointement par les ministères de la Santé et des Finances. De leur côté, les bailleurs de fonds doivent aligner leur soutien sur un plan, un budget, un S+E uniques, au lieu de fragmenter les programmes et l'administration de la santé au niveau national.

Les parties prenantes de la région Europe et Amérique du Nord font observer que souvent, les efforts d'alignement achoppent lorsque les plans nationaux manquent de détails ou de bases factuelles. Elles reconnaissent également que les cycles politiques des bailleurs de fonds bilatéraux, les pressions en matière de redevabilité et les contraintes administratives limitent souvent la manière dont elles peuvent s'aligner dans la pratique, tandis que les initiatives en matière de santé mondiale sont limitées par leurs propres cycles de planification et de reconstitution des ressources.



**L'aide mondiale ne fonctionne
que lorsqu'elle suit les priorités
nationales – sinon, elle fragmente nos
systèmes et détourne l'énergie des
besoins véritables des populations.**



**Participant au dialogue
Moyen-Orient et Asie centrale**

Suggestions de mesures à prendre :

- Les gouvernements établissent et mettent en œuvre un cadre solide pour la santé sur la base de « un plan, un budget, un S+E uniques », pris en charge conjointement par le ministère de la Santé et le ministère des Finances, accompagné d'un ensemble clairement établi de priorités nationales en matière de santé.
- Les gouvernements renforcent et consolident les plateformes de coordination de la santé afin d'harmoniser le soutien, en s'inspirant des mécanismes qui ont fait leurs preuves (comme, par exemple, au Rwanda).
- Les partenaires (y compris les bailleurs de fonds multilatéraux et bilatéraux) respectent le principe « un plan, un budget, un S+E uniques », au détriment de plans ou accords parallèles.
- Les partenaires (y compris les bailleurs de fonds multilatéraux et bilatéraux) adoptent une plus grande flexibilité dans les cycles et les modalités de financement afin de réduire la charge administrative qui pèse sur les pays et les projets.

Questions en suspens et arbitrages :

- Quelle est la meilleure façon de passer d'une approche verticale à une approche centrée sur les soins de santé primaires, afin de garantir l'intégration et le renforcement du système sans compromettre les résultats en matière de maladie, en particulier parmi les groupes marginalisés ?
- Comment les pays peuvent-ils renforcer leur souveraineté en matière de santé et créer des incitations politiques, opérationnelles et réputationnelles fortes pour que les bailleurs de fonds s'alignent et que l'adhésion aux priorités nationales devienne la règle par défaut plutôt qu'une bonne pratique facultative ?
- Comment les pays et les partenaires peuvent-ils éviter une prolifération de contrats et de conditionnalités spécifiques aux bailleurs de fonds qui risquent de saper les efforts d'alignement et de cohérence ?
- Compte tenu du succès limité des efforts d'alignement précédents, comment surmonter les obstacles à la réalisation de l'objectif « un plan, un budget, un S+E uniques » ?

2.2.2. Regrouper, intégrer et simplifier le financement international

Dans tous les dialogues, les parties prenantes s'accordent sur la nécessité d'élargir les mécanismes mis en commun et intégrés de financement afin de réduire la fragmentation et de mieux coordonner les investissements multibailleurs en faveur des systèmes de santé, ainsi que des biens publics régionaux et mondiaux.

Les préférences varient en fonction de l'objectif visé et de l'ambition affichée. Les parties prenantes de la région Asie-Pacifique ont insisté sur l'harmonisation du financement avec des structures de coordination claires et des réformes de mandat – entre les BMD, les bailleurs de fonds bilatéraux, les organisations philanthropiques et les acteurs privés – afin d'aligner les investissements dans les biens publics régionaux et mondiaux. Le dialogue Amérique latine et Caraïbes a proposé un mécanisme régional mis en commun hébergé par les BMD, conçu pour tirer parti des fonds régionaux existants pour la santé afin de soutenir les biens publics et la réponse aux situations d'urgence (voir également la section suivante). Les parties prenantes de la région Europe et Amérique du Nord ont soutenu le principe d'une mutualisation élargie, tout en mettant davantage l'accent sur l'harmonisation opérationnelle, avec des divergences quant à son envergure : accord sur des mesures « pragmatiques », comme l'harmonisation des cycles de financement et de la participation au niveau national, l'alignement des modèles d'allocation, des feuilles de route de transition communes et la clarification de la répartition des tâches entre Gavi, le Fonds mondial, le Mécanisme de financement mondial et la Banque mondiale – mais aucun accord sur des réformes structurelles telles que les conseils d'administration partagés, la consolidation ou les clauses de caducité. Il en va de même pour le financement de la préparation aux pandémies, pour lequel les préférences varient entre un mécanisme unique et une meilleure coordination entre plusieurs instruments.



Les parties prenantes de la région Asie-Pacifique ont insisté sur l'harmonisation du financement avec des structures de coordination claires et des réformes de mandat – entre les BMD, les bailleurs de fonds bilatéraux, les organisations philanthropiques et les acteurs privés – afin d'aligner les investissements dans les biens publics régionaux et mondiaux.



Suggestions de mesures à prendre :

- Les gouvernements autorisent un examen indépendant des rôles et des modalités de financement des principaux mécanismes de financement régionaux et mondiaux, en termes de soutien aux pays et de biens publics régionaux/mondiaux. Cet examen mettra en évidence le chevauchement des fonctions de financement et identifiera les possibilités et les étapes d'harmonisation, d'intégration et/ou de regroupement.
- Les gouvernements évaluent les résultats de cet examen et mettent en œuvre les réformes nécessaires en fonction des conclusions.

Ces étapes devront être étroitement liées à l'analyse des mandats organisationnels présentée dans la section sur la gouvernance (voir la sous-section 1.1.).

Questions en suspens et arbitrages :

- Jusqu'où les mécanismes de financement commun et intégré doivent-ils aller pour favoriser l'efficacité et la cohérence ? L'harmonisation progressive des cycles de financement et la division du travail sont-elles suffisantes, ou une consolidation structurelle plus profonde (comme des conseils d'administration communs ou des fonctions fusionnées) est-elle nécessaire ?
- Existe-t-il un conflit entre la consolidation des mécanismes au niveau mondial et la nécessité de donner la priorité à l'appropriation par les pays et à l'alignement sur les priorités nationales au niveau national ? Dans l'affirmative, comment peut-on atténuer ce problème ?

2.2.3. Structurer le financement pour qu'il soit stable et prévisible

Les parties prenantes de toutes les régions s'accordent sur la nécessité de passer de cycles de financement à court terme à un financement international prévisible et pluriannuel qui permette aux pays de planifier efficacement et de renforcer leurs systèmes, et de financer de manière fiable les biens publics mondiaux et régionaux tels que la préparation aux pandémies.

Par exemple, dans le cadre du dialogue de la région Afrique, des cycles budgétaires des bailleurs de fonds, plus longs et mieux alignés, ont été jugés essentiels à une programmation nationale efficace et au maintien d'approches intégrées et centrées sur les soins de santé primaires. Le dialogue Europe et Amérique du Nord s'est fait l'écho de cette nécessité et a reconnu que les bailleurs de fonds doivent s'efforcer de surmonter leurs propres contraintes politiques et administratives qui limitent souvent la prévisibilité ; ils ont également souligné l'importance d'un financement fiable et collectif de la préparation à la pandémie « en temps de paix » plutôt que de fonds d'urgence cloisonnés. Les parties prenantes de la région Amérique latine et Caraïbes ont souligné la nécessité d'un financement à plus long terme pour soutenir les réformes structurelles plutôt que des projets isolés à court terme. De même, le dialogue Asie-Pacifique a appelé à un financement de la santé mondiale axé sur le long terme, tandis que les parties prenantes du dialogue Moyen-Orient et Asie centrale ont mis l'accent sur des engagements pluriannuels et sur la transparence.

Suggestions de mesures à prendre :

- Les secrétariats des principaux organismes multilatéraux et régionaux de financement de la santé (supervisés et soutenus par leurs conseils d'administration) et des bailleurs de fonds bilatéraux collaborent avec les gouvernements nationaux et d'autres acteurs pour repenser les instruments de financement de la santé afin de permettre des engagements pluriannuels et axés sur le système, d'aligner les cycles et d'élargir les périodes de décaissement.

Questions en suspens et arbitrages :

- Comment remédier aux contraintes juridiques, administratives et politiques, de sorte que les bailleurs de fonds de la santé mondiale remodelent leurs instruments pour offrir une prévisibilité plus stable et pluriannuel ?
- À mesure que les pays s'éloignent de l'aide extérieure, comment les modèles de financement peuvent-ils concilier la nécessité d'engagements extérieurs pluriannuel prévisibles et l'attente d'un financement intérieur en augmentation constante ?

2.2.4. Faire évoluer et intensifier le financement de la santé par les banques multilatérales de développement

Alors que le financement de la santé mondiale délaisse des programmes verticaux basés sur des subventions en faveur du renforcement d'un système à long terme, les parties prenantes de toutes les régions ont souligné la nécessité d'un rôle plus important et plus stratégique tant pour les BMD régionales que les BMD mondiales. Bien qu'il existe des risques reconnus, tels que l'augmentation du service de la dette et la financiarisation, les BMD sont de plus en plus considérées comme bien adaptées pour soutenir des stratégies nationales pluriannuelles à une échelle que les bailleurs de fonds traditionnels ne peuvent pas atteindre.

Les régions ont mis en évidence des dimensions distinctes. Les parties prenantes africaines ont souligné l'importance de négocier de meilleures conditions d'investissement des BMD, y compris des investissements accrus dans les services sociaux par le biais de l'IDA/BIRD, et d'avoir recours aux BMD pour soutenir les discussions sur les clauses de graduation et de caducité. Le dialogue Asie-Pacifique a mis en évidence le rôle des BMD dans la coordination des stratégies de financement et des investissements dans les biens publics mondiaux et régionaux, ainsi que dans la réalisation d'une cartographie régulière des ressources pour la santé, en particulier au niveau régional. Les parties prenantes d'Europe et d'Amérique du Nord considèrent que les BMD sont essentielles à la durabilité, en mettant l'accent sur le renforcement de la GFP et le financement à des conditions préférentielles des soins de santé primaires et des systèmes.

Suggestions de mesures à prendre :

- Les BMD collaborent avec les gouvernements et d'autres acteurs pour affiner leurs mécanismes en faveur d'un financement concessionnel durable, piloté par les pays, afin de soutenir des soins de santé primaires et des biens publics équitables et efficaces.
- Les gouvernements, les BMD, les ISM et d'autres acteurs étudient les montages financiers des BMD pilotés par les pays, qui associent des prêts concessionnels à des subventions des ISM et à des financements nationaux pour soutenir des transitions efficaces.
- Les gouvernements, les BMD et d'autres acteurs examinent si et comment des mécanismes régionaux de financement commun, ancrés dans les BMD, pour les biens publics transfrontaliers et la préparation, pourraient améliorer la prévisibilité et l'efficacité du financement et l'alignement sur les priorités régionales.

Questions en suspens et arbitrages :

- Comment les pays peuvent-ils investir dans des systèmes de santé plus solides sans dépasser leurs obligations en matière de service de la dette, et où doit se situer la limite entre les emprunts concessionnels et les financements sous forme de subventions, compte tenu notamment des capacités budgétaires différentes d'un pays à l'autre ?
- Comment les BMD peuvent-elles accroître leur financement tout en atténuant les risques de la financiarisation, tels que la réorientation des programmes nationaux de santé vers des projets bancables au détriment de systèmes de santé publique essentiels et équitables ?
- Comment les pays peuvent-ils utiliser les financements mixtes – par exemple, les subventions de l'initiative ISM combinées aux prêts des BMD et aux financements nationaux – de manière à renforcer l'appropriation par les pays et à soutenir des réformes intégrées et à long terme des systèmes de santé ?

2.3. Mettre en place des mécanismes de financement régionaux

Les participants aux dialogues ont proposé de renforcer les mécanismes de financement régionaux en faveur des biens publics régionaux et du soutien aux pays. Conformément au principe de subsidiarité¹³, le fait de situer les fonctions de financement au niveau régional devrait améliorer l'autosuffisance et l'appropriation souveraine, garantir la proximité avec les besoins contextuels et faciliter une action en temps opportun. Dans le même temps, cela permettra de maintenir une échelle suffisante pour générer des gains d'efficacité, favoriser la solidarité et encourager les investissements dans les biens publics régionaux au-delà de la capacité des États individuels.

2.3.1. Mettre en commun et coordonner les diverses sources de financement régionales

L'approche commune consiste à regrouper des sources et flux de financement multiples : budgets publics nationaux, banques régionales de développement multilatéral, organismes philanthropiques, diaspora, bailleurs de fonds bilatéraux et (le cas échéant) capitaux privés, dans des mécanismes de financement commun capables de coordonner les investissements régionaux dans le domaine de la santé. Cela permet de créer une base commune de ressources, d'harmoniser les flux de financement et de promouvoir l'efficacité, et d'assurer ainsi un investissement cohérent dans les biens publics régionaux et le soutien solidaire aux pays.

Dans ce contexte, les régions ont mis l'accent sur des aspects différents : le dialogue de la région Afrique a mis l'accent sur la mobilisation des ressources provenant des trésors nationaux, d'organismes philanthropiques et de la diaspora dans des fonds liés aux communautés économiques régionales (CER) ou à l'Union africaine (UA) afin de réduire la fragmentation et de renforcer la préparation et les interventions en situation d'urgence. Les participants au dialogue Asie-Pacifique ont souligné l'importance de la coordination des flux des BMD, des flux bilatéraux et des flux philanthropiques pour soutenir les biens publics régionaux, tout en veillant à ce que cette coordination ne prenne pas le pas sur les fonctions de définition des priorités ou de mise en œuvre. Les parties prenantes du dialogue Europe et Amérique du Nord se sont montrées en faveur des mécanismes de financement régionaux pour les achats groupés et les engagements anticipés sur les marchés alignés sur les normes mondiales. Le dialogue de la région Amérique latine et Caraïbes a proposé la création d'un Fonds régional de solidarité

pour la santé : il s'agit d'un mécanisme de financement commun et catalytique, hébergé par une banque multilatérale de développement et géré par les pays, afin de coordonner les fonds et d'exercer un effet de levier pour la santé régionale.

Capitalisé par des taxes liées à la santé et des excédents multilatéraux réorientés, le fonds augmentera en efficacité par la mise en commun des ressources de bailleurs de fonds multiples, la réduction des coûts administratifs et la répartition des risques financiers. Il participera également à la solidarité régionale en allouant les fonds là où ils sont le plus nécessaires, d'autant plus que de nombreux pays ne remplissent plus les conditions requises pour bénéficier de l'aide traditionnelle. Dans le même temps, les participants au dialogue Moyen-Orient et Asie centrale ont plaidé pour la mise en place de flux de co-investissement prévisibles et ancrés au niveau régional, soutenus par un suivi partagé, afin de coordonner le financement des soins de santé primaires et des biens publics régionaux.

2.3.2. Intégrer des principes communs pour un financement régional efficace

Les caractéristiques communes à des mécanismes régionaux de financement de la santé efficaces, mises en évidence dans deux dialogues ou plus, se résument ainsi :

- **Pilotage par les gouvernements et appropriation sur le plan régional :** Les mécanismes sont redevables envers les gouvernements et placent le pouvoir de décision entre les mains des pays de la région, ce qui en garantit le contrôle souverain et la légitimité politique.
- **Transparence :** Des cadres de suivi communs et une cartographie systématique des ressources garantissent un suivi clair et prévisible des contributions, des allocations et des performances, ce qui consolide la confiance et la redevabilité dans l'ensemble de la région.
- **L'efficacité par une mise en commun coordonnée** (voir ci-dessus).
- **La solidarité comme principe directeur :** Avec le recul, voire l'absence, de l'aide traditionnelle dans de nombreux pays, l'allocation devrait garantir que les ressources sont acheminées là où les besoins régionaux sont les plus importants.
- **Le co-investissement pour des objectifs communs :** Les mécanismes doivent encourager l'investissement collectif des pays, en ayant recours à des dispositifs qui galvanisent les contributions et renforcent l'engagement en faveur des priorités régionales.
- **L'appui sur les organisations existantes et leur intégration :** Tirer parti des structures régionales ou multilatérales existantes afin d'éviter les doublons et de maximiser les capacités institutionnelles. Il peut s'agir d'être hébergé par une banque multilatérale de développement, de renforcer un fonds continental (par exemple, le Fonds africain pour les épidémies) ou de travailler par l'intermédiaire d'organisations sous-régional.

Suggestions de mesures à prendre :

- Dans l'ensemble de l'Afrique, les gouvernements et les organisations régionales s'alignent pour augmenter le financement commun de la réponse aux urgences par l'intermédiaire du Fonds africain pour les épidémies.
- Dans la région Amérique latine et Caraïbes, des gouvernements, des groupes de réflexion, des universités et d'autres acteurs sous-régionaux et régionaux collaborent avec une banque multilatérale de développement spécifique pour étudier la conception d'un fonds régional de solidarité pour la santé, notamment son conseil d'administration, son modèle de capitalisation et ses instruments de financement potentiels.
- Dans toute la région Asie-Pacifique, des groupes de réflexion et des universités collaborent avec les gouvernements, les partenaires et les organisations régionales pour mettre en place une fonction systématique de cartographie multisectorielle des ressources, alignée sur les stratégies régionales en matière de santé, afin d'éclairer l'évolution des mécanismes régionaux de financement commun.
- Des organisations régionales et des partenaires collaborent pour mettre en place un échange de connaissances structuré et transrégional sur les mécanismes régionaux de financement de la santé – y compris les modèles de gouvernance et les combinaisons de recettes – hébergé par une plateforme neutre ou une banque multilatérale de développement (BMD).

Questions en suspens et arbitrages :

- Quelles sont les incitations qui persuaderont les gouvernements d'adhérer à un mécanisme régional de financement de la santé, et comment les régions peuvent-elles gérer le risque que les pays se retirent si les avantages à court terme semblent incertains ?
- Comment concilier l'appropriation régionale et un contrôle souverain fort avec le besoin d'interopérabilité avec les fonds mondiaux et les banques multilatérales de développement, et l'engagement avec les partenaires extérieurs ?

Outre les priorités communes en faveur de l'évolution de la gouvernance et du financement de la santé, les dialogues ont évoqué la question des réformes essentielles à engager en matière de données, de connaissances et de développement et d'offre de produits.

3. Données, connaissances et produits

3.1. Accroître l'envergure des systèmes régionaux de données et de connaissances

Les régions ont convenu de l'urgence de renforcer les systèmes de données et de connaissances interopérables et gérés au niveau régional dans le domaine de la santé, en s'appuyant sur une infrastructure numérique solide, une gouvernance claire des données et un échange structuré des connaissances, afin d'obtenir des données fiables et de renforcer la coopération.

3.1.2. Mettre en place ou renforcer les systèmes et les plateformes régionaux de données numériques, largement interopérables

Les priorités communes comprennent la mise en place de systèmes de données gérés au niveau régional qui garantissent la souveraineté nationale en matière de données, en veillant à ce que les pays restent les principaux responsables de la collecte, du stockage et du partage des données. En particulier, le dialogue de la région Afrique a insisté sur la nécessité de garantir les conditionnalités de partage des avantages et les avantages (de types divers, notamment le transfert de technologies) au moyen du système d'accès aux agents pathogènes et de partage des avantages (PABS).

Les dialogues ont également mis en évidence la nécessité de mettre en place une infrastructure numérique unifiée et interopérable pour les données relatives aux résultats en matière de santé humaine, au financement de la santé et à la performance des programmes, ainsi qu'à la surveillance des maladies. Ceux-ci devront être ancrés dans des organisations régionales de confiance qui permettent l'agrégation de données provenant de divers systèmes et créent des centres de données régionaux qui appliquent des normes harmonisées et permettent des analyses en temps réel dans tous les pays. Celles-ci devront s'accompagner de tableaux de bord numériques pour assurer la transparence et une prise de décision efficace. Les participants au dialogue de la région Afrique se sont penchés sur le rôle que l'IA pourrait jouer, la considérant comme un « pilier » pour les nouvelles infrastructures de santé numérique comme moyen de stimuler l'efficacité opérationnelle, de réduire les coûts et d'accroître la productivité.

En voici quelques exemples concrets :

- Un Cadre africain de données et de gouvernance en matière de santé pour renforcer le partage des données et les systèmes. Ce cadre garantira que les données sanitaires africaines sont stockées, gérées et utilisées sur le continent afin de protéger la souveraineté nationale et d'en permettre la monétisation par la création de valeur ajoutée (par exemple, via des essais cliniques).
- Un référentiel de données sanitaires de l'ANASE pour permettre aux pays d'Asie du Sud-Est d'évaluer les investissements dans les systèmes de santé et d'identifier les meilleures pratiques en matière de modèles de financement durables. Les référentiels seront la propriété des pays, l'hébergement sous-régional étant facilité par des forums nationaux multipartites, ce qui répartira la charge administrative et renforcera le rôle de la coordination sous-régionale au service des priorités nationales.

3.1.3. Institutionnaliser des mécanismes structurés d'échange de connaissances

Pour débloquent davantage l'échange de connaissances entre pairs et la coopération technique au sein des régions, les dialogues ont proposé des mécanismes d'échange plus systématiques ancrés dans la gouvernance régionale et soutenus par des outils numériques.

Par exemple, le centre d'innovation de l'ALC proposé dans le cadre du dialogue Amérique latine et Caraïbes s'appuiera sur les capacités considérables qui existent déjà dans les pays de la région, capacités qui sont souvent sous-utilisées ou insuffisamment reconnues par d'autres. À travers des appels à propositions annuels, l'établissement de priorités régionales et l'exploitation et le développement des capacités existantes au moyen d'échanges structurés de pays à pays, le centre s'attaquera aux obstacles qui entravent actuellement la coopération technique Sud-Sud. Dans la région Asie-Pacifique, une démarche similaire pourra être mise en œuvre au moyen de centres de connaissances régionaux et sous-régionaux, qui rassembleront des informations sur les meilleures pratiques afin de favoriser un apprentissage intersectoriel et transnational, en s'appuyant sur des organisations existantes telles que l'OMS, le Fonds mondial, la Banque mondiale, la BASD, l'ANASE et des organisations universitaires.

Suggestions de mesures à prendre :

- Dans la région Amérique latine et Caraïbes, les gouvernements intéressés entament des discussions préliminaires avec l'OPS et d'autres partenaires afin de concevoir conjointement le centre d'innovation de l'ALC, et mettre en place un comité régional et un groupe de travail ad hoc pour définir les priorités.
- Dans la région Afrique, les gouvernements et les partenaires régionaux élaborent un système d'information sur les données africaines ancré dans le CDC Afrique en tant qu'infrastructure publique numérique (IPN) pour les pays africains.
- Dans la région Moyen-Orient et Asie centrale, les gouvernements et les partenaires régionaux mettent en place un centre régional de données sanitaires pour permettre le partage transfrontalier de données et des analyses avancées ; ils renforcent les organismes régionaux existants pour coordonner la surveillance, les réseaux de laboratoires et la préparation transfrontalière ; et ils établissent des plateformes régionales de partage des connaissances qui soutiennent la recherche conjointe, le suivi et le renforcement des capacités.

Questions en suspens et arbitrages :

- Comment concilier un contrôle national strict des données de santé et la nécessité d'un échange rapide et transfrontalier de données en cas d'urgence ?
- Comment assurer la cohérence au sein des régions et entre elles afin de garantir que des systèmes régionaux solides soient également alignés au niveau mondial ?
- Comment les outils numériques et les politiques de libre accès peuvent-ils améliorer l'utilisation des connaissances sans porter atteinte à la protection des données et à la propriété intellectuelle ?

3.2. Façonner les marchés, regrouper les achats et distribuer la production

Dans toutes les régions, un consensus s'est dégagé sur la nécessité de façonner les marchés de la santé de manière proactive afin de garantir un accès équitable, une plus grande résilience et une souveraineté régionale accrue. Cette démarche devra inclure le regroupement des achats, l'amélioration de la réglementation et de la distribution de la production et l'harmonisation des processus réglementaires. Cela a également été considéré comme une occasion de créer des avantages économiques – en stimulant l'innovation, la croissance, le développement industriel et la productivité – et donc d'aligner les objectifs sanitaires et économiques dans un cadre commun.

3.2.2. Façonner les marchés grâce au regroupement des achats et à des conditionnalités progressives

Les dialogues ont systématiquement souligné que les achats groupés, les négociations de prix et les exigences normalisées en matière de produits constituent des outils essentiels pour faire baisser les prix, garantir la fiabilité de l'approvisionnement et élargir l'accès, en particulier pour les pays dont le pouvoir de négociation est limité.

Les régions portaient de situations et de perspectives différentes pour faire avancer les choses aux niveaux régional et mondial. Les parties prenantes de la région Amérique latine et Caraïbes ont souligné l'impact positif du fonds renouvelable de l'OPS dans la région, mais ont appelé à sa modernisation et à son expansion. Le dialogue Afrique a recommandé d'opérationnaliser les achats groupés à l'échelle du continent en recensant les capacités existantes et en pilotant les achats groupés à l'échelle de l'UA afin de favoriser une demande prévisible.

Le dialogue Asie-Pacifique a recommandé d'aligner les marchés publics groupés (d'abord au niveau sous-régional, comme le Pacifique ou l'ANASE) sur les réformes de financement et les plans de transition. Les parties prenantes de la région Moyen-Orient et l'Asie centrale ont proposé de coordonner les achats, la constitution de stocks et la logistique au niveau régional afin de normaliser les achats et de garantir un accès rapide aux fournitures essentielles dans tous les pays, y compris dans les environnements fragiles. Le dialogue Europe et Amérique du Nord a mis l'accent sur le maintien de l'interopérabilité mondiale et des normes communes afin d'éviter la fragmentation des marchés et de l'accès ; les participants ont suggéré d'harmoniser les mécanismes régionaux croissants tout en renforçant les mécanismes mondiaux, y compris les achats groupés, les engagements anticipés sur les marchés et les clauses d'accès équitable précoce dans les partenariats de recherche et développement.

“

Le dialogue Europe et Amérique du Nord a mis l'accent sur le maintien de l'interopérabilité mondiale et des normes communes afin d'éviter la fragmentation des marchés et de l'accès.

”

3.2.3. Renforcer les capacités de production distribuées, en tirant parti des cadres régionaux

Les régions ont convergé sur la nécessité d'accroître les capacités de production locales et régionales, de renforcer les chaînes d'approvisionnement et d'harmoniser les processus réglementaires. Beaucoup considèrent que l'augmentation de la production est essentielle pour garantir un accès rapide en cas de crise et pour réduire la dépendance à l'égard des marchés extérieurs.

Dans ce contexte, plusieurs motivations et orientations se dégagent. Les parties prenantes de la région Moyen-Orient et Asie centrale se sont concentrées sur la construction de centres régionaux de production et de logistique, soutenus par des partenariats public-privé (PPP) et la modernisation de la chaîne d'approvisionnement numérique. Les participants de la région Afrique ont mis l'accent sur le programme le plus complet : des investissements dans la production et la R&D sur le plan local ; l'harmonisation réglementaire sous l'égide de l'Agence africaine du médicament (AMA) ; la consolidation de la chaîne d'approvisionnement dans le cadre de la zone de libre-échange continentale africaine (ZLECA) ; le renforcement des capacités en matière d'octroi de licences obligatoires ; et la promotion d'une industrie autonome capable de servir à la fois des marchés régionaux et mondiaux.

Le dialogue de la région Amérique latine et Caraïbes a proposé d'approfondir les modèles de production conjointe, l'intégration de la chaîne d'approvisionnement régionale et l'utilisation de mécanismes de capital-risque pour financer les innovations dans le domaine de la santé. Le dialogue de la région Europe et Amérique du Nord a mis l'accent sur l'alignement des initiatives de production sur les cadres mondiaux, en affinant les processus mondiaux de R&D pour mieux refléter les priorités nationales.



Le message de l'Afrique est clair : nous ne voulons pas simplement qu'on nous livre des vaccins, nous voulons être capables de les produire nous-mêmes... Il est temps que le monde accepte cette nouvelle réalité.



Participant au dialogue Afrique

Suggestions de mesures à prendre :

- Les gouvernements et les organisations régionales mettent en œuvre des plans spécifiques à chaque région pour élargir le regroupement des achats.
- Les organisations régionales échangent les enseignements et les meilleures pratiques en matière d'achats groupés entre les régions, en s'inspirant par exemple du fonds renouvelable de l'OPS et d'autres modèles éprouvés, et étudient les possibilités de collaboration.
- Les gouvernements et les organisations régionales favorisent l'harmonisation réglementaire afin de soutenir une production régionale évolutive. Il peut s'agir d'accélérer la mise en place des organisations respectives (par exemple, la mise en œuvre de l'AMA), d'établir des accords de reconnaissance mutuelle et d'aligner les normes de produits et les procédures d'octroi de licences afin de veiller à la bonne circulation transfrontalière des produits fabriqués dans la région.

Questions en suspens et arbitrages :

- Comment équilibrer les rôles de passation de marchés publics mondiaux et régionaux afin que les régions puissent agir plus rapidement sans fragmenter les normes ni perdre les avantages d'échelle des mécanismes mondiaux ?
- Quels instruments de structuration du marché pourraient être appliqués plus systématiquement, y compris dans la conception des PPP, afin de maximiser les bénéfices pour la santé publique ?
- Comment des cadres de production régionaux peuvent-ils débloquent une valeur sanitaire et économique partagée – grâce à une réglementation alignée et à l'intégration de la chaîne d'approvisionnement – tout en veillant à ce que tous les pays, y compris les États plus petits ou fragiles, en profitent équitablement ?
- Comment les organisations nationales et régionales peuvent-elles s'associer à des fabricants et à d'autres acteurs (du secteur privé) pour surmonter les obstacles dans le paysage industriel actuel et mettre en place des systèmes de production efficaces ?

La voie à suivre

1. Catalyseurs

Il ne sera pas facile de faire avancer ces réformes.

Si les dialogues régionaux se sont efforcés de dégager un consensus et d'identifier des mesures concrètes à prendre, la définition du « comment » des réformes, en particulier au niveau mondial, demeure complexe.

Il a également été largement reconnu que bon nombre des réformes identifiées – notamment la mise en œuvre de nouvelles méthodes de travail, la réaffectation des pouvoirs et la modification des récits fondamentaux sur ce qu'est la santé mondiale et qui prend les décisions – se heurteront à des résistances, et il est possible que les efforts de réforme soient bloqués ou déviés par les structures en place. En effet, la tendance à la régionalisation reflète elle-même la difficulté de mettre en œuvre des réformes au niveau mondial.

En outre, plusieurs tendances dans le contexte économique et politique mondial en évolution rapide peuvent également entraver la mise en œuvre des réformes. Comme l'a souligné le dialogue de la région Amérique latine et Caraïbes, « la crise sanitaire mondiale est le reflet d'un effondrement plus large de la géopolitique et de la coopération internationale. » Les efforts de réforme sont aujourd'hui confrontés à un paysage fragmenté dans lequel le pouvoir se diffuse parmi un nombre plus grand d'acteurs, la polarisation idéologique s'accroît et des modèles d'ordre concurrents, ainsi que la montée du populisme nationaliste, affaiblissent le consensus et la capacité à agir collectivement. Il est peu probable que les réductions du financement international de la santé soient inversées à court terme, et les accords multilatéraux cèdent souvent la place à des approches bilatérales transactionnelles.

Un tel état des lieux doit être considéré comme réaliste, plutôt que pessimiste. Pour réussir dans ce contexte, les réformes doivent être menées de manière proactive dans un environnement géopolitique en mutation rapide. Une véritable transformation nécessitera des pressions extérieures et des approches nouvelles et plus efficaces,

capables de rendre inévitable un changement fondamental à long terme.

Les dialogues ont permis d'identifier les catalyseurs suivants comme susceptibles de jouer un rôle essentiel :

1. Leadership venant des PFRI et des régions

Les pays et les régions les plus proches de la mise en œuvre doivent être au centre de la réforme, les pays à revenu élevé et les organisations mondiales jouant le rôle de facilitateurs, en soutenant les programmes de réforme menés par les pays et pris en charge par les régions. La réforme de l'écosystème de la santé mondiale devra aller de pair avec une action commune pour stimuler la coopération aux niveaux régional et national, ce qui ne sera possible que si les pays et les groupes de parties prenantes de toutes les régions du monde participent activement aux discussions sur la réforme et les pilotent.

2. Alignement politique et technique

La mise en œuvre des réformes nécessitera une interface efficace entre des propositions de réformes techniques ambitieuses et éclairées par des experts et des mécanismes de prise de décision politique. Ces mécanismes devront impliquer des ministres influents des secteurs de la santé et du développement et d'autres secteurs, et garantir une autorité politique de haut niveau de la part des ministres des Finances et des chefs d'État ou de gouvernement, ainsi que d'autres dirigeants régionaux et mondiaux. Les coalitions devront mobiliser des champions politiques et profiter des moments et processus politiques régionaux et mondiaux – tels que les sommets de l'UA, les sommets des Amériques, les réunions de l'ANASE, la Ligue arabe, le G20, l'Assemblée générale des Nations unies (AGNU) et l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) – pour faire avancer la prise de décision et la redevabilité à haut niveau autour de propositions techniquement valables. Les présidents et les membres des conseils d'administration des organisations mondiales et régionales de la santé devront également se pencher sur la question pour assurer la cohérence entre les déclarations de haut niveau et la prise de décisions stratégiques et opérationnelles.

3. Des coalitions dynamiques au service de la réforme

Des coalitions agiles et efficaces seront essentielles pour progresser. Les coalitions régionales, telles que la Coalition Asie-Pacifique pour une réforme globale de la santé proposée par le dialogue régional Asie-Pacifique, ont le potentiel de fournir des plateformes de rassemblement multipartites vitales pour la définition conjointe des priorités et le pilotage des réformes au niveau régional. En outre, les alliances entre blocs régionaux – par exemple, pour exercer une influence commune dans des forums mondiaux tels que le G20 – seront essentielles pour faire avancer le programme de réforme. Il convient également d'étudier les possibilités politiques de réunir les chefs d'État des pays à faible revenu et ceux des pays bailleurs de fonds traditionnels. Tous les acteurs doivent travailler ensemble pour garantir l'alignement des initiatives de réforme en cours et émergentes – telles que l'Agenda de Lusaka, l'Accra Reset, la Plateforme d'Action de Séville, HEAR CSO et le processus émergent convoqué par l'OMS, ainsi que le processus plus large de l'initiative ONU 80 – afin de garantir que l'élan technique et politique en faveur de la réforme ne soit pas fragmenté.

4. Des progrès rapides et pragmatiques

La réforme relève d'un processus itératif, non d'un saut en avant unique. Des gains rapides seront essentiels pour instaurer une dynamique et susciter la confiance. Malgré les questions en suspens, les réformes devront être lancées de manière progressive, plutôt que d'attendre de parvenir à une clarté totale et à un consensus absolu. Les réformes prioritaires en matière de gouvernance, de financement et d'autres domaines clés devront être mises en œuvre par le biais d'accords pragmatiques entre divers acteurs, fondés sur des avantages clairs et partagés pour la coopération. Les réunions régionales et mondiales sur la santé devront être mises à profit pour communiquer les premiers résultats des réformes, créer des coalitions et maintenir l'engagement.

“
La réforme relève d'un processus itératif, non d'un saut en avant unique. Des gains rapides seront essentiels pour instaurer une dynamique et susciter la confiance.
”

2. Appel à l'action

La section IV met en évidence les prochaines étapes clés nécessaires pour garantir la réforme de l'écosystème de la santé mondiale dans les domaines thématiques essentiels. La mise en œuvre de ces mesures nécessitera un effort collectif, et cette section résume donc les actions clés requises par les groupes de parties prenantes, telles qu'elles sont apparues à l'issue des dialogues régionaux. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive et d'autres acteurs, tels que les organismes philanthropiques et le secteur privé, auront également un rôle essentiel à jouer.

1. Les gouvernements : Établir et mettre en œuvre une orientation commune au service de la réforme, renforcer et aligner le financement autour d'un plan unique et permettre la déconcentration là où elle apporte une valeur ajoutée.

- Continuer à faire progresser les engagements pris dans le cadre de l'Agenda de Lusaka, notamment :
 - [Gouvernements des PRFI] Mobiliser de nouveaux financements pour la transition vers le financement national des systèmes de santé et réorienter les prestations vers les soins de santé primaires.
 - [Gouvernements des PRFI] Institutionnaliser « un plan, un budget, un S+E uniques », sous la responsabilité conjointe des ministères de la Santé et des Finances ; renforcer les plateformes de coordination des bailleurs de fonds.
 - [Gouvernements bailleurs de fonds] Opérationnaliser « un plan, un budget, un S+E uniques ». Redéfinir les instruments de financement bilatéraux et adopter des cycles et des dispositifs plus souples afin de réduire les charges administratives pesant sur les pays et de permettre des engagements pluriannuels, axés sur les systèmes, avec des cycles alignés et des périodes de décaissement plus longues.
- [Tous les gouvernements] Reconnaître le rôle essentiel des différents acteurs, y compris la société civile et les communautés, dans la gouvernance de la santé, et mettre en place des mécanismes de participation efficaces aux niveaux national, régional et mondial.
 - [Tous les gouvernements] Autoriser une ou plusieurs études indépendantes et établir un ou plusieurs mécanismes décisionnels basés sur des preuves et limités dans le temps afin de :

- Convenir de mesures de rationalisation des fonctions, des mandats et des modalités de financement des organisations mondiales et entre les organisations mondiales et régionales (y compris les institutions de financement régionales et mondiales).
- Convenir d'une feuille de route pour un transfert prévisible et progressive des mandats, des droits de décision et des ressources appropriés vers les organisations régionales.
- Examiner les options de changement, les contraintes juridiques et les arbitrages pour améliorer la représentation et les pratiques des conseils d'administration dans les principaux conseils de la santé mondiale et proposer une marche à suivre.

2. Organisations régionales : assumer des fonctions clarifiées, mettre en place des systèmes communs et harmoniser les marchés.

- Travailler ensemble, et avec les gouvernements, pour :
 - Identifier et convenir d'une ou plusieurs institutions régionales chargées des fonctions sanitaires clés et garantir l'autorité décisionnelle et le financement stable nécessaires à la mise en œuvre (y compris par des mécanismes de financement régionaux, tels que les banques multilatérales de développement et d'autres).
 - Créer des plateformes régionales de données et d'informations afin de permettre le partage transfrontalier et l'analyse au service des stratégies régionales.
 - Développer les achats groupés, en s'inspirant de modèles éprouvés (le fonds renouvelable de l'OPS, par exemple) et en partageant les enseignements entre les régions afin d'améliorer la prévisibilité et le rapport qualité-prix.
 - Accroître la production conjointe de produits de santé en faisant progresser l'harmonisation réglementaire et en prenant d'autres mesures.

3. Organisations mondiales : rationaliser, soutenir les acteurs régionaux, s'aligner sur les plans nationaux et corriger les instruments de financement.

- [Tous] Respecter les organisations régionales et favoriser la subsidiarité de manière proactive : établir des partenariats équitables, aligner l'assistance technique et le financement sur les stratégies régionales et céder de l'espace pour déléguer des fonctions ; renforcer la redevabilité et la coordination avec les organisations régionales.

- [Organisations mondiales de la santé] Conformément à l'Agenda de Lusaka, adopter des cycles de financement plus souples et à long terme ainsi que des accords de mise en commun afin d'alléger les charges administratives qui pèsent sur les pays, et mettre en œuvre le principe « un plan, un budget, un S+E uniques ».
- [Organisations mondiales de la santé] Travailler ensemble et avec les gouvernements pour rationaliser les mandats et les accords organisationnels (voir ci-dessus).
- [BMD] Travailler avec les gouvernements et les partenaires pour revoir et rationaliser les modalités de financement, et pour affiner et élargir les instruments de financement concessionnel à long terme, axés sur les systèmes, qui complètent les ressources nationales et autres (y compris les subventions de l'initiative ISM), sous la direction claire des pays, sans exacerber la financiarisation ni le fardeau insoutenable de la dette.
- [Institutions financières internationales] Remédier aux contraintes budgétaires inéquitables, notamment en revoyant les critères d'éligibilité basés sur le niveau de revenu qui ne tiennent pas compte des vulnérabilités critiques (comme c'est le cas pour les PEID, par exemple) et en travaillant avec les gouvernements, les organisations philanthropiques et les BMD régionales pour étendre les outils catalytiques d'amélioration du crédit (par exemple, les garanties de prêt) afin de réduire les coûts de l'emprunt.
- [Groupes de réflexion et universités] Fournir des analyses et des réflexions susceptibles d'éclairer les gouvernements et les organisations mondiales de santé à élaborer conjointement des orientations claires sur les instruments de financement des transitions, afin de faire correspondre les sources nationales/partenaires (y compris les banques multilatérales de développement et les organisations philanthropiques) aux besoins de financement.
- [Tous] Utiliser la cartographie des flux de financement de la santé pour responsabiliser les acteurs et façonner l'évolution d'accords de financement efficaces et équitables aux niveaux national, régional et mondial.

4. Société civile, groupes de réflexion et universités : renforcer la voix, les preuves et la responsabilité.

- [Société civile] Plaider en faveur de la gouvernance en matière de santé à tous les niveaux et y participer de manière significative, en encourageant la transparence et la redevabilité en vue d'obtenir des résultats et des processus équitables.
- [Tous] Travailler avec les gouvernements et d'autres acteurs pour proposer des objectifs de représentation des PRFI/régions fondés sur des données probantes et des mécanismes de participation équitable aux conseils d'administration de la santé mondiale.

3. Questions clés pour aller de l'avant

Comme indiqué ci-dessus, l'action collective visant à faire avancer la réforme de la santé mondiale doit commencer dès maintenant. Mais si nous ne devons pas laisser les questions en suspens nous dissuader d'agir, nous devons aussi savoir clairement où des analyses et des délibérations supplémentaires sont nécessaires pour tracer une voie claire et unifiée vers l'avenir.

Des questions spécifiques en suspens ont été mises en évidence pour chaque domaine de réforme dans la section IV. Prises ensemble, ces questions font également ressortir un ensemble plus large de questions sous-jacentes qui doivent être examinées de toute urgence :

1. Existe-t-il un consensus autour d'une vision de l'écosystème de la santé mondiale qui englobe la coordination internationale, l'aide extérieure et la fourniture de biens publics régionaux et mondiaux, afin d'améliorer les résultats en matière de santé et d'apporter une valeur collective à tous ?
2. Les fonctions décrites à la section III reflètent-elles correctement les fonctions clés d'un écosystème repensé de la santé mondiale ? Existe-t-il un accord sur l'équilibre proposé entre les fonctions aux niveaux régional et mondial ?
3. À l'intérieur de chaque niveau, où doit se situer la responsabilité de chacune de ces différentes fonctions ? Comment clarifier les mandats des organisations et, le cas échéant, renforcer les capacités institutionnelles, afin de garantir un écosystème rationalisé, cohérent et efficace ?
4. Quelles informations supplémentaires – par exemple, sur les coûts d'opportunité ou les arbitrages pour les différents scénarios de réforme – sont nécessaires pour éclairer la hiérarchisation et l'échelonnement des réformes ?
5. Quelles sont les décisions à prendre, où et par qui, pour mettre en œuvre les principales réformes ? Comment les différents processus et forums à différents niveaux peuvent-ils être utilisés pour conduire le changement ?
6. Quelles sont les actions nécessaires de la part des différents groupes de parties prenantes pour faire avancer les choses ? Comment l'appel à l'action ci-dessus peut-il être affiné, renforcé et mis en pratique ?

Il sera essentiel que les prochaines discussions sur la réforme de la santé à l'échelle régionale et mondiale s'attachent à répondre progressivement à ces questions.

4. Conclusion

Des changements profonds sont inévitables dans le domaine de la santé mondiale. La question n'est pas de savoir si le système va changer. La question est de savoir quand, dans quelle direction et qui façonnera ce futur système. Cela exige une réflexion et une action collectives. En complément d'autres initiatives aux niveaux régional et mondial, ce document apporte une contribution à la réponse à ces questions.

Les gouvernements et les organisations non gouvernementales de plus de 114 pays ont fait entendre leur voix dans le cadre de délibérations approfondies et systématiques. Ils ont débattu de la forme que devrait prendre le futur système et de la manière d'y parvenir. Afin de bénéficier de l'intelligence collective à travers le monde et de garantir que tous les pays et régions – en particulier les PRFI – aient une voix forte dans la définition de la voie à suivre, ces discussions ont eu lieu simultanément dans les régions Amérique latine et Caraïbes, Afrique, Europe et Amérique du Nord, Moyen-Orient et Asie centrale, et Asie-Pacifique. Des participants diversifiés et experts issus de ces régions et basés dans celles-ci ont soigneusement évalué les priorités de la réforme et se sont regroupés autour de celles-ci.

Collectivement, ces dialogues ont permis de définir clairement les prochaines étapes, centrées sur le déplacement du pouvoir et de la prise de décision du niveau mondial vers les pays et les régions, afin de construire un écosystème de la santé mondiale plus réactif et plus équitable, décentralisé mais interconnecté. Ils mettent également en évidence un certain nombre de questions critiques en suspens. La réponse à celles-ci et le succès des initiatives de réforme de la santé mondiale en cours dépendent maintenant de la collaboration et de l'utilisation de connaissances partagées, toutes les régions étant engagées de manière significative en tant que co-architectes. La réforme de l'écosystème de la santé mondiale nécessite un effort cohérent et harmonisé entre les régions et les groupes de parties prenantes afin de saisir l'occasion qui se présente actuellement et de mettre en place un écosystème de la santé mondiale capable de répondre aux besoins sanitaires d'aujourd'hui et de demain.

“

La question n'est pas de savoir si le système va changer. La question est de savoir quand, dans quelle direction et qui façonnera ce futur système.

”

Notes de fin d'ouvrage

1. [Suivre l'évolution de la couverture sanitaire universelle : rapport mondial de suivi 2025](#).
2. On entend souvent par là les systèmes, structures, institutions, règles et processus qui, collectivement, orientent, coordonnent, financent et mettent en œuvre les efforts visant à améliorer les résultats en matière de santé à l'échelle mondiale, y compris les institutions et les mécanismes mondiaux et régionaux multilatéraux et polylatéraux, ainsi que les partenariats bilatéraux, entre autres.
3. Ces dialogues ont été précédés par [cinq propositions audacieuses pour une nouvelle architecture de la santé mondiale](#) émanant de leaders opinion. Ces contributions, enrichies par de nombreuses autres, ont servi de point de départ aux discussions.
4. [Dialogue Amérique latine et Caraïbes sur la Réforme de l'architecture de la santé mondiale : Document sur les résultats des dialogues](#)
5. [Repenser la réforme de la santé mondiale dans la région Asie-Pacifique : élaboration nationale, coordination régionale et alignement mondial. Rapport définitif](#).
6. [Dialogue de la région Afrique sur la réforme de l'architecture de la santé mondiale. Rapport](#)
7. [Réforme de l'architecture de la santé mondiale. Priorités et points de vue ressortis du Dialogue de la région Europe et Amérique du Nord](#)
8. [Dialogue de la région Moyen-Orient et Asie centrale sur la réforme de la santé mondiale](#)
9. <https://futureofghis.org/final-outputs/lusaka-agenda/>
10. Cette question a été particulièrement soulevée dans les dialogues Moyen-Orient et Asie centrale, et Europe et Amérique du Nord.
11. Les garanties de prêt sont des fonds catalytiques ou concessionnels qui permettent de partager le risque d'un investissement financé par emprunt et d'attirer des capitaux supplémentaires. (<https://thedocs.worldbank.org/en/doc/164f0203d738919baef24f0a1a2fb788-0140022024/original/Development-Bank-Working-Group-Joint-Roadmap-JUNE-12-2024-FINAL.pdf>)
12. Cet argument a été particulièrement mis en avant dans les dialogues des régions Afrique, Europe et Amérique du Nord et Moyen-Orient et Asie centrale.
13. Le dialogue de la région Europe et Amérique du Nord a exprimé un soutien général à la subsidiarité, à l'ouverture à une plus grande régionalisation et au recours aux banques régionales de développement et à d'autres mécanismes de financement. Toutefois, la région n'a pas discuté en détail des mécanismes de financement régionaux spécifiques.
14. De plus amples informations sur le projet « Health Architecture Reimagined Civil Society Organizations » sont disponibles à l'adresse suivante : <https://hearcso.org/>

Partenaires

Afrique :



Asie-Pacifique :



Saw Swee Hock
School of Public Health



Europe et Amérique du Nord :



Amérique latine et Caraïbes :



Moyen-Orient et Asie centrale :



Wellcome supports science to solve the urgent health challenges facing everyone. We support discovery research into life, health and wellbeing, and we're taking on three worldwide health challenges: mental health, infectious disease, and climate and health.

**Wellcome Trust, 215 Euston Road, London NW1 2BE, United Kingdom
T +44 (0)20 7611 8888, E contact@wellcome.org, [wellcome.org](https://www.wellcome.org)**

The Wellcome Trust is a charity registered in England and Wales, no. 210183.
Its sole trustee is The Wellcome Trust Limited, a company registered in England and Wales, no. 2711000
(whose registered office is at 215 Euston Road, London NW1 2BE, UK). SP-7725.4/03-2026/RK