

Réforme de l'architecture de la santé mondiale

Priorités et points de vue ressortis du Dialogue
régional Europe et Amérique du Nord

Sommaire

Avant-propos	4
Résumé analytique	5
1. Introduction	6
2. État des lieux : où en sommes-nous ?	7
3. Fonctions essentielles que l'architecture de la santé mondiale doit remplir	8
4. Domaines prioritaires de la réforme	9
4.1 Promouvoir un financement durable de la santé piloté par les pays	9
4.2 Soutenir les biens publics mondiaux grâce à des normes plus fortes, à un investissement commun et à un accès équitable	11
4.2.1 Normes et standards	11
4.2.2 Financement de la préparation aux pandémies	12
4.2.3 Innovation et accès équitable aux produits	12
4.3 Renforcer la gouvernance grâce à des missions plus claires, à la subsidiarité et à une prise de décision plus efficace	13
5. Voies de réforme et prochaines étapes	15
Remerciements	18

Liste des sigles et des acronymes

Sigles et acronymes	Définition
AGNU	Assemblée générale des Nations Unies
AMS	Assemblée mondiale de la santé
APD	Aide publique au développement
ASEAN	Association des nations de l'Asie du Sud-Est (de l'anglais « Association of Southeast Asian Nations »)
BMD	Banques multilatérales de développement
G20	Groupe des Vingt
G7	Groupe des Sept
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
ONU80	Initiative pour le 80e anniversaire de l'Organisation des Nations Unies
OPS	Organisation panaméricaine de la santé
PRFI	Pays à revenu faible et intermédiaire
R&D	Recherche et développement
UA	Union africaine
UE	Union européenne
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Avant-propos

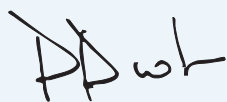
La santé mondiale se trouve aujourd'hui à un carrefour. Au cours des dernières décennies, l'action collective a permis de réaliser des progrès remarquables, notamment d'étendre les programmes de traitement du VIH, d'accélérer la vaccination et de sauver des millions de vies. Ces réussites illustrent ce que le monde peut accomplir lorsque ses habitants travaillent ensemble pour atteindre un même but.

Cependant, le système qui a permis d'obtenir ces améliorations a été bâti sur des crises plus qu'à travers la réflexion, et dans un monde très différent de celui d'aujourd'hui. Il est désormais confronté à des changements géopolitiques, au développement du leadership et du financement nationaux, à des centres régionaux d'excellence et à un mouvement croissant de la souveraineté sanitaire. Il fait également face à un financement international limité, à la forte diminution de l'aide apportée par les États-Unis et par de nombreux bailleurs de fonds européens en matière de santé mondiale, à une perte de confiance et à des défis transversaux liés à la santé, au climat, aux conflits et à l'égalité. On a beaucoup parlé d'appropriation par les pays, d'équité et de responsabilité partagée, mais aujourd'hui, nous devons traduire ces paroles en actes.

C'est pourquoi j'ai eu le plaisir de présider le Dialogue régional Europe et Amérique du Nord sur la réforme de l'architecture de la santé mondiale. Mon rôle était d'aider à créer une discussion ouverte et tournée vers l'avenir, une discussion qui nous a poussés à réfléchir au-delà des positions institutionnelles et à nous concentrer sur ce que le système doit offrir pour rester efficace et légitime, avec pour objectif d'améliorer la santé et le bien-être à travers le monde.

Le but de ce dialogue n'était pas de produire une autre liste de réformes, mais de clarifier ce qui compte vraiment : l'appropriation par les pays couplée à un soutien mondial efficace, la cohérence plutôt que la concurrence, un leadership partagé accompagné de cocréation, et un engagement renouvelé en faveur des biens publics mondiaux qui soutiennent l'action collective.

Le statu quo n'est pas une option, car il ne permettrait pas d'offrir ce dont les pays et les populations ont besoin. Les choix que nous ferons dans les années à venir façonneront la santé mondiale pour toute une génération. Si nous agissons de manière intentionnelle et si nous créons ensemble dans les différentes régions, nous pouvons bâtir un système plus équitable, plus efficace, plus redevable et prêt pour affronter les réalités de demain.



Professeur Peter Piot

Président, Dialogue régional Europe et Amérique du Nord sur la réforme de l'architecture de la santé mondiale
Professeur de santé mondiale, London School of Hygiene and Tropical Medicine



Résumé analytique

Le Dialogue régional Europe et Amérique du Nord sur la réforme de l'architecture de la santé mondiale, l'un des cinq commandés par Wellcome, a rassemblé des dirigeants gouvernementaux, des dirigeants d'institutions multilatérales, d'organisations philanthropiques, de la société civile et du milieu universitaire, pour identifier les priorités de la réforme et la manière dont la région peut contribuer à créer un système de santé mondiale plus efficace et équitable. Ce rapport reflète les données issues de 40 consultations avec des parties prenantes, des réponses données par plus de 130 personnes à une enquête, et d'une réunion d'un jour et demi à laquelle ont participé 40 participants de haut rang ¹. Conformément au rôle des institutions participantes, le Dialogue² a largement porté sur la manière dont l'architecture de la santé mondiale peut mieux répondre aux priorités formulées par les pays à revenu faible et intermédiaire (PRFI), tout en examinant les responsabilités et les contraintes auxquelles sont confrontées les institutions d'Europe et d'Amérique du Nord.

Les parties prenantes ont reconnu les importantes avancées réalisées en matière de santé au cours deux dernières décennies, même si ce succès a engendré un système plus vaste et plus complexe, avec des missions redondantes, un financement extérieur fragmenté et des inégalités persistantes autour de la prise de décision. Elles ont aussi souligné les profonds changements qui ont eu lieu au sein de l'environnement mondial : la réévaluation par les États-Unis de leur leadership et la réduction de leur financement, la refonte de leur portefeuille de santé qu'ont réalisée d'importants bailleurs bilatéraux, ainsi que les pressions fiscales qui pèsent sur les pays à revenu élevé et remettent en cause les hypothèses sur le futur financement alloué au développement. Ces changements accentuent la nécessité de privilégier ce que doit offrir le système, d'optimiser les mécanismes existants et de mener d'autres réformes transformationnelles lorsque cela est nécessaire, tout en protégeant les améliorations si difficilement obtenues.

Dans le cadre du Dialogue, de nombreuses perspectives de réforme sont apparues, et trois domaines prioritaires se sont détachés :

1. **Promouvoir un financement durable de la santé piloté par les pays** pour mieux aligner le soutien mondial aux systèmes nationaux de santé, notamment en créant des voies plus claires afin de permettre une planification commune de la transition, une mobilisation des ressources nationales et une meilleure prédictibilité du financement extérieur.
2. **Soutenir les biens publics mondiaux** grâce à des normes et à des standards renforcés, à un financement durable pour la préparation aux pandémies, ainsi qu'à l'innovation et à un accès équitable aux produits, soutenus par une responsabilité commune, par des rôles mondiaux et régionaux plus clairs et par l'action collective.
3. **Renforcer la gouvernance et la prise de décision** en distinguant plus clairement les missions institutionnelles, en élargissant la représentation, en améliorant la transparence et en alignant les cycles, les conseils d'administration et les priorités.

Même si de nombreuses institutions n'avaient pas encore fini de définir leur position, le Dialogue a permis d'assurer une compréhension commune des principales priorités liées à la réforme de la santé mondiale, ainsi que des perspectives et tensions qu'elles génèrent. Les parties prenantes ont insisté sur le fait que les deux prochaines années seront un moment charnière pour développer une action pragmatique, dirigée par les pays et orientée par des principes communs, à savoir : leadership des PRFI et institutions régionales ; vitesse et attention ; alignement politique et technique ; coordination entre les différents processus ; inclusivité et redevabilité.

Elles ont également reconnu que l'Europe et l'Amérique du Nord ont toutes deux la responsabilité et la possibilité d'aider à mettre en œuvre ce changement en utilisant leur influence politique et leur leadership financier pour harmoniser les programmes ainsi que les pratiques de financement, et en se positionnant en tant que cocréateurs plutôt qu'en directeurs de la réforme.

¹Vous trouverez une liste des organisations participantes dans la section Remerciements, à la fin du rapport.

²Le Dialogue était étroitement aligné et coordonné avec le processus de réflexion actuellement mené par les États membres de l'Union européenne sur le même sujet.

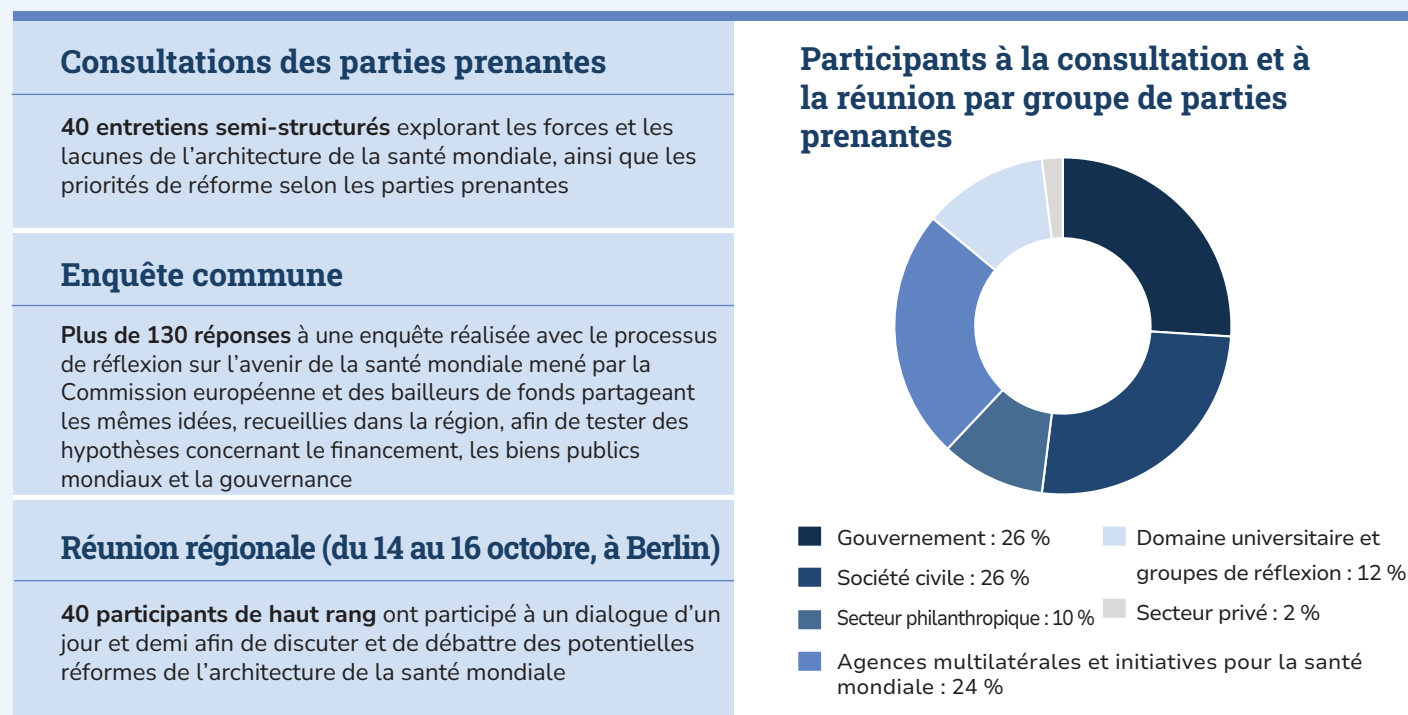
1. Introduction

Le Dialogue régional Europe et Amérique du Nord sur la réforme de l'architecture de la santé mondiale a rassemblé des dirigeants de la région afin d'identifier les priorités qui permettront de créer un système de santé mondiale plus fort. Ce Dialogue régional, l'un des cinq commandés par Wellcome, a reflété les points de vue des partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux issus des États membres de l'Union européenne (UE), du Royaume-Uni, des États-Unis³, du Canada, des pays d'Europe de l'Est, ainsi que des organisations de santé mondiale établies dans la région. Ce cadre était représentatif des différents contextes politiques, économiques et institutionnels de la région.

Codirigé par SEEK Development et Panorama Strategy, le Dialogue comprenait des consultations avec quarante parties prenantes, une enquête commune réalisée avec le processus de réflexion des États membres de l'UE et des bailleurs de fonds partageant les mêmes idées⁴, et une réunion d'une journée et demie impliquant quarante participants, organisée en marge du Sommet mondial de la santé qui s'est tenu à Berlin du 14 au 16 octobre 2025.

Ce document résume les points de vue et opinions qui sont ressortis du Dialogue, et s'organise en trois parties : i) **un état des lieux de l'architecture de la santé mondiale d'aujourd'hui** ; ii) **les domaines prioritaires de réforme** ; et iii) **les voies et occasions de promouvoir le changement**. Au moment du Dialogue, de nombreuses organisations étaient encore en train de définir leur position institutionnelle concernant la réforme, et souhaitaient tirer des enseignements des autres régions avant d'établir une opinion finale. Le Dialogue a tout de même fait émerger des priorités claires et a aidé à progresser vers une compréhension commune de la voie à suivre.

Contributions des différents groupes de parties prenantes issues de 13 pays⁵



³Si les participants représentaient un large spectre d'institutions et de points de vue, les représentants du gouvernement américain n'ont pas pu participer en raison de l'arrêt des activités gouvernementales qui a eu lieu à ce moment.

⁴Les bailleurs de fonds partageant les mêmes idées sont l'Australie, le Canada, le Japon, la Norvège et le Royaume-Uni.

⁵Les consultations et la réunion ont rassemblé des participants issus de Belgique, du Canada, du Danemark, de France, d'Allemagne, d'Italie, de Macédoine du Nord, de Norvège, d'Espagne, de Suisse, d'Ukraine, du Royaume-Uni et des États-Unis. Certaines personnes ayant répondu à l'enquête viennent d'autres pays qui ne sont pas listés ici.



2. État des lieux : où en sommes-nous ?

Reconnaître deux décennies de progrès portés par l'action collective

Les participants au Dialogue se sont accordés sur le fait que les deux dernières décennies ont illustré le pouvoir de l'action collective dans le cadre de la santé mondiale. Les efforts coordonnés réalisés concernant le VIH, la tuberculose, le paludisme, la vaccination et la santé maternelle et infantile ont élargi l'accès à des interventions vitales et contribué à d'importantes améliorations des résultats sanitaires, notamment dans les PRFI. Ces acquis ont en partie été rendus possibles grâce à un renforcement de la collaboration mondiale qui a donné lieu à de nouveaux mécanismes de financement, d'innovation et de mise en œuvre par des institutions multilatérales, par des initiatives de santé mondiale, par des partenariats de développement de produits, par des agences normatives et programmatiques, par la société civile, par le secteur privé et par le secteur philanthropique, en plus des efforts réalisés par les pays pour favoriser le développement et l'accélération du progrès.

Cette expansion a également permis de créer une architecture plus vaste et plus complexe, avec des missions redondantes et des processus de prise de décision plus lents. Les parties prenantes ont souligné la nécessité de s'appuyer sur ce qui fonctionnait et d'améliorer la cohérence, la coordination et l'agilité pour se préparer aux défis futurs.

De nouvelles pressions et un nouvel objectif

Les tensions géopolitiques, l'augmentation de la dette, l'importante réduction des aides accordées par les États-Unis et le déclin de l'aide publique au développement (APD) de la part de l'Europe et d'autres bailleurs, associés aux pressions humanitaires et environnementales croissantes, menacent de plus en plus les résultats sanitaires. En parallèle, divers défis tels que les maladies non transmissibles et la résistance antimicrobienne étirent un système initialement conçu pour contrôler les maladies infectieuses. Face à cette situation, les parties prenantes ont renouvelé leur engagement à faire progresser les réformes abordées depuis longtemps. Elles ont insisté sur le fait que la prochaine phase de coopération en santé mondiale doit rééquilibrer le pouvoir et les ressources, et être ancrée dans l'équité, l'appropriation par les pays et une redevabilité mutuelle.

Favoriser les approches nationales en matière d'aide au développement

Depuis de nombreuses années, l'aide au développement pour la santé a du mal à se détacher des priorités à court terme, pilotées par les bailleurs, au profit d'approches fondamentalement durables menées par les pays. Bien que le financement extérieur ait contribué à d'importantes avancées sanitaires, son orientation axée sur les projets n'a pas permis de consolider durablement les soins de santé primaires ni les systèmes élargis nécessaires pour assurer une résilience à long terme. Les parties prenantes ont reconnu les efforts croissants réalisés pour aligner l'aide apportée et les plans nationaux, et pour adopter des approches plus intégrées, centrées sur les systèmes. Elles ont néanmoins souligné que les progrès restent inégaux et que d'autres améliorations seront nécessaires pour soutenir pleinement des stratégies durables pilotées par les pays.

Résumé : réflexions régionales sur l'état du système

- **Un impact prouvé par le biais de l'action collective** : des décennies de coopération multilatérale ont permis de sauver des millions de vies et généré d'importantes améliorations des résultats sanitaires mondiaux.
- **Une architecture vaste et plus complexe** : la portée du système de santé mondiale s'est considérablement étendue, mais les missions redondantes et la concurrence remettent en cause son efficacité et sa cohérence.
- **Des pressions croissantes** : la réduction drastique du financement et les menaces qui pèsent sur le multilatéralisme, ainsi que les pressions humanitaires et environnementales croissantes, mettent le système à rude épreuve.
- **Une appropriation par les pays limitée par les schémas de financement** : le financement des bailleurs de fonds continue d'influencer les priorités malgré un fort désir de changement.
- **Des occasions de renouvellement** : l'Europe et l'Amérique du Nord s'engagent à établir des partenariats avec d'autres régions pour aider à créer une architecture de la santé mondiale plus forte.



3. Fonctions essentielles que l'architecture de la santé mondiale doit remplir

Les parties prenantes d'Europe et d'Amérique du Nord ont insisté sur la nécessité d'avoir un système qui est **cohérent par nature, ancré dans le leadership des pays** et axé sur les **fonctions essentielles que seule l'action collective peut permettre d'atteindre**. Guidées par un ensemble de principes clés, ces fonctions représentent ce que l'architecture doit offrir, à savoir des domaines concrets de responsabilité partagée.

Principes transversaux

Les parties prenantes se sont accordées sur le fait que **la planification et le leadership nationaux** doivent guider l'architecture de la santé mondiale. Les institutions mondiales et régionales doivent s'aligner sur les priorités définies à l'échelle nationale, et renforcer plutôt que remplacer les systèmes et le leadership nationaux. Les autres principes clés sont :

- **L'équité et l'inclusion** : équité, représentation et accès aux décisions, aux investissements, ainsi qu'aux résultats.
- **La clarté des rôles et la coordination** : une architecture coordonnée conçue pour la complémentarité plutôt que pour la concurrence.
- **La redevabilité mutuelle et la solidarité** : responsabilité partagée, transparence et collaboration entre les institutions et les régions, reconnaissance du fait que la santé mondiale est un bien collectif.

Les parties prenantes ont souligné que **ces principes ne sont pas nouveaux**, mais qu'ils font écho à des engagements de longue date issus de programmes pour l'efficacité de l'aide, de l'Agenda de Lusaka et d'anciens efforts de réforme. Elles ont précisé que le défi n'est pas de définir ces principes, mais de les mettre enfin en œuvre de manière systématique à travers l'écosystème.

Fonctions essentielles de l'écosystème de la santé mondiale

- **Gouvernance et coordination** : garantir une prise de décision légitime, inclusive et efficace ancrée dans la subsidiarité, qui fait le lien entre les priorités mondiales et régionales, et les plans nationaux.
- **Financement** : mobiliser et maintenir des investissements prévisibles, à long terme, qui financent les biens publics mondiaux, renforcent les systèmes durables des pays et limitent la fragmentation.
- **Assistance technique et renforcement des capacités** : offrir un soutien coordonné, axé sur la demande, qui crée des capacités institutionnelles et humaines durables au sein des systèmes nationaux.
- **Biens publics mondiaux et action transnationale**
 - **Normes et standards** : établir et maintenir des cadres mondialement reconnus en matière de qualité, de sécurité et de redevabilité, qui sont à la fois opportuns, inclusifs, fondés sur des données probantes et adaptables au contexte.
 - **Données, preuves et apprentissage** : générer, gouverner et partager des données et des preuves fiables, interopérables, pour orienter les décisions, créer de la redevabilité et permettre une amélioration continue.
 - **Innovation et accès** : favoriser la recherche, le développement et un accès équitable aux technologies, aux services et aux outils de santé en influençant efficacement le marché et en sécurisant l'approvisionnement.
 - **Préparation aux pandémies et intervention** : se tenir prêt et maintenir les capacités collectives en assurant ensemble la surveillance, la planification et la mobilisation des ressources.

Cette liste reflète les fonctions les plus fréquemment mentionnées dans le cadre du Dialogue, bien que les opinions diffèrent sur la manière précise dont elles doivent être définies ou remplies.



4. Domaines prioritaires de réforme

Les parties prenantes ont choisi trois domaines prioritaires qui ont recueilli le plus fort consensus et reflètent quelles sont les fonctions essentielles de l'architecture qui ont le plus besoin d'être réformées au cours des années à venir.

1. **Promouvoir un financement durable de la santé piloté par les pays** pour mieux aligner le soutien mondial aux systèmes nationaux de santé, notamment en créant des voies plus claires afin de permettre une planification commune de la transition, une mobilisation des ressources nationales et une meilleure prédictibilité du financement extérieur.
2. **Soutenir les biens publics mondiaux** grâce à des normes et à des standards renforcés, à un financement durable pour la préparation aux pandémies, ainsi qu'à l'innovation et à un accès équitable aux produits, soutenus par une responsabilité commune, par des rôles mondiaux et régionaux plus clairs et par l'action collective.
3. **Renforcer la gouvernance et la prise de décision** en distinguant plus clairement les missions institutionnelles, en élargissant la représentation, en améliorant la transparence et en alignant les cycles, les conseils d'administration et les priorités.

4.1 Promouvoir un financement durable de la santé piloté par les pays

Actions prioritaires

- **Aligner les partenaires extérieurs sur un plan et un budget nationaux uniques** en s'appuyant sur des processus pilotés par les pays et des outils comme des accords et des plans de transition, le cas échéant.
- **Accroître le financement national pour la santé** en tant que composante centrale du plan et du budget nationaux, en renforçant l'appropriation nationale et en permettant des transitions plus durables et prévisibles visant à s'affranchir de l'aide extérieure.
- **Adapter les pratiques des bailleurs de fonds et les mécanismes de financement** pour simplifier les processus, limiter la fragmentation et permettre une meilleure harmonisation.
- **Plaider pour une réforme des politiques fiscales, d'endettement et commerciales** capable d'accroître et de maintenir les investissements nationaux réalisés en matière de santé.

Les arguments en faveur d'une réforme du financement

La réforme du financement extérieur de la santé dans les PRFI s'est imposée comme une priorité dans le cadre du Dialogue. Les parties prenantes se sont accordées sur le fait qu'un **financement durable, piloté par les pays, est une condition essentielle** pour garantir une architecture de la santé mondiale efficace et équitable. L'augmentation du financement national est essentielle pour permettre aux pays de s'affranchir de l'aide extérieure et pour renforcer l'appropriation nationale. Selon elles, les ressources extérieures doivent renforcer ces efforts en élargissant l'espace fiscal, en soutenant les transitions et en finançant les priorités mondiales et transnationales. Cela nécessite d'abandonner les modèles fragmentés, pilotés par les bailleurs de fonds, au profit d'investissements qui renforcent les systèmes nationaux et les soins de santé primaires.

Bien que ce programme ne soit pas nouveau, les parties prenantes ont remarqué un élan politique et une attente croissante quant au nécessaire avancement de ces changements souhaités, notamment dans le cadre des contrats d'aide en matière de santé.

Ce qui doit changer au niveau national

Les parties prenantes ont souligné qu'un financement durable nécessite **un plan et un budget nationaux forts**, conçus et pilotés par les pays eux-mêmes. Ces plans doivent être à la fois gérés par les ministères de la Santé et des Finances, et soutenus par d'autres institutions nationales qui s'occupent de la planification, du financement et des services de santé. L'alignement de partenaires extérieurs doit être ancré dans ces processus pilotés par les pays. Toujours selon les parties prenantes, des plans crédibles doivent s'appuyer sur des projections fiscales réalistes, sur des priorités claires et sur une forte exécution budgétaire.

Les parties prenantes ont relevé que les efforts d'alignement passés se sont souvent essouffés lorsque les plans nationaux n'étaient pas suffisamment crédibles ou détaillés, ou quand les cycles politiques des bailleurs, les pressions liées à la redevabilité et les contraintes administratives limitaient la capacité des partenaires à s'aligner. Si l'objectif a été largement approuvé, **les progrès devront à la fois passer par des plans nationaux plus forts et par des engagements réalistes et prévisibles de la part des bailleurs de fonds** qui peuvent y être associés. L'Éthiopie, le Nigeria et le Rwanda ont été cités pour illustrer les pays où des efforts coordonnés en matière de stratégie et de planification budgétaire ont permis un alignement plus efficace.

Ce qui doit changer chez les principaux acteurs du financement

- **Mécanismes de financement commun (par exemple, le Fonds mondial, Gavi)** : les parties prenantes ont considéré que ces mécanismes étaient essentiels, mais leurs avis différaient pour ce qui était de définir s'ils devaient évoluer, et comment. Certaines étaient favorables à des réformes structurelles comme des conseils d'administration communs, la consolidation ou le chevauchement de fonctions, ou des clauses de caducité (sunset clauses). D'autres considéraient que ces changements étaient irréalistes et préféraient adopter des mesures plus concrètes telles que l'alignement des modèles d'allocation, la synchronisation de la planification et des cycles de reconstitution, l'adoption de feuilles de route communes en matière de transition et la clarification des divisions du travail.
- **Les banques multilatérales de développement (BMD) et les mécanismes associés (par exemple, la Banque mondiale, les banques régionales de développement et le Mécanisme de financement mondial)** : ces institutions et mécanismes ont été considérés comme essentiels pour assurer la durabilité à long terme. Les parties prenantes ont recommandé d'accroître le rôle de ces institutions dans le renforcement de la gestion du Trésor public, dans la fourniture de financements conditionnels, et dans l'utilisation de financements mixtes et à effet de levier pour soutenir les soins de santé primaires et les infrastructures des systèmes de santé.
- **Bailleurs bilatéraux** : les parties prenantes ont souligné que les bailleurs bilatéraux restent des partenaires essentiels, mais qu'ils évoluent dans le cadre de contraintes politiques et législatives qui nécessitent souvent une affectation, une visibilité et une réactivité vis-à-vis des populations nationales. Ces contraintes limitent la flexibilité et peuvent créer des tensions avec les approches pilotées par les pays. Bien que les parties prenantes ne s'attendaient pas à voir ces réalités changer, elles étaient d'avis qu'elles pouvaient être mieux gérées. Avec des plans nationaux plus forts et des priorités plus claires, les parties prenantes ont vu une possibilité pour les bailleurs bilatéraux d'offrir davantage d'engagements pluriannuels prévisibles, de coordonner en collaborant plus étroitement avec les autres partenaires, et de participer à des cadres de transition communs, y compris en tenant compte des limites existantes.

Des catalyseurs d'espace fiscal plus larges

Certaines parties prenantes ont souligné qu'il sera important de mener des **réformes fiscales et macroéconomiques plus vastes** pour **développer les ressources nationales allouées à la santé**. Elles ont précisé que, bien qu'elles ne relèvent globalement pas du secteur de la santé, les mesures telles que des cadres d'endettement plus flexibles, des ajustements des règles fiscales, ainsi que des changements ciblés en matière de politiques fiscales et commerciales, pourraient créer une plus grande marge budgétaire et ainsi garantir un investissement durable dans la santé.

Une fenêtre d'opportunités

Les parties prenantes se sont accordées sur le fait que l'élan politique grandissant et les pressions fiscales créent un moment propice à l'action. Elles ont aussi insisté sur le fait qu'un dialogue durable et un alignement concret entre les pays, les bailleurs et les mécanismes de financement seront des éléments essentiels pour transformer cet élan en changement durable.

4.2 Soutenir les biens publics mondiaux grâce à des standards plus forts, à un investissement commun et à un accès équitable

Les parties prenantes ont réaffirmé que les biens publics mondiaux, c'est-à-dire les avantages qu'aucun pays ne peut offrir seul, sont essentiels pour garantir un système de santé mondiale qui profite à tous. Parmi les nombreuses fonctions qui constituent les biens publics mondiaux, trois domaines indispensables, ceux qui ont le plus besoin d'être réformés, se sont détachés : **les normes et standards, le financement pour la préparation aux pandémies, ainsi que l'innovation et l'accès équitable aux produits.**

4.2.1 Normes et standards

Actions prioritaires

- **Renforcer le modèle de « recommandations actualisées en temps réel » de l'OMS** afin que les normes et les standards continuent d'évoluer avec la science, appuyé par des plateformes numériques qui permettent une large participation, un suivi transparent et des mises à jour rapides.
- **Clarifier les rôles des organismes mondiaux et régionaux** concernant l'élaboration de normes et de standards, et l'aide liée à l'adaptation contextuelle.

Les parties prenantes ont insisté sur le fait que les normes et standards mondiaux sont la **base de la confiance, de la qualité et de l'alignement** de la santé mondiale. Le rôle normatif de l'OMS reste indispensable, mais de nombreuses parties prenantes ont indiqué que le système actuel doit devenir plus rapide, plus inclusif et plus étroitement lié à la mise en œuvre pour rester crédible.

Plusieurs priorités revenaient de manière systématique : accélérer les mises à jour grâce à l'approche de **recommandations actualisées en temps réel de l'OMS** au fur et à mesure que les données évoluent ; étendre la participation pour mieux **exploiter l'expertise locale et régionale** ; renforcer le **suivi et la redevabilité** autour de la mise en œuvre ; et **clarifier les responsabilités des acteurs mondiaux et régionaux** pour offrir des orientations mondiales cohérentes, tout en laissant de la place à l'adaptation contextuelle. Les parties prenantes ont aussi souligné la nécessité d'avoir un financement prévisible et adéquat pour garantir que cette fonction essentielle reste une priorité.

Plusieurs d'entre elles ont remarqué que ces problématiques ne sont pas récentes et qu'elles sont ancrées dans les ressources limitées de l'OMS (notamment les contributions obligatoires limitées), dans les sensibilités politiques relatives à la définition de standards et dans les grandes variations qui existent concernant les capacités de mise en œuvre des différentes régions. De nombreuses parties prenantes ont recommandé que **l'OMS se recentre sur sa mission clé, qui est d'établir des normes et des standards mondiaux**, et que les organismes régionaux et les centres collaboratifs occupent un rôle plus défini dans l'adaptation contextuelle et l'aide technique. D'autres ont prévenu que, en l'absence de gouvernance et de redevabilité claires, la décentralisation de ces responsabilités pourrait aggraver la fragmentation. Enfin, étant donné que la confiance du public dans les orientations mondiales a décliné depuis la pandémie de COVID-19, les parties prenantes ont insisté sur le fait qu'il était plus important que jamais d'assurer **un examen transparent des données probantes, mais aussi des processus prévisibles ainsi qu'une participation plus vaste.**



« Les normes et les standards sont le pilier de la santé mondiale, mais ils doivent évoluer au gré de l'actualité. »

4.2.2 Financement de la préparation aux pandémies

Actions prioritaires

- **Repositionner la préparation en tant que bien public mondial et que pilier de la stabilité et de la prospérité mondiales**, largement séparée de l'APD et soutenue par des investissements communs dans différents secteurs, notamment les finances, la défense et le commerce.
- **Accroître le financement commun prévisible pour la préparation**, soit en élargissant les mécanismes existants, soit en adoptant un modèle plus consolidé.
- **Intégrer la préparation aux systèmes de santé et aux structures de surveillance courants** pour maintenir les capacités entre les crises.

Les parties prenantes ont mis en lumière la nécessité de passer d'une préparation réactive, axée sur les crises, à un **investissement durable et collectif dans la résilience**. La préparation doit être traitée comme un bien public mondial qui profite à tous les pays et qui demande une gouvernance, ainsi qu'un financement, prévisibles et communs. Au lieu d'être considérée comme une aide au développement, elle doit être vue comme une **responsabilité collective** essentielle pour garantir la stabilité et la sécurité économique mondiales et nationales. Pour faire avancer ce programme, il sera essentiel de créer des partenariats avec des acteurs issus des **secteurs financier, commercial et de la défense**. Le Modèle d'investissement public mondial, auquel tous les pays contribuent en fonction de leur capacité, profitent des résultats et se partagent la prise de décision, a été envisagé comme approche possible pour garantir un financement stable et une meilleure préparation aux menaces futures.

Bien que les parties prenantes aient des opinions variées concernant le modèle à suivre, il y a eu un large consensus en faveur de l'expansion de financements communs et prévisibles permettant de garantir la préparation aux pandémies, et en faveur de plus larges fonctions de sécurité sanitaire. Certaines se sont prononcées en faveur de l'adoption d'un **mécanisme consolidé unique** pour réduire la fragmentation et éviter la concurrence. D'autres préféraient **une amélioration de l'alignement et de la complémentarité entre divers instruments financiers**. Les parties prenantes ont également souligné qu'afin de garantir une préparation durable entre les crises, les capacités de préparation doivent être intégrées dans des systèmes sanitaires et une surveillance transversale des maladies plus larges au lieu d'être restreintes à une fonction d'urgence.

4.2.3 Innovation et accès équitable aux produits

Actions prioritaires

- **Aligner les initiatives de fabrication régionales sur les cadres internationaux** pour garantir un accès abordable, de qualité, et équitable aux produits de santé.
- **Renforcer les fonctions qui influencent le marché mondial** comme l'approvisionnement commun, les négociations de prix et la standardisation des produits, où l'échelle et l'équité demandent une coordination mondiale, tout en veillant à ce que ces efforts complètent les nouvelles initiatives régionales.
- **Développer des mécanismes financiers régionaux** qui soutiennent des outils comme l'approvisionnement commun et les initiatives d'engagements anticipés sur les marchés, alignés sur les standards internationaux, pour diversifier l'approvisionnement régional et renforcer la résilience du système.
- **Mettre à jour le processus du plan de R&D de l'OMS** pour refléter les priorités nationales et améliorer la prévision de la demande.
- **Inclure des clauses d'accès équitable dès les prémisses des partenariats de R&D** pour garantir un accès équitable dès le départ.

Les parties prenantes ont souligné que l'innovation et l'accès équitable aux produits doivent rester des responsabilités mondiales partagées, notamment lorsque les marchés ne sont pas à la hauteur ou que l'équité est menacée. Elles ont indiqué qu'historiquement, les fonctions qui influencent le marché mondial, telles que l'approvisionnement commun, les initiatives d'engagements anticipés sur les marchés et les exigences standardisées relatives aux produits, ont joué un rôle essentiel pour garantir des prix abordables et une qualité constante, ainsi que pour permettre un accès à grande échelle.

Les parties prenantes ont aussi abordé le sujet de l'expansion rapide de la production régionale et des initiatives d'approvisionnement en Afrique, en Asie, en Amérique latine et dans plusieurs régions européennes. Plusieurs d'entre elles considéraient ces efforts comme des occasions de renforcer la résilience locale et de diversifier l'approvisionnement, mais les avis divergeaient concernant leur capacité à garantir l'accessibilité, l'interopérabilité et l'accès équitable. Les parties prenantes se sont accordées sur le fait que **des cadres mondiaux plus clairs et une coordination interrégionale plus forte** seront des éléments essentiels pour que les investissements régionaux renforcent l'approvisionnement et l'accès au lieu de les fragmenter. Plusieurs d'entre elles ont relevé que **certaines des fonctions qui influencent le marché**, notamment l'approvisionnement commun, devraient peut-être **rester au niveau mondial** pour préserver l'accessibilité et l'équité à grande échelle.

Les parties prenantes se sont prononcées en faveur de **l'amélioration du processus du plan de R&D de l'OMS** afin de mieux refléter les priorités des pays, d'améliorer la prévision de la demande et de renforcer la coordination tout au long de la voie qui mène de la recherche à l'accès. Elles ont souligné la nécessité de créer un meilleur alignement entre les priorités mondiales de R&D, les voies de fabrication et les efforts visant à influencer le marché, afin d'accélérer l'adoption de nouveaux outils, notamment dans les domaines dans lesquels les mesures d'incitation commerciale sont faibles.

Les points de vue différaient quant au fait de savoir si le financement accordé dans le cadre des partenariats de développement des produits doit être consolidé ou plus étroitement coordonné. Les parties prenantes se sont cependant mises d'accord pour dire qu'un **engagement précoce et transparent avec des partenaires du secteur privé, notamment l'utilisation de clauses d'accès équitable**, est essentiel pour garantir un accès équitable, à la fois pour les maladies endémiques et pandémiques. Elles ont aussi souligné l'importance de soutenir les innovations qui ne sont pas des produits, par exemple les outils numériques, les modèles de fourniture de services et les approches relatives aux maladies non transmissibles, en plus du renforcement de l'influence sur le marché mondial dans les zones négligées ou commercialement peu attractives.

»

« Nous ne pouvons pas continuer à séparer la R&D et l'accès, ils font partie d'un même continuum. »

4.3 Renforcer la gouvernance grâce à des missions plus claires, à la subsidiarité et à une prise de décision plus efficace

Actions prioritaires

- **Rationaliser et clarifier les missions** au sein des institutions de santé mondiale pour limiter les doublons et veiller à ce que les conseils d'administration et les secrétariats soient responsables de la cohérence et de la coordination de l'action.
- **Améliorer l'efficacité des conseils d'administration** en clarifiant les processus de prise de décision, en renforçant la préparation et le suivi des conseils d'administration, et en veillant à ce que les organisations assurent des positions cohérentes dans les différents conseils d'administration.
- **Renforcer et rééquilibrer la représentation**, notamment par le biais d'une participation continue et concrète des PRFI, de la société civile et des acteurs non gouvernementaux, notamment pour les agences dirigées par des États membres.
- **Aligner les cycles de réapprovisionnement, de planification et de politique** au sein des principales initiatives de la santé mondiale afin de réduire la fragmentation, de garantir des flux de ressources prévisibles et de favoriser une prise de décision plus opportune et transparente.

Les arguments en faveur d'une réforme de la gouvernance

Les parties prenantes ont décrit la réforme de la gouvernance comme étant à la fois **urgente et complexe**. Si les institutions mondiales et régionales de santé ont joué un rôle clé dans l'amélioration des résultats sanitaires, plusieurs parties prenantes ont remarqué que les structures de gouvernance soutenant l'architecture globale ne sont plus adaptées. Les parties prenantes ont souligné des problèmes persistants, comme une prise de décision lente ou incohérente, des représentants de la même institution prenant des positions divergentes dans les différents conseils d'administration, et des lignes d'autorité peu claires. Ensemble, ces problématiques peuvent empêcher une action coordonnée, une supervision efficace et une prise de décision opportune.

Clarifier les missions et améliorer la coordination

Les parties prenantes ont souligné qu'il était nécessaire que les **institutions de santé mondiale se reconcentrent sur leurs missions essentielles** et rationalisent les domaines redondants. Pour cela, elles doivent notamment clarifier quelles organisations sont responsables de quelles fonctions, et réduire les doublons entre les rôles liés au financement, à l'aide technique et à la mise en œuvre. Elles ont indiqué que les réformes de la gouvernance et du financement sont étroitement liées. En l'absence de missions plus claires et de priorités alignées, l'allocation des ressources restera fragmentée. Les suggestions étaient **l'amélioration de l'alignement des cycles de planification et de réapprovisionnement, la simplification des structures de gouvernance et le renforcement de la cohérence entre les différents conseils d'administration**. Certaines parties prenantes ont proposé de créer des missions à durée limitée ou d'adopter des clauses de caducité pour maintenir l'attention, mais les opinions divergeaient concernant leur faisabilité.

Tout au long du Dialogue, les parties prenantes ont souligné la nécessité de **clarifier les rôles et les responsabilités aux niveaux mondial et régional**. Les institutions régionales ont été considérées comme vitales en raison de leur proximité avec les contextes nationaux et de la confiance qu'elles entretiennent avec les acteurs nationaux. Les parties prenantes ont également identifié des occasions **d'investir dans la coordination, dans une affectation cohérente des ressources et dans le renforcement des capacités techniques et opérationnelles** pour soutenir le leadership régional.

Elles ont aussi souligné l'importance d'assurer une **plus forte coordination entre le secteur de la santé et les domaines associés**, par exemple le climat et l'intervention humanitaire, tout en évitant la prolifération de nouvelles structures de coordination mondiales.

Renforcer la représentation, la prise de décision et la redevabilité

L'amélioration de la **diversité et de l'efficacité des organismes décisionnels était un autre thème majeur**. Les parties prenantes ont demandé une représentation plus forte et cohérente des PRFI, de la société civile et des acteurs non gouvernementaux, notamment au sein des organisations dirigées par des États membres comme l'OMS. Elles ont également souligné la nécessité d'améliorer le fonctionnement des conseils d'administration. Plusieurs problèmes comme des droits de décision flous, une préparation inégale et une résolution lente des problèmes ont été considérés comme des obstacles à une action cohérente. Le renforcement de ces processus, plutôt que la mise en œuvre d'une restructuration formelle, a été identifié comme la manière la plus réaliste d'améliorer l'efficacité à court terme.

Les parties prenantes ont par ailleurs souligné qu'il était important **d'ancrer la prise de décision et la redevabilité au niveau auquel se déroule l'action**, conformément à la subsidiarité. Par exemple, les mécanismes nationaux doivent mener à la planification, la budgétisation et la mise en œuvre, tandis que les conseils administratifs des initiatives de santé mondiale doivent assurer une supervision stratégique de leurs instruments financiers et que l'Assemblée mondiale de la santé doit conserver la responsabilité des normes et standards mondiaux.



5. Voies de réforme et prochaines étapes

Le Dialogue a démontré l'existence d'un large consensus concernant les axes de changement nécessaires, mais les parties prenantes ont souligné que la forme exacte de la future réforme devra être définie au cours **d'une discussion politique et technique continue** au sein des institutions et des régions. Les parties prenantes ont exprimé un fort sentiment **d'urgence à s'affranchir du diagnostic pour suivre des voies exploitables**, soulignant que les deux prochaines années constituent un moment charnière pour traduire l'élan en mesures concrètes capables de faire progresser les principaux domaines de réforme. Cette section résume les voies qui semblent les plus réalisables pour les parties prenantes européenne et nord-américaine, ainsi que les approches et opportunités à court terme qui pourraient ancrer l'action collective.

Les parties prenantes ont défini un ensemble d'approches communes qui doivent orienter les efforts de réforme :

- **Leadership des PRFI et des institutions régionales** : la prochaine phase de réforme doit être pilotée par les acteurs les plus directement concernés par sa mise en œuvre. L'Europe et l'Amérique du Nord doivent jouer un rôle de facilitateurs en mobilisant des ressources, un soutien politique et une collaboration technique pour appuyer les programmes régionaux et pilotés par les pays.
- **Vitesse et attention** : les parties prenantes ont insisté sur le fait que les efforts de réforme doivent être réalisés rapidement et de manière pragmatique, en testant des solutions et en démontrant des résultats au lieu d'attendre un consensus parfait pour agir.
- **Alignement politique et technique** : une réforme efficace nécessitera un leadership politique assuré par des plateformes comme le G7, le G20 et les Nations Unies, et par une collaboration technique entre les fonds multilatéraux, l'OMS et les organismes régionaux.
- **Cohérence entre les processus** : les efforts doivent principalement porter sur la connexion d'initiatives de réforme existantes grâce à des principes, à des étapes et à une redevabilité communs. La création de nouvelles commissions doit uniquement être motivée par la rationalisation significative ou le rassemblement de forums existants dans le but de faire progresser la mise en œuvre.
- **Inclusivité et redevabilité** : la société civile, les voix communautaires et le secteur privé doivent être intégrés aux discussions sur la réforme pour assurer la réactivité, la légitimité et le suivi.

Où le mouvement est le plus réalisable pour chaque domaine de réforme

Alors que des voies de réforme détaillées sont encore en train d'être définies, les parties prenantes ont identifié plusieurs domaines dans lesquels d'importants progrès pourraient être réalisés au cours des prochaines années :

Financement durable piloté par les pays

- **Les pays peuvent exercer un leadership accru** grâce à un plan et à un budget nationaux uniques, à une augmentation du financement national et à une exécution budgétaire efficace.
- **Il est possible que les pays intéressés par un financement plus coordonné** (par exemple, l'Éthiopie, le Nigeria et le Rwanda) soient prêts à tester des versions améliorées d'accords ou de feuilles de route de transition.
- **Gavi, le Fonds mondial et la Banque mondiale** ont été considérés comme les leviers les plus immédiats pour améliorer l'alignement, notamment par une harmonisation progressive des cycles de réapprovisionnement et de subvention, par des politiques de transition, par l'établissement de rapports et par l'engagement national, en s'appuyant sur les efforts déjà mis en œuvre.
- **Les bailleurs bilatéraux**, bien qu'ils évoluent dans le cadre de contraintes politiques et législatives, peuvent réduire la fragmentation en simplifiant l'établissement de rapports, en alignant les attentes des différents fonds et en adaptant les investissements aux priorités des pays.

Biens publics mondiaux : normes, préparation, innovation et accès

- **Normes et standards** : les discussions en cours à l'OMS offrent la possibilité de développer des recommandations actualisées en temps réel, de clarifier les rôles régionaux et internationaux, et de renforcer le suivi de la mise en œuvre.
- **Financement de la préparation** : au lieu de créer de nouveaux mécanismes, les parties prenantes ont trouvé de la valeur dans l'amélioration des liens entre le Fonds de lutte contre les pandémies, le Fonds mondial, les BMD et les organismes régionaux, afin de renforcer la préparation.
- **Innovation et accès** : l'accroissement des efforts régionaux de fabrication et d'approvisionnement (UA, OPS, ASEAN, UE) représente une occasion d'alignement en matière de standards, de qualité et d'accès équitable.

Gouvernance et redevabilité

- **Le fonctionnement des conseils d'administration** peut être renforcé en établissant des attentes plus claires, en améliorant la préparation, en établissant un suivi plus constant et en améliorant la cohérence entre les conseils d'administration grâce à des représentants communs.
- **La clarté des missions** peut être améliorée en définissant ce que chaque institution fera et ne fera pas, ce qui réduit la redondance.

Plusieurs voies possibles pour faire progresser la réforme

Les parties prenantes ont reconnu que la réforme ne suivra pas une voie unique. Sa progression dépendra de **l'alignement et de la connexion entre plusieurs processus** déjà en cours aux niveaux national, régional et mondial.

- **Connecter les initiatives clés** : les efforts de réforme comme l'Accra Reset, la Plateforme d'Action de Séville, la Réunion mondiale 2026 de Wellcome et les initiatives de réflexion des bailleurs de l'UE représentent d'importants points d'entrée. Les parties prenantes ont insisté sur la nécessité de lier ces processus au moyen de communications régulières et de calendriers communs.
- **Générer un élan politique pour la prise de décision** : les parties prenantes ont indiqué que le leadership politique sera essentiel pour piloter les décisions. Une piste prometteuse consiste à rassembler les dirigeants des États qui dirigent l'Accra Reset et ceux qui défendent les efforts de réforme de la santé mondiale dans les pays des bailleurs afin d'accélérer un engagement de haut niveau et une action conjointe.
- **Renforcer la coopération régionale** : l'engagement croissant entre l'Union africaine et l'Union européenne a été cité comme un exemple clé de la manière dont l'alignement régional peut aider à traduire les objectifs de réforme en une coopération concrète autour du financement, de la fabrication et de la gouvernance.
- **Évaluer la réforme au-delà du secteur de la santé** : Plusieurs parties prenantes ont insisté pour que les discussions autour de la réforme s'inscrivent dans des processus multilatéraux et politiques plus vastes tels que le système de l'ONU et l'initiative ONU80 actuellement en cours, reliant la santé mondiale à la stabilité économique, au développement et aux programmes de sécurité.
- **Mobiliser la coalition des volontaires** : le changement commence souvent par la volonté d'acteurs engagés de piloter de nouveaux modèles ou d'être plus profondément alignés. Les parties prenantes ont convenu que de telles coalitions peuvent démontrer ce qui fonctionne, créer un élan et poser les bases d'un plus grand consensus dans le temps.

Ces voies qui se chevauchent offrent plusieurs pistes de progression. Leur réussite dépendra de l'efficacité avec laquelle elles sont connectées, séquencées et renforcées en définissant des priorités et un calendrier communs.

Étapes clés et opportunités à court terme

Les parties prenantes ont souligné plusieurs étapes clés politiques, institutionnelles et financières pour 2026 et 2027 qui pourraient soutenir l'élan, renforcer l'alignement et créer des opportunités de leadership et de prise de décision. Plusieurs parties prenantes ont suggéré de réaliser une cartographie exhaustive de ces opportunités pour créer une feuille de route plus cohérente.

Les opportunités clés mentionnées dans le cadre du Dialogue sont :

- **L'Assemblée mondiale de la santé (AMS)** : faire progresser la réforme de l'OMS sur la gouvernance, le financement prévisible et les capacités régionales.
- **Réunions de printemps de la Banque mondiale en avril 2026** : générer l'intérêt pour les processus et idées de la réforme sur le financement de la santé.
- **Assemblée générale des Nations Unies (AGNU) en 2026** : approfondir les discussions sur la réforme de la santé mondiale dans le contexte du programme global de réforme de l'initiative ONU80.
- **Réunion de haut niveau de l'ONU sur la Couverture sanitaire universelle** : choisir 2027 comme cible réaliste pour formaliser les engagements et les décisions structurelles de réforme, ce qui laisse du temps pour renforcer l'alignement politique et la préparation technique. La réunion pourrait servir de référence pour traduire les idées de réforme en engagements concrets, complétée par d'autres opportunités politiques comme la présidence du G20 2027.

Le rôle de l'Europe et de l'Amérique du Nord

L'Europe et l'Amérique du Nord ont toutes deux une **responsabilité et une occasion** de créer une réforme qui favorise l'équité et la cohérence à l'international. En tant que principaux fournisseurs du financement de santé extérieur et qu'acteurs influents de la gouvernance multilatérale, la région doit aligner ses pratiques de financement, la coordination de sa politique et sa représentation afin de refléter ses engagements. Les grandes priorités sont :

- **Leadership politique et diplomatique** : utiliser des plateformes comme le G7, le G20 et l'AMS pour défendre la clarté, éviter les programmes concurrentiels et unifier les positions des bailleurs.
- **Financement et alignement** : maintenir un soutien financier pour les priorités de santé mondiale, soutenir les plans pilotés par les pays, rationaliser l'établissement de rapports et coordonner les cycles de réapprovisionnement de manière à renforcer la redevabilité.
- **Approche axée sur les partenariats** : se poster en cocréateurs et collaborer avec leurs homologues d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine et du Moyen-Orient en tant que partenaires égaux dans la réforme.

Les parties prenantes d'Europe et d'Amérique du Nord se sont montrées confiantes dans le fait que, grâce à un engagement durable et à la création de partenariats avec d'autres régions, il est possible de mener une réforme significative, capable de donner lieu à un système de santé mondiale plus cohérent, équitable et résilient.

Remerciements :

Nous adressons notre sincère reconnaissance à tous les acteurs qui ont mis leur temps, leurs connaissances et leur expérience au service du Dialogue régional Europe et Amérique du Nord sur la réforme de l'architecture de la santé mondiale⁶. La contribution de ces organisations lors des consultations⁷, de la réunion régionale organisée en présentiel et de l'enquête conjointe, s'est révélée d'une utilité précieuse pour rédiger cette synthèse et identifier des priorités d'action communes. Pour des raisons d'anonymat, les personnes qui ont répondu à l'enquête ne sont pas listées ci-dessous.

- Académie nationale de médecine (ANM)
- Affaires étrangères, Commerce extérieur et Coopération au Développement (DGD), Belgique
- Affaires mondiales Canada
- Agence espagnole de coopération internationale pour le développement (AECID)
- Agence norvégienne de coopération pour le développement (NORAD)
- Alliance sur les MNT (NCDA)
- Bureau régional pour l'Europe EURO de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)
- Campagne ONE
- Centre pour le développement mondial (CDM) Europe
- Coalition mondiale pour les technologies de la santé (GHTC)
- Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (CEPI)
- Direction générale des partenariats internationaux (CE-INTPA)
- Fédération internationale de l'Industrie du Médicament (IFPMA)
- Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (IFRC)
- Fondation Gates
- Fondation Novo Nordisk
- Fondation Rockefeller
- Foreign, Commonwealth & Development Office (FCDO), Royaume-Uni
- GAVI, l'Alliance du Vaccin
- Global Fund Advocates Network (GFAN)
- Global Health Council
- Grands Défis Canada
- Groupe de travail conjoint du G20 sur le financement et la santé
- Institut de hautes études internationales et du développement
- International Pandemic Preparedness Secretariat
- Joep Lange Institute (JLI) Center for Global Health Diplomacy
- Le Fonds de lutte contre les pandémies
- Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
- London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM)
- Mécanisme de financement mondial (GFF)
- Ministère de l'Économie et des Finances, Italie
- Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères, France
- Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités, des Familles, France
- Ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement (BMZ)
- Ministère fédéral allemand de la Santé (BMG)
- Ministère norvégien des Affaires étrangères
- Mission permanente de la France auprès de l'Office des Nations Unies à Genève et des autres organisations internationales en Suisse
- Mission permanente du Danemark auprès de l'Office des Nations Unies à Genève
- Organisation mondiale de la Santé (OMS)
- Partners In Health (PIH)
- Pasteur Network
- PATH
- Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) Ukraine
- Réseau-santé de l'Europe du Sud-Est (SEEHN)
- Resilience Action Network International (anciennement Pandemic Action Network)
- STOPAIDS
- Unitaid
- United for Global Mental Health
- Université McGill
- Wellcome Trust

⁶Les représentants du gouvernement américain n'ont pas pu participer en raison de l'arrêt des activités gouvernementales qui a eu lieu à ce moment.

⁷La Banque mondiale n'a pas pu participer en raison d'engagements conflictuels.



Ce rapport fait état des résultats de l'un des cinq dialogues régionaux qui ont reçu le soutien de Wellcome et ont été dirigés par des partenaires régionaux. Les points de vue et 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.