

HEAR CSO Octobre 2025 Résumé des consultations

Contexte

Ce document présente une synthèse des points communs et des différences qui ressortent des quatre consultations régionales menées en octobre 2025 auprès d'organisations de la société civile d'Europe occidentale et d'Amérique du Nord, d'Afrique, d'Asie du Sud et d'Amérique latine.

Ces consultations s'inscrivent dans le cadre de l'initiative « Health Architecture Reimagined: Civil Society Organizations » (HEAR CSO), créée pour garantir que les perspectives, les priorités et les innovations des acteurs communautaires et de la société civile occupent une place centrale dans les discussions en cours sur l'avenir de l'architecture mondiale de la santé.

Des consultations avec des groupes de la société civile du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord, d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, ainsi que de la région Asie-Pacifique, auront lieu en décembre 2025, ce qui marquera également le lancement d'une enquête mondiale. En 2026, HEAR CSO organisera d'autres consultations et engagements nationaux afin de définir des voies concrètes pour le changement. Ce document est donc le reflet vivant de la convergence des idées, de la diversité des cadres régionaux et de l'évolution des voies vers une architecture sanitaire mondiale plus équitable et plus inclusive.

Sensibilisation

Les consultations régionales sont ouvertes à toutes les OSC intéressées. Un « appel au lancement » mondial, auquel ont participé plus de 300 représentants de la société civile, a relayé cette invitation ouverte et suscité un vif intérêt dans toutes les régions. Outre cet appel ouvert, les participants ont été identifiés grâce à un travail de cartographie mené par les membres des réseaux du comité directeur de HEAR CSO et à la collaboration avec les organisateurs des réunions multipartites soutenues par le Wellcome Trust. Les inscriptions des participants ont été évaluées en fonction de leur situation géographique, de leur domaine d'activité et d'autres paramètres afin d'orienter la sensibilisation avant chaque appel.

Chaque consultation comptait entre 30 et 40 personnes inscrites à l'avance. Les sessions virtuelles, d'une durée de 2,5 heures chacune, ont réuni entre 10 et 30 participants issus

de la société civile, auxquels se sont ajoutées les contributions recueillies via des enquêtes pré et post-consultation auprès de personnes n'ayant pas participé. À ce jour, la participation a atteint les OSC travaillant dans le domaine de la santé et les secteurs connexes, notamment la santé mentale, les maladies non transmissibles, la préparation aux pandémies, le renforcement des systèmes de santé, la santé sexuelle et reproductive, le VIH, la tuberculose et le paludisme. Les participants représentaient des organisations communautaires, des réseaux de populations clés, des mouvements de jeunes et de femmes, ainsi que des coalitions de défense des droits multi-pays. Les lacunes en matière de démographie, de géographie de l' et de contenu seront comblées dans le cadre des activités prévues pendant la durée de cette initiative (jusqu'au deuxième trimestre 2026).

Approche

Les consultations ont utilisé l'analyse causale en couches (CLA), une méthode participative de réflexion sur l'avenir et les systèmes développée par Sohail Inayatullah. La CLA invite les participants à explorer le changement à travers quatre niveaux interconnectés : la litanie, ou les questions et récits superficiels qui dominent le discours actuel ; la couche systémique, qui identifie les structures sociales, économiques et institutionnelles à l'origine de ces questions ; la couche de la vision du monde, qui fait ressortir les croyances culturelles, les idéologies et les relations de pouvoir qui façonnent le système ; et la couche mythique ou métaphorique, où les histoires profondes, les symboles et les émotions collectives influencent la façon dont les gens comprennent et vivent le monde.

Le travail sur ces niveaux permet aux participants d'aller au-delà de la simple description des problèmes pour repenser les systèmes et imaginer des avenir souhaitables, c'est-à-dire des visions de ce à quoi pourrait ressembler une gouvernance mondiale de la santé juste et équitable si les hypothèses sous-jacentes et les dynamiques de pouvoir étaient transformées.

Les participants ont ensuite traduit ces visions en actions explicites et implicites : réformes politiques concrètes, changements de gouvernance ou transformations sociales nécessaires pour rendre possible l'avenir souhaité. Il s'agit notamment de propositions tangibles telles que la création de fonds régionaux pour la santé, des réformes institutionnelles ou des modèles de leadership, ainsi que les changements normatifs et culturels nécessaires pour les soutenir.

L'analyse entre les régions a été organisée à l'aide des quatre domaines de l'architecture mondiale de la santé définis par HEAR CSO : orientation et gouvernance, coordination de l'accès aux biens publics mondiaux, financement, mise en œuvre et prestation.

Évaluations communes du présent et visions pour l'avenir

Au cours des consultations, les participants ont décrit un contexte actuel caractérisé par des inégalités en matière de financement, d'accès aux médicaments, aux tests et aux vaccins, et de pouvoir décisionnel, en particulier pour les groupes de la société civile. L'histoire et l'héritage coloniaux, le capitalisme et la dégradation de l'environnement ont été des éléments déterminants dans toutes les consultations, avec des variations régionales notables dans la caractérisation des rôles et des responsabilités. Par exemple, les participants d'Amérique latine et d'Afrique ont clairement exprimé leur perception de la façon dont leur région était perçue par les habitants d'autres régions, tandis que les consultations en Asie du Sud et en Europe occidentale/Amérique du Nord n'ont pas inclus ce type de réflexion sur les perceptions externes. Les récits et les extraits sonores du présent dans toutes les régions reflétaient un profond sentiment d'effondrement, de calamité, de pénurie et de perte de progrès. Dans le même temps, et dans toutes les régions de l' , les programmes, les visions et les agendas définis et dirigés par les communautés ont été identifiés comme des sources de pouvoir et d'énergie.

Visions communes de l'avenir

Les participants ont convenu qu'ils souhaitaient :

- Une architecture mondiale de la santé **participative**, avec les communautés comme codécideuses
- Des systèmes **équitable**s, avec une répartition juste des ressources et du pouvoir
- Des approches **fondées sur les réalités communautaires**, et non imposées de l'extérieur
- **Une collaboration Sud-Sud** forte, complétée (et non dominée) par des partenariats Nord-Sud
- **La confiance et la transparence**, soutenues par des données ouvertes et des mesures contre la désinformation et la mésinformation
- La santé considérée comme un **bien public**, et les progrès mesurés à l'aune du bien-être, de l'équité et de la prospérité partagée

En ce qui concerne les futurs souhaités, les participants aux consultations ont partagé leurs aspirations pour une architecture mondiale de la santé participative, équitable et ancrée dans les réalités des communautés. Dans cet avenir souhaité, l'interdépendance conduit à une répartition équitable des ressources entre les régions et les communautés, avec des structures de financement et de gouvernance spécifiques à chaque région qui

intègrent et incluent la société civile, favorisant la collaboration Sud-Sud, notamment en matière de transfert de technologies et de fabrication. Cette collaboration Sud-Sud complète et équilibre les partenariats Nord-Sud.

Dans l'avenir souhaité, la confiance et la transparence sont rétablies grâce à un accès ouvert aux données et à des approches structurées pour identifier et neutraliser les informations erronées et la désinformation. La santé est considérée comme un bien public et les indices mondiaux, nationaux et régionaux reflètent la priorité accordée au bien-être sous toutes ses formes (mental et physique, humain et planétaire, communautaire et individuel).

L'avenir imaginé est celui d'une confiance et d'un équilibre rétablis, où le pouvoir, les connaissances et les ressources circulent dans les deux sens, et où les communautés sont reconnues non pas comme des bénéficiaires, mais comme des co-concepteurs des systèmes qui régissent la santé et le bien-être.

Mythes et métaphores

Les métaphores développées grâce au processus d'analyse causale par couches reflètent la manière dont les participants appréhendent le changement, non seulement en termes techniques ou politiques, mais aussi en termes d'évolution du sens, de l'identité et du pouvoir.

Région	Métaphores et récits profonds	Notes d'interprétation
Afrique	Les éléphants pacifiques et les sauterelles prospères ; le bouclier vivant ; la source	Une vision de protection, d'interdépendance et de survie partagée. Le pouvoir est coopératif plutôt qu'extractif, et la sagesse est ancrée dans la communauté et la nature.
Amérique latine et Caraïbes	Une architecture rénovée fondée sur une confiance restaurée ; des ponts d'espoir ; la Terre nourricière et le cycle de la vie	Le renouveau et la réparation sont des thèmes centraux. Les métaphores de la région appellent à la guérison des fractures historiques et à la reconstruction des

		institutions en tant qu'espaces de confiance.
Asie du Sud	Des millions de lampes dissipant les ténèbres ; le fil de la guérison ; la toile de la compassion	L'imagerie est centrée sur l'illumination, les liens communautaires et la résilience collective.
Europe occidentale et Amérique du Nord	La famille humaine ; les biens communs ; la communauté dompte le géant technologique	L'accent est mis sur la solidarité, la responsabilité partagée et la retenue éthique. Le pouvoir est redéfini par l'empathie et la coopération.

Voies vers un avenir souhaitable : actions et étapes communes et régionales, 2025-2030

Le tableau ci-dessous présente les étapes importantes et les activités explicitement identifiées et implicitement suggérées lors des consultations en personne de HEAR CSO et du travail de cartographie des futurs mené avant celles-ci. Une activité implicitement suggérée peut faire référence à une réforme politique ou à un changement systémique nécessaire pour atteindre un résultat souhaité, tel que la participation accrue de la société civile à la gouvernance. Il s'agit d'un document de travail évolutif qui sera validé et complété au fur et à mesure de l'avancement du processus consultatif.

Domaine	Étapes importantes communes	Actions et priorités par région	Activités indicatives
Orientation et gouvernance	Mettre en place des structures de cogouvernance reliant les gouvernements, les communautés et la société civile. Réformer les organismes mondiaux et régionaux de santé (OMS et bureaux régionaux, y compris	Afrique : adopter la gouvernance multipartite incluant les OSC comme norme à tous les niveaux des systèmes de santé nationaux et dans le contexte des fonds régionaux - voir financement ;	Examen de la gouvernance et conception de la réforme. Systèmes opérationnels de cogouvernance et de transparence.

	l'OPS et le SEARO, l'Union africaine et ses agences, le CDC Afrique) afin d'institutionnaliser la participation, la transparence et la responsabilité. Renforcer les cadres juridiques et politiques qui reconnaissent la société civile comme codécideuse.	soutenir la contribution des OSC à la gouvernance par l'extension des mécanismes de contrats sociaux et de responsabilité. Amérique latine : participation formelle des OSC à la réforme de l'OPS/OMS et aux structures de dialogue régional. Asie du Sud : organes conjoints de planification et de supervision intégrant les ministères et les OSC. Europe occidentale/Amérique du Nord : inclusion des dirigeants non étatiques dans les plateformes de coordination mondiale et les processus d'élaboration des traités.	
Coordination de l'accès aux biens	Développer la fabrication régionale de médicaments, de	Afrique : coopération régionale en matière	Développement de systèmes régionaux et Sud-

publics mondiaux	diagnostics et de vaccins. Développer des cadres ouverts en matière de science, de propriété intellectuelle et de partage des connaissances, fondés sur l'équité. Créer des mécanismes mondiaux et régionaux pour une technologie éthique et une gouvernance de l'IA.	de réglementation et transparence des données ouvertes. Amérique latine : réseaux de recherche Sud-Sud et de connaissances ouvertes ; capacités réglementaires et de production régionales. Asie du Sud : santé numérique et plateformes d'information pour les adolescents. Europe occidentale/Amérique du Nord : cadres mondiaux de R&D et de gouvernance de l'IA ; accords d'accès équitable remplaçant les ADPIC.	Sud de partage des connaissances. Poursuite de l'expansion et du perfectionnement de systèmes et de solutions de santé numérique éthiques intégrés dans une structure de gouvernance décolonisée. .
Financement	Créer des fonds régionaux et thématiques pour la santé avec une gouvernance partagée entre les gouvernements et la société civile. S'engager à atteindre des objectifs et à mettre en place des mécanismes de	Afrique : mise en place de composantes régionales et communautaires de fonds de santé dans le cadre d'un cadre continental de « souveraineté sanitaire » ; mise en œuvre de l'indice de souveraineté	Fonds et capitalisation dans le contexte de l' , avec l'expansion d'approches de financement innovantes et la poursuite, bien que réduite, des contributions des donateurs traditionnels,

	financement national durable, tels que la restructuration de la dette, la fiscalité progressive et le financement géré par la communauté.	sanitaire pour suivre les flux de financement équitables. Amérique latine : lancement d'un fonds régional latino-américain pour la santé, cogéré par les OSC. Asie du Sud : 5 % du PIB alloué à la santé ; Fonds sud-asiatique pour la santé mentale. Europe occidentale/Amérique du Nord : Fonds de solidarité pour les populations clés et marginalisées ; plaidoyer en faveur de cadres fiscaux et de justice en matière de dette.	potentiellement fondées sur l'approche « GPI » de l'aide étrangère. Expansion et itération des systèmes de financement mondiaux, régionaux et nationaux.
Mise en œuvre et exécution	Renforcer les capacités en matière de ressources humaines, le leadership et les modèles de prestation de services qui reflètent les priorités locales et les réalités communautaires. Institutionnaliser le leadership des jeunes, l'égalité des sexes, le	Afrique : programmes de leadership pour les personnes handicapées ; intégration des guérisseurs traditionnels et des prestataires communautaires dans la prestation des services de santé. Intégration	Des modèles de prestation inclusifs qui concrétisent les objectifs d'« intégration » (entre les maladies, la santé mentale et physique, l's entre les zones urbaines et rurales et les identités des populations clés) sont

travail équitable et l'inclusion de l'expérience vécue en tant qu'expertise.

des stratégies et interventions traditionnelles et biomédicales. Expansion intentionnelle des technologies numériques pour combler les écarts en matière de santé entre les zones urbaines et rurales. Poursuite du suivi communautaire.

Amérique latine : analystes communautaires intégrés dans les observatoires régionaux et les systèmes de surveillance des maladies.

Asie du Sud : Cadres de responsabilité et de travail équitable pour les travailleurs de la santé, dirigés par des jeunes.

Europe occidentale/Amérique du Nord : partenariats reliant les leaders culturels, scientifiques et religieux dans le cadre d'initiatives

institutionnalisés, évalués et mis en œuvre avec la participation de la communauté.

De nouveaux indicateurs sur le bien-être, la santé, l'équité et la souveraineté sont élaborés pour suivre et évaluer les besoins, les lacunes et les réalisations dans tous les systèmes.

numériques et
éthiques en matière
de santé.