

Synthèse des consultations HEAR CSO 2025

Arrière-plan

Ce document présente une synthèse des contenus communs et spécifiques qui ressortent de sept consultations régionales menées entre octobre et décembre 2025 auprès de groupes de la société civile d'Europe occidentale et d'Amérique du Nord, d'Afrique, d'Asie du Sud, d'Amérique latine et des Caraïbes, d'Europe orientale et d'Asie centrale, du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord, et de la région Asie-Pacifique.

Ces consultations s'inscrivent dans le cadre de l'initiative « Repenser l'architecture de la santé : Organisations de la société civile » (HEAR CSO), créée pour garantir que les perspectives, les priorités et les innovations des acteurs communautaires et de la société civile soient au cœur des discussions en cours sur l'avenir de l'architecture mondiale de la santé. HEAR CSO est un partenariat entre UHC2030, GFAN, GNP+, ITPC, NCD Alliance, STOPAIDS et WACI Health.

Ce document actualise le résumé des consultations d'octobre 2025 et présente l'intégralité des consultations régionales de HEAR CSO. En janvier 2026, HEAR CSO a lancé une enquête mondiale afin d'élargir la portée des points de vue des communautés concernées et de la société civile, contribuant ainsi aux discussions et aux décisions relatives à la réforme de l'architecture mondiale de la santé. Consultez le site hearcsso.org pour accéder aux rapports de l'enquête mondiale et découvrir d'autres activités illustrant la convergence des idées, la diversité des approches régionales et l'évolution des perspectives vers une architecture mondiale de la santé plus équitable et inclusive.

Sensibilisation

Les consultations régionales sont ouvertes à toutes les OSC souhaitant participer. Un appel à candidatures international, auquel ont participé plus de 300 représentants de la société civile, a diffusé cette invitation et suscité un vif intérêt dans toutes les régions. Outre cet appel à candidatures, les participants ont été identifiés grâce à une cartographie réalisée par les membres des réseaux du Comité de pilotage des OSC de HEAR et en collaboration avec les organisateurs des réunions multipartites soutenues par le Wellcome Trust. Les inscriptions des participants ont été évaluées en fonction de la situation géographique, du domaine d'intervention principal et d'autres paramètres afin d'orienter les actions de sensibilisation menées avant chaque appel à candidatures.

HEAR CSO a collaboré avec les partenaires régionaux suivants pour mener des actions de sensibilisation et faciliter l'organisation des réunions. Dans les autres régions, les membres du comité de pilotage de HEAR CSO ont piloté les actions de sensibilisation, tandis que l'équipe de projet a assuré l'animation.

APCASO - Asie-Pacifique

Fundación Huésped - Amérique latine et Caraïbes

ITPC Europe de l'Est et Asie centrale - Europe de l'Est et Asie centrale

ITPC Moyen-Orient et Afrique du Nord – Moyen-Orient et Afrique du Nord

Approche

Les consultations ont utilisé l'Analyse Causale Stratifiée (ACS), une méthode participative de prospective et de pensée systémique développée par Sohail Inayatullah. L'ACS invite les participants à explorer le changement à travers quatre niveaux interconnectés : la litanie, ou les problèmes et récits de surface qui dominent le discours actuel ; le niveau systémique, qui identifie les structures sociales, économiques et institutionnelles à l'origine de ces problèmes ; le niveau des visions du monde, qui met en lumière les croyances culturelles, les idéologies et les rapports de pouvoir qui façonnent le système ; et le niveau mythique ou métaphorique, où les récits profonds, les symboles et les émotions collectives influencent la manière dont les individus comprennent et vivent le monde.

Ce travail à travers ces différents niveaux permet aux participants de dépasser la simple description des problèmes pour repenser les systèmes et imaginer des futurs souhaitables : 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 : des réformes politiques concrètes, des changements de gouvernance ou des transformations sociales nécessaires pour rendre possibles ces futurs souhaitables. Ces propositions comprennent des mesures concrètes 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 à leur pérennisation.

L'analyse comparative entre les régions a été structurée selon les quatre domaines de l'architecture de la santé mondiale définis par HEAR CSO : orientation et gouvernance,

coordination de l'accès aux biens publics mondiaux, financement, et mise en œuvre et prestation des services.

Résultats : Participation

- Au total, les sept consultations régionales de HEAR CSO ont touché 139 participants de 54 pays représentant 107 organisations de la société civile.
- Aucune maladie ni aucun sujet n'a occupé plus d'un tiers du domaine d'activité auto-identifié par les participants.
- Les domaines abordés comprenaient les systèmes de santé, les politiques et les approches fondées sur les droits, les soins de santé primaires, les maladies non transmissibles, la santé mentale et le bien-être, la santé et les droits sexuels et reproductifs, l'accès aux médicaments, la préparation et la réponse aux pandémies, et les maladies infectieuses, notamment le VIH et la tuberculose.
- Plus de 80 % des participants ont déclaré avoir une expérience vécue qui influence leur point de vue sur l'architecture mondiale de la santé.

Tableau 1 : Participation aux consultations régionales et portée des organisations .
Pays comptabilisés selon le pays principal d'activité des OSC

Consultation	Nombre de participants	Nombre de pays	Nombre d'OSC
Afrique	27	11	21
Asie-Pacifique	24	7	14
Europe de l'Est et Asie centrale	17	12	13
Amérique latine et Caraïbes	9	6	6
Moyen-Orient et Afrique du Nord	12	5	9
Asie du Sud	13	5	13
Europe occidentale et Amérique du Nord	37	8	31
Totaux	139	54	107

Notre analyse des caractéristiques démographiques des participants a révélé des lacunes en matière d'âge, de rôle/lien avec l'architecture mondiale de la santé et de situation géographique : les participants les plus jeunes, les travailleurs communautaires de première ligne et les professionnels de la société civile en début de carrière étaient sous-représentés, de même que les participants des Caraïbes, région touchée par un ouragan le jour de la consultation. Les activités de HEAR CSO en 2026 visent à combler certaines de ces lacunes.

Évaluations partagées du présent et visions de l'avenir

Tout au long des consultations, les participants ont décrit un contexte actuel marqué par des inégalités de financement, d'accès aux médicaments, aux tests et aux vaccins, ainsi qu'au pouvoir de décision, notamment pour les organisations de la société civile. L'histoire et l'héritage coloniaux, le capitalisme et la dégradation de l'environnement sont apparus comme des éléments déterminants dans toutes les consultations, avec des variations régionales notables dans la définition des rôles et des responsabilités. Par exemple, les participants d'Amérique latine et d'Afrique ont clairement exprimé la perception qu'ils avaient de leur région par les personnes d'autres régions géographiques, 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 extérieures. Dans toutes les régions, les témoignages et les extraits sonores révélaient un profond sentiment d'effondrement, de catastrophe, de pénurie et de stagnation. Parallèlement, et dans toutes les régions, les programmes, les visions et les agendas élaborés et définis par les communautés ont été identifiés comme des sources de pouvoir et d'énergie.

Les consultations menées en décembre 2025 auprès de la société civile du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord, d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, et de la région Asie-Pacifique ont conforté ces constats partagés tout en soulignant leur caractère urgent. Dans ces trois régions, les participants ont décrit une volatilité accrue des financements, un rétrécissement de l'espace civique et une incertitude grandissante liée à l'instabilité géopolitique et au repli ou à la restructuration des institutions sanitaires mondiales. Les systèmes de santé ont été largement perçus comme fragmentés et réactifs, les besoins à long terme étant relégués au second plan au profit de réponses dictées par la crise.

En Europe de l'Est et en Asie centrale, les participants ont souligné les effets conjugués de la réduction des financements internationaux, du recul anticipé ou actuel de la présence des institutions mondiales et de l'intensification de la répression, de la stigmatisation et des obstacles juridiques qui affectent les organisations communautaires.

En Asie et dans le Pacifique, ils ont mis en lumière l'aggravation des inégalités, la politisation des processus décisionnels, le retrait des donateurs des pays à revenu intermédiaire et des systèmes de santé qui considèrent souvent l'accès aux soins comme un privilège plutôt que comme un droit. Au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, les participants ont décrit des systèmes axés sur la réponse d'urgence plutôt que sur le bien-être durable, façonnés par des conflits prolongés, les déplacements de population, des priorités mondiales sécuritaires et un sous-investissement chronique dans les soins de santé primaires, les maladies non transmissibles et la santé mentale.

Dans toutes ces régions, les connaissances communautaires, l'expérience vécue et le suivi mené par la communauté ont été systématiquement identifiés comme faisant partie des sources d'information et de responsabilisation les plus fiables, et comme des fondements essentiels pour des systèmes de santé plus équitables, résilients et centrés sur les personnes.

Visions partagées de l'avenir :

- Une architecture de santé mondiale participative, où les communautés sont co-décideuses
- Des systèmes équitables, avec une répartition juste des ressources et du pouvoir
- Des approches ancrées dans les réalités communautaires, non imposées de l'extérieur
- Une collaboration Sud-Sud forte, complétée (et non dominée) par des partenariats Nord-Sud
- Confiance et transparence, soutenues par des données ouvertes et la lutte contre la désinformation et la mésinformation
- La santé considérée comme un bien public, et le progrès mesuré par le bien-être, l'équité et la prospérité partagée

S'agissant des perspectives d'avenir souhaitées, les participants aux consultations ont partagé l'aspiration à une architecture de santé mondiale participative, équitable et ancrée dans les réalités des communautés. Dans cet avenir privilégié, l'interdépendance permet une répartition équitable des ressources entre les territoires et les communautés, grâce à des structures de financement et de gouvernance adaptées aux spécificités régionales qui intègrent et incluent la société civile, favorisant ainsi la collaboration Sud-Sud, notamment en matière de transfert de technologies et de production. Cette collaboration Sud-Sud complète et équilibre les partenariats Nord-Sud.

Dans un avenir souhaitable, la confiance et la transparence sont rétablies grâce à l'accès libre aux données et à des approches structurées pour identifier et neutraliser la désinformation et la mésinformation. La santé est considérée comme un bien public et les indicateurs mondiaux, nationaux et régionaux reflètent une priorité accordée au bien-être multidimensionnel (mental et physique, humain et planétaire, collectif et individuel).

L'avenir imaginé est un avenir de confiance et d'équilibre restaurés, où le pouvoir, le savoir 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 élaborées grâce à l'analyse causale stratifiée rendent compte de la manière dont les participants appréhendent le changement, non seulement en termes techniques ou politiques, mais aussi comme des transformations de sens, d'identité et de pouvoir. Remarque : *La réunion sur l'Europe de l'Est et l'Asie centrale a adapté la méthodologie et n'est pas à l'origine de cette analyse.*

Région	Métaphores et histoires profondes	Notes interprétatives
Afrique	Les éléphants paisibles et les sauterelles florissantes ; Le bouclier vivant ; La source	Une vision de protection, d'interdépendance et de survie partagée. Le pouvoir est coopératif plutôt qu'extracteur, et la sagesse s'enracine dans la communauté et la nature.

Amérique latine et Caraïbes	Une architecture rénoverée, bâtie sur la confiance restaurée ; des ponts d'espoir ; la Terre Mère et le cycle de la vie	Le renouveau et la réparation sont des thèmes centraux. Les métaphores de la région appellent à panser les plaies de l'histoire et à reconstruire les 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 axée sur l'illumination, le lien communautaire et la résilience collective.
Europe occidentale et Amérique du Nord	La famille humaine ; les biens communs ; la communauté apprivoise 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.
Asie-Pacifique	La santé à portée de main	Un avenir où la santé est un droit et non un privilège, rendu possible par un leadership communautaire significatif, un accès équitable aux soins et à l'information, une collaboration régionale et des systèmes qui atteignent les gens où qu'ils vivent.
Moyen-Orient et Afrique du Nord	L'olivier vivace	Une vision des systèmes de santé ancrée dans la solidarité et la responsabilité partagée, passant de réponses axées sur la crise à une résilience à long terme, à l'équité et à des soins qui soutiennent les communautés sur plusieurs générations.

Voies vers des avenir souhaités : actions et étapes partagées et régionales, 2025-2030

Le tableau ci-dessous présente les étapes et activités explicitement identifiées et implicitement suggérées lors des consultations en présentiel avec les OSC de HEAR et du travail de prospective réalisé en amont. Une activité implicitement suggérée peut désigner une réforme politique ou un changement systémique nécessaire à l'atteinte d'un objectif souhaité, tel qu'un renforcement de la participation de la société civile à la gouvernance. Ce document évolutif définira une feuille de route qui sera validée et enrichie au fur et à mesure des consultations.

Domaine	Étapes partagées	Actions et priorités par région	Activités indicatives
Orientations et gouvernance	Mettre en place des structures de cogouvernance reliant les gouvernements, les communautés et la société civile. Réformer les organismes de santé mondiaux et régionaux (OMS et ses bureaux régionaux, notamment 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 un acteur à part entière dans la prise de décision.	Afrique : La gouvernance multipartite incluant les OSC est adoptée comme norme à tous les niveaux des systèmes nationaux de santé et dans le contexte des fonds régionaux (voir financement) ; la contribution des OSC à la gouvernance est soutenue par l'expansion des mécanismes de contractualisation sociale et de responsabilisation. Amérique latine : Participation formelle des OSC aux structures de réforme de l'OPS/OMS et au dialogue régional.	Examen de la gouvernance et conception d'une réforme. Systèmes de cogouvernance et de transparence opérationnels.

Asie du Sud : Organes conjoints de planification et de supervision intégrant les ministères et les OSC.

Europe occidentale/Amérique du Nord : Inclusion des acteurs non étatiques dans les plateformes de coordination mondiale et les processus d'élaboration des traités.

MENA : La gouvernance sanitaire privilégie la solidarité et le bien-être à long terme par rapport à une prise de décision sécuritaire et dictée par la crise.

Asie-Pacifique : Le leadership communautaire et la surveillance de la société civile remplacent la prise de décision politisée et le rétrécissement de l'espace civique.

EECA : La réforme de la gouvernance privilégie une participation significative des communautés à la

		prise de décision dans un contexte de rétrécissement de l'espace civique, de répression et de présence réduite des institutions mondiales.	
Coordination de l'accès aux biens publics mondiaux	Développer la production régionale de médicaments, de diagnostics et de vaccins. Mettre en place des cadres de science ouverte, de propriété intellectuelle et de partage des connaissances fondés sur l'équité. Créer des mécanismes mondiaux et régionaux pour une gouvernance éthique des technologies et de l'IA.	Afrique : Coopération réglementaire régionale et transparence des données ouvertes. Amérique latine : réseaux de recherche Sud-Sud et de partage des connaissances ; capacité régionale de réglementation et de production. Asie du Sud : Plateformes numériques d'information sur la santé et les adolescents. Europe occidentale/Amérique du Nord : cadres mondiaux de R&D et de gouvernance de l'IA ; accords d'accès équitable remplaçant l'Accord sur les ADPIC. MENA : La préparation régionale et les systèmes d'information sanitaire	Des systèmes régionaux et Sud-Sud de partage des connaissances ont été développés. Poursuite du développement et du perfectionnement de systèmes et de solutions de santé numérique éthiques, intégrés dans une structure de gouvernance décolonisée .

interopérables sont essentiels à la gestion des conflits, des déplacements de population et des menaces sanitaires transfrontalières.

Asie-Pacifique : Une gouvernance équitable des outils de santé numérique et de l'IA permet de surmonter les clivages géographiques, linguistiques et technologiques.

EECA : La coordination régionale garantit l'accès au traitement et à la prévention du VIH malgré la diminution des financements des donateurs. Les réseaux communautaires et régionaux assurent un accès continu aux médicaments essentiels et aux contre-mesures, tandis que les mécanismes mondiaux de coordination de la riposte au VIH évoluent.

Financement

Créer des fonds de santé régionaux et thématiques à

Afrique : Mise en place de composantes de fonds de santé

Fonds et capitalisation dans le contexte de

gouvernance partagée entre les gouvernements et la société civile. S'engager en faveur d'objectifs et de mécanismes de financement national durables, tels que la restructuration de la dette, la fiscalité progressive et le financement géré par les communautés.

régionaux et communautaires dans le cadre d'un système continental de « souveraineté sanitaire » ; mise en œuvre de l'indice de souveraineté sanitaire pour suivre les flux de financement équitables.

Amérique latine : Lancement d'un Fonds régional de santé latino-américain cogéré par des OSC.

Asie du Sud : 5 % du PIB alloués à la santé ; Fonds pour la santé mentale en Asie du Sud.

Europe occidentale/Amérique du Nord : Fonds d'unité pour les populations clés et marginalisées ; plaidoyer pour des cadres de justice fiscale et d'endettement.

MENA : Les mécanismes de financement reconnaissent et allouent les fonds et les ressources nécessaires à l'accueil

l'expansion d'approches de financement novatrices et du maintien, même réduit, des contributions des donateurs traditionnels, potentiellement fondées sur l'approche « GPI » de l'aide étrangère.

Expansion et itération des systèmes de financement mondiaux, régionaux et nationaux.

des populations
déplacées.

Asie-Pacifique :
Maintien de
l'éligibilité au soutien
multilatéral pour les
pays de la région,
reflétant les
différences de
situation économique
entre les nations et au
sein de celles-ci.

EECA : Les priorités
de financement sont
axées sur le
financement direct
des organisations
communautaires, la
diversification des
sources de
financement et des
politiques des
donateurs qui ne sont
pas limitées par les
classifications de
revenus de la Banque
mondiale.

Mise en œuvre et livraison	Renforcer les capacités en ressources humaines, le leadership et les modèles de prestation de services afin qu'ils reflètent les priorités locales et les réalités communautaires. Institutionnaliser le leadership des jeunes, l'égalité des sexes, le travail équitable et la reconnaissance de l'expérience vécue comme expertise.	Afrique : Programmes de leadership pour les personnes handicapées ; intégration des guérisseurs traditionnels et des acteurs communautaires dans la prestation de services. Intégration des stratégies et interventions traditionnelles et biomédicales. Développement ciblé des technologies numériques pour réduire les inégalités de santé entre les zones urbaines et rurales. Poursuite du suivi communautaire. Amérique latine : Des analystes communautaires intégrés aux observatoires régionaux et aux systèmes de surveillance des maladies. Asie du Sud : Cadres de responsabilisation et de travail équitable pilotés par les jeunes pour les professionnels de la santé.	Les modèles de prestation inclusifs qui concrétisent les objectifs d'« intégration » (à travers les maladies, la santé mentale et physique, les identités urbaines/rurales et les populations clés) sont 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 ont été élaborés pour suivre et évaluer les besoins, les lacunes et les réalisations dans l'ensemble des systèmes.
----------------------------	--	--	---

Europe
occidentale/Amérique
du Nord : Partenariats
associant leadership
culturel, scientifique
et religieux dans les
initiatives numériques
et éthiques en matière
de santé.

MENA : La prestation
de services évolue des
réponses
humanitaires
temporaires vers des
systèmes intégrés et
préventifs, incluant la
prise en charge de la
santé mentale et des
maladies non
transmissibles.

Asie-Pacifique : Des
modèles mixtes de
soins primaires,
communautaires et
numériques sont
développés pour
répondre aux besoins
d'échelle , de
couverture dans les
régions éloignées et
rurales et aux
contraintes de main-
d'œuvre.

EECA : Le suivi
communautaire est
institutionnalisé
comme composante
essentielle des
systèmes de santé,

contribuant
directement à
l'amélioration de la
prestation et de la
qualité des services.
Les services de santé
sont maintenus et
adaptés afin de
garantir un accès
continu au traitement
et à la prévention du
VIH, tout en luttant
activement contre la
stigmatisation, la
discrimination et les
environnements
juridiques restrictifs.

Vers des principes pour les processus et les résultats de la réforme de l'architecture de la santé mondiale

À travers la diversité des points de vue, des contributions et des expériences partagés lors des consultations HEAR CSO de 2025, il est possible d'identifier des principes que la société civile et les communautés concernées pourraient utiliser pour évaluer et s'impliquer dans les propositions de réforme de l'architecture mondiale de la santé. Ces principes, élaborés à la suite des consultations par le comité de pilotage et l'équipe de projet HEAR CSO, doivent être validés, discutés et affinés dans des instances plus larges. Nous présentons ici une liste servant de point de départ et nous collaborerons avec divers acteurs communautaires et de la société civile afin de la peaufiner, de la mettre à jour et de la diffuser en 2026. Consultez le [site hearcsso.org](http://site.hearcsso.org) pour obtenir des informations actualisées.

Principes fondamentaux de l'architecture mondiale de la santé : processus et résultats de la réforme

- **L'équité comme objectif ultime.**
Commencer par un avenir souhaité, et non par une réaction à la situation actuelle. L'équité d'accès aux soins de santé pour tous doit être l'objectif.
- **Représentation, gouvernance et portée multisectorielles :**
La santé ne se limite pas au secteur de la santé. Le climat, la pauvreté, l'économie et les conflits ont un impact sur la santé. La santé mentale, physique et planétaire sont intimement liées. L'architecture mondiale de la santé doit refléter cette réalité par une portée clairement définie, une inclusivité étendue et des plans et actions intégrés.
- **Rôles de leadership et de prise de décision pour les communautés fortement touchées par les inégalités en matière de santé dans le cadre d'une inclusion plus large de la société civile.**
Les communautés touchées par les inégalités en matière de santé doivent être des partenaires centraux et dotés de ressources, jouant un rôle de leadership et ayant un pouvoir de décision au sein de l'architecture mondiale de la santé.
- **Une prise de décision transparente et collective :**
chacun contribue, chacun décide, chacun bénéficie. Les processus et les résultats de la gouvernance doivent rompre avec les dynamiques traditionnelles donateur-bénéficiaire et Nord-Sud, et renforcer la souveraineté régionale et le leadership national en incluant les communautés touchées par les inégalités.
- **Les mécanismes de financement et d'accès doivent être équitables et adaptés aux besoins, et permettre le financement direct des organisations communautaires.**
L'architecture mondiale de la santé doit inclure des mécanismes de financement prévisibles et adaptés aux besoins. Ces mécanismes doivent garantir la continuité de l'accès aux services essentiels et permettre le financement direct des organisations communautaires. Les règles de financement et les critères d'admissibilité doivent éviter toute transition susceptible de compromettre l'équité ou de perturber la participation et l'accès.

Conditions sous-jacentes à une réforme efficace et équitable

- **Durabilité, résilience et continuité en période de transition :**
La réforme de l'architecture mondiale de la santé s'inscrit dans un contexte de changements institutionnels, de volatilité des financements et d'instabilité

géopolitique. Il est essentiel d'assurer la continuité de l'accès à des soins de santé abordables, accessibles, acceptables et de qualité, et de mettre en place des mécanismes permettant à la société civile et aux communautés concernées de demander des comptes aux responsables pendant les périodes de transition.

- **Protection de l'espace civique et des acteurs communautaires**
Une participation significative, la responsabilisation et la prestation de services dépendent de la protection de l'espace civique et de la sécurité et de la légitimité de la société civile et des acteurs communautaires, y compris ceux dont l'exclusion est structurelle plutôt qu'intentionnelle.

Conclusion

Les consultations HEAR avec les OSC ont permis aux organisations de la société civile et aux communautés touchées par les inégalités en matière de santé dans sept régions d'examiner collectivement le contexte sanitaire mondial actuel et de définir des perspectives d'avenir pour l'architecture de la santé mondiale. Grâce à une réflexion partagée et à un dialogue régional, les participants ont mis en lumière des défis communs, des réalités régionales spécifiques et des hypothèses sous-jacentes qui influencent la gouvernance, le financement, la coordination et la prestation de services. Ces consultations ont permis d'élaborer un ensemble de principes et de priorités qui reflètent l'expérience vécue, la diversité régionale et un engagement commun en faveur d'une architecture de la santé mondiale plus équitable, participative et résiliente.