

Réforme de l'architecture de la santé mondiale et Initiative ONU80

Un processus conjoint pour appuyer les réformes

Rapport du Directeur général

1. Lors de sa cent-cinquante-huitième session, le Conseil exécutif a examiné le rapport du Directeur général sur la réforme de l'architecture de la santé mondiale et l'Initiative ONU80. Dans sa décision EB158(20) (2026), il a prié le Directeur général, entre autres, en consultation avec les États Membres et en associant les acteurs de la santé mondiale concernés, d'élaborer une proposition relative à l'instauration d'un processus conjoint en vue de transformer l'architecture de la santé mondiale, et de la soumettre à la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Comité du programme, du budget et de l'administration.
2. Le projet de proposition (voir l'annexe) a été élaboré dans le cadre d'un processus itératif de consultation, avec le soutien d'un groupe de travail interne aux trois niveaux de l'Organisation comprenant notamment : deux séries de consultations écrites ; deux sessions de consultation ; et deux séances d'information à l'intention des États Membres ; une collaboration régulière avec des institutions œuvrant dans le domaine de la santé mondiale¹ et des initiatives de réforme de l'architecture de la santé mondiale ;² ainsi que des consultations avec des acteurs non étatiques, la société civile et des représentantes et représentants de la jeunesse.

¹ Y compris la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (CEPI) ; Gavi, l'Alliance du Vaccin, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; Unitaïd et le Fonds de lutte contre les pandémies ; pour les besoins du présent document, la Banque mondiale, l'UNICEF et l'UNFPA ont également été inclus dans ce groupe.

² Y compris l'initiative « Rethinking the Future of Global Health » du Wellcome Trust, l'Initiative « Accra Reset », l'Agenda de Lusaka, le Processus de réflexion de l'Union européenne et des donateurs partageant les mêmes valeurs sur la réforme de l'architecture de la santé mondiale, ainsi que l'initiative pour une architecture de santé repensée menée par des organisations de la société civile..

Mesures à prendre par l'Assemblée mondiale de la Santé

3. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport, à passer en revue le projet de proposition et à examiner le projet de décision suivant :

La Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, ayant examiné le rapport du Directeur général,³

A décidé :

- 1) d'approuver le processus conjoint proposé pour appuyer les réformes de l'architecture de la santé mondiale ;
- 2) de prier le Directeur général de convoquer les parties prenantes concernées, de commencer la mise en œuvre du processus conjoint et de soumettre un rapport final à l'examen de la Quatre-Vingtième Assemblée mondiale de la Santé en 2027, par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent soixantième session.

³ Document A79/24.

Annexe

Proposition relative à un processus conjoint pour appuyer les réformes de l'architecture de la santé mondiale

Introduction

1. L'**architecture de la santé mondiale**¹ existante a contribué de manière considérable à l'amélioration de la santé et du bien-être au cours des dernières décennies, notamment des avancées majeures en matière de lutte contre les maladies, le renforcement des normes et standards mondiaux, ainsi qu'une action collective plus efficace pour faire face aux menaces sanitaires transfrontalières. Cependant, le monde a profondément changé, et l'architecture de la santé mondiale n'a pas toujours suivi le rythme ; en effet la souveraineté nationale en matière de santé et les capacités régionales se sont étendues ; ² la charge des maladies et les risques pour la santé ont changé ; la science, l'intelligence artificielle (AI) et les technologies numériques évoluent rapidement ; et le financement s'est réduit. En outre, la forte augmentation du nombre d'acteurs œuvrant dans le domaine de la santé, qui ont été déterminants dans les réalisations obtenues, a également accru la complexité et entraîné des déséquilibres de pouvoir, de la fragmentation et des chevauchements, lesquelles limitent la prise en main par les pays, l'impact et l'équité.
2. Parallèlement, les priorités et les approches de santé mondiale subissent des changements importants, passant de programmes axés sur le monde à des programmes dirigés par les pays et soutenus régionalement ; d'interventions ciblant certaines maladies à des approches intégrées et de soins de santé primaires visant à instaurer la couverture sanitaire universelle ; des maladies infectieuses et de la santé de la mère et de l'enfant à l'inclusion des maladies non transmissibles, de la santé mentale, du vieillissement et de l'approche « Une seule santé » ; d'une fabrication centralisée à une fabrication locale et régionale des produits de santé essentiels ; et à un financement national aligné, prévisible et durable en soutien aux plans nationaux de santé.
3. Conformément au mandat énoncé par le Conseil exécutif,³ le présent document présente une **proposition relative à un processus conjoint**⁴ en vue d'appuyer la transformation de l'architecture de la santé mondiale afin de mieux répondre à ces défis.

But, principes et objectifs

4. Le **but** du processus conjoint proposé est d'élaborer des options et des recommandations visant à appuyer les réformes de l'architecture de la santé mondiale, fondées sur les initiatives existantes de réforme et sur les éléments pertinents de l'Initiative ONU80, et d'éclairer les

¹ L'architecture de la santé mondiale est l'association des acteurs, des cadres et des processus qui permettent d'orienter, de coordonner, de financer et de mettre en œuvre des démarches visant à améliorer et à protéger la santé à l'échelle mondiale (voir le document EB158/44).

² Voir par exemple l'Agenda pour la sécurité et la souveraineté sanitaire de l'Afrique ainsi que d'autres initiatives pertinentes approuvées par l'Union africaine.

³ Décision EB158(20) (2026).

⁴ Aux fins de ce document, un « processus conjoint » désigne une approche structurée et inclusive impliquant les États Membres, les représentantes et représentants des initiatives de santé mondiale, les organismes des Nations Unies, les organisations régionales de santé et d'autres parties prenantes, y compris la société civile.

décisions sur la manière de transformer l'architecture de la santé mondiale en un véritable écosystème cohérent et inclusif, dirigé par les pays, en mesure de répondre de manière plus efficace et efficiente aux besoins spécifiques et collectifs des pays et des communautés afin de maximiser l'accès, l'impact et l'équité.

5. Cet effort sera guidé par des **principes** fondamentaux. La réforme de l'architecture de la santé mondiale doit promouvoir l'équité et la solidarité, faciliter le droit à la santé et « ne laisser personne de côté », renforcer le leadership national et l'appropriation par les pays, protéger les acquis et le soutien actuels du pays et s'appuyer sur ceux-ci, appliquer le principe de subsidiarité en alignant les fonctions au niveau le plus adapté, et améliorer la cohérence et la responsabilisation de l'ensemble des acteurs et à tous les niveaux. Le processus conjoint respectera la primauté des États Membres et sera transparent et inclusif, fondé sur des bases factuelles, prospectif, efficient et pragmatique, s'appuyant sur les initiatives existantes et les données probantes disponibles, tout en maintenant clairement l'accent sur la faisabilité, la mise en œuvre et l'impact.

6. Dans ce contexte, les **objectifs** du processus conjoint consistent à établir des options et des recommandations pour :

- i) mieux aligner des mandats et des capacités des acteurs de la gouvernance de la santé mondiale sur les fonctions essentielles de cette gouvernance, au niveau mondial, régional et national ;
- ii) améliorer la coordination et la prise de décisions afin de renforcer la collaboration, la responsabilisation et la cohérence au niveau mondial, régional et national ;
- iii) aligner le financement sur les priorités nationales, régionales et mondiales afin de promouvoir l'autonomie nationale et d'assurer un soutien durable et prévisible aux biens de santé publique mondiaux et aux fonctions régionales.

7. Le **champ d'application** du processus conjoint inclura les fonctions essentielles de santé mondiale : l'établissement de normes, d'orientations techniques et de critères ; les données, le suivi et les connaissances ; la surveillance et la sécurité sanitaire ; l'innovation en matière de produits et leur accès ; la coopération pour le développement en faveur de la santé (y compris le renforcement des systèmes nationaux de santé pour faire progresser la résilience et parvenir à la couverture sanitaire universelle) ; et l'intervention face aux situations d'urgence humanitaire. Le processus ne proposera ni de révisions des mandats institutionnels, ni de fusions ou de consolidations spécifiques relevant de l'autorité des organes de gouvernance concernés et ne traitera pas des approches spécifiques à certaines maladies ou interventions.

8. Dans le cadre du processus conjoint, dans un premier temps des **documents** seront élaborés et rassembleront les options et recommandations proposées pour examen par le Conseil exécutif de l'OMS ainsi que les organes directeurs des organisations partenaires, le cas échéant, puis un **rapport final** sera soumis à l'Assemblée de la Santé. Une feuille de route proposée pour la mise en œuvre figurera dans le rapport final.

Gouvernance et mise en place du processus

9. Le processus conjoint sera régi par l'Assemblée de la Santé, d'autres organes directeurs de l'OMS, ainsi que les organes directeurs des organismes des Nations Unies et des institutions œuvrant dans le domaine de la santé mondiale concernées, dans chaque cas conformément à leurs mandats, dispositions en matière de gouvernance et autorités décisionnelles respectifs. Les

décisions finales relatives aux recommandations seront examinées lors de la Quatre-Vingtième session de l'Assemblée mondiale de la Santé et communiquées aux instances politiques concernées.

10. **Un groupe spécial conjoint sur la réforme l'architecture de la santé mondiale** poursuivra les trois objectifs du processus conjoint, avec le soutien d'un secrétariat dédié au groupe spécial. Le groupe spécial examinera les options et recommandations pour chacun des objectifs en fonction : des résultats des processus de réforme récents et en cours ; des analyses supplémentaires, le cas échéant ; des consultations avec l'ensemble des États Membres de l'OMS ; et des points de vue des parties prenantes concernées. Le groupe spécial collaborera avec l'Initiative ONU80, l'Agenda de Lusaka, le panel de haut niveau sur la réforme de l'architecture de la santé mondiale de l'Initiative « Accra Reset », le Comité ministériel africain de haut niveau sur la réforme de l'architecture de la santé mondiale, ainsi que la Commission de la société civile de l'OMS et le Conseil des jeunes de l'OMS.

11. Le groupe spécial collaborera avec les **organes directeurs de l'OMS et les organisations participantes** dès le début du processus conjoint, lors de la présentation de son rapport intérimaire (novembre 2026), et, en avril 2027, avant la soumission d'un rapport final à l'Assemblée mondiale de la Santé. Ces échanges favoriseront l'alignement, la transparence et la compréhension mutuelle, sans préjuger des décisions des organes compétents.

12. Dans le cadre de l'objectif i), les prestations du **groupe spécial** devraient inclure des clarifications quant aux fonctions de l'architecture de la santé mondiale par niveau et selon les capacités et les mandats pertinents des principaux acteurs, assortis d'options pour traiter les chevauchements et combler les lacunes. L'objectif ii) visera à fournir une vue d'ensemble des mécanismes actuels de gouvernance et de collaboration concernant l'architecture de la santé mondiale, avec des options pour améliorer la coordination et la prise de décisions à tous les niveaux. L'objectif iii) consistera à fournir des informations générales sur les principaux flux de financement existants eu égard à l'architecture de la santé mondiale, avec des options destinées à améliorer le soutien aux plans et budgets nationaux, aux transitions de l'aide nationale, ainsi qu'aux fonctions clés régionales et mondiales de l'architecture de la santé mondiale. Dans l'exercice de son mandat, le groupe spécial pourrait créer des groupes de travail à durée limitée ou d'autres dispositifs, selon qu'il conviendra, et s'appuyer sur des analyses externes ou des partenariats, en particulier avec la société civile, pour soutenir ses travaux axés tant sur la réalisation des objectifs que sur les fonctions essentielles de la santé mondiale.

13. Le groupe spécial conjoint comptera 25 membres, dont 14 seront des représentants/tes des États Membres de l'OMS, à raison de deux par Région de l'OMS, ainsi que deux membres supplémentaires issus des Régions qui assurent la coprésidence. Par ailleurs, il comprendra cinq représentants/tes d'initiatives œuvrant dans le domaine de la santé mondiale (Gavi, l'Alliance du Vaccin ; le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ; la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies, Unitaïd et le Fonds de lutte contre les pandémies) ; jusqu'à quatre représentants/tes d'organismes des Nations Unies ; d'un(e) représentant/te de la Banque mondiale ; d'un(e) représentant/te d'une organisation régionale de santé. En ce qui concerne la désignation des représentants/tes des États Membres, il est entendu que les groupes régionaux se concerteront et soumettront au Secrétariat les noms de deux pays par Région, en tenant dûment compte des pays à revenu faible ou intermédiaire, d'ici au 31 juillet 2026. Les groupes régionaux s'accorderont également entre eux sur les coprésidents/tes d'ici à cette même date. Les représentants/tes des initiatives de santé mondiale, des organismes des Nations Unies, de la Banque mondiale et d'une organisation régionale de santé participeront au niveau principal ou

adjoint. L'organisation régionale de santé désignera son/sa propre représentant/te. Le groupe spécial fonctionnera sur la base du consensus ; et si le consensus ne peut être obtenu, la recommandation soutenue par la majorité des représentants/tes des États Membres sera favorisée, et les opinions dissidentes seront recueillies en vue de faciliter l'examen et la prise de décisions par les mécanismes respectifs de gouvernance, selon qu'il conviendra.

14. Le Secrétariat de l'OMS assurera la coordination et fournira un soutien logistique, établira une synthèse des différentes contributions, élaborera des documents et des résultats, commandera des analyses supplémentaires selon les besoins et facilitera le partage d'informations ainsi que la collaboration avec les parties prenantes.

Participation des parties prenantes

15. **Tous les États Membres** participeront au processus conjoint grâce à l'organisation de séances d'information ou de consultations mensuelles afin de garantir que l'ensemble des perspectives nationales éclaire les progrès, l'évolution des options et les recommandations potentielles du groupe spécial. La **Commission de la société civile de l'OMS et le Conseil des jeunes de l'OMS** seront également impliqués lors de réunions régulières.

16. **Les groupes de parties prenantes** incluront la société civile, la jeunesse, les communautés touchées et les populations ayant une expérience vécue, des organismes des Nations Unies et des institutions financières internationales ; des groupes de coopération régionaux ; des experts techniques et du milieu universitaire ; des donateurs et des organismes philanthropiques ; des organisations internationales non gouvernementales ou militantes ; des associations du secteur privé ; des partenariats pour la mise au point de produits ; d'associations professionnelles ; et des secteurs liés à la santé. Ces groupes seront sollicités régulièrement à chaque étape du processus, par le biais d'appels à commentaires écrits, de consultations régionales, de dialogues thématiques, de tables rondes d'experts ou de séances de collaboration dédiées.

17. Les consultations des parties prenantes seront organisées conformément au Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, le cas échéant, et aux cadres de collaboration applicables des organisations participantes.

Calendrier et phases

18. Le processus conjoint est conçu comme une initiative limitée à une année, comportant les quatre phases ci-après :

- i) **Phase I – Mise en place (juin-juillet 2026)** : création du processus conjoint, y compris la constitution du groupe spécial conjoint et du secrétariat, la collaboration avec les conseils directeurs concernés, ainsi que la réalisation de la cartographie et de la synthèse initiales des informations existantes.
- ii) **Phase II – Cartographie et options (août-octobre 2026)** : élaboration des options initiales pour les trois objectifs, aboutissant au rapport intérimaire des conseils directeurs conjoints qui prend en compte les décisions pertinentes de l'Initiative ONU80⁵ ainsi que les conclusions issues de processus nouveaux ou en cours, notamment le panel de haut niveau

⁵ En particulier celles en lien avec la santé dans les domaines suivants : l'expertise à la demande, le pacte humanitaire, la reconfiguration des équipes de pays des Nations Unies, la réinitialisation régionale, ainsi que les fusions et intégrations pertinentes.

sur la réforme de l'architecture de la santé mondiale « Accra Reset » et l'étude du Réseau d'évaluation de la performance des organisations multilatérales (MOPAN) sur les mandats institutionnels.⁶

iii) **Phase III** – Examen par le conseil directeur (novembre 2026-février 2027) : examen des options et des recommandations issues du rapport intérimaire conjoint des conseils directeurs par les organes directeurs concernés, parallèlement à la participation des parties prenantes.

iv) **Phase IV** – Finalisation (mars-mai 2027) : consolidation des recommandations révisées, débouchant sur un rapport final pour examen par les organes directeurs concernés puis par l'Assemblée de la Santé.

19. Le rapport final comprendra des dispositions proposées pour coordonner, suivre et évaluer la mise en œuvre de la feuille de route, ainsi que le soutien à d'autres réformes, après la Quatre-Vingtième Assemblée de la Santé.

20. La Figure à l'appendice présente les délais indicatifs, les prestations clés et les activités pour chaque phase.

Incidences sur le plan des ressources

21. Le processus est conçu pour être économe en ressources, utilisant au maximum des analyses, plateformes et processus existants et s'appuyant sur des modalités hybrides pour faciliter la collaboration. Des ressources dédiées seront nécessaires pour le secrétariat du groupe spécial conjoint, le travail analytique et les consultations, et pour soutenir la participation des groupes clés de parties prenantes qui, autrement, ne pourraient pas participer.

Gestion des risques

22. Parmi les principaux risques associés au processus conjoint figurent notamment une participation inégale des pays et des parties prenantes, en particulier issues des milieux à revenu faible ou intermédiaire, de la société civile et des populations touchées ; une participation limitée des initiatives de santé mondiale et des organes directeurs du fait de priorités concurrentes ; de contraintes en matière de ressources qui ont un impact sur une collaboration soutenue ; et de perturbations résultant d'événements majeurs de santé mondiale ou humanitaires. Ces risques seront atténués moyennant une sensibilisation proactive, un soutien, en particulier pour les pays à revenu faible ou intermédiaire, à l'aide d'une conception, d'un enchaînement et d'une gestion soigneuses des processus du groupe spécial, ainsi qu'une participation précoce et proactive des initiatives de santé mondiale. Selon qu'il conviendra, les forums régionaux serviront à soutenir une collaboration continue ainsi que la continuité.

23. Les mesures adaptées pour identifier et gérer les **conflits d'intérêts** potentiels comprendront notamment de la transparence concernant les rôles et intérêts institutionnels, une distinction claire entre les responsabilités analytiques et décisionnelles, ainsi que le respect des politiques applicables, y compris le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques.

⁶ MOPAN Insights on [Multilateral Effectiveness in Global Health](#) (consulté le 5 mai 2026).

Appendice

Figure. Processus conjoint sur la réforme de l’architecture de la santé mondiale – calendriers indicatifs, prestations et activités par phase


