

REIMAGINING GLOBAL HEALTH REFORM IN THE ASIA PACIFIC: Nationally Designed, Regionally Coordinated, and Globally Aligned

FINAL REPORT



PMAC | STRATEGIC
INSTITUTE



Saw Swee Hock
School of Public Health



清华大学
Tsinghua University

This document and its contents are prepared from the
Asia Pacific Regional Dialogue on Global Health Reform

AVANT-PROPOS DU STRATEGIC COUNCIL

Le Dialogue Asie-Pacifique est peut-être le plus complexe des cinq dialogues régionaux du Wellcome Trust. Notre région est un extraordinaire patchwork de systèmes politiques et sanitaires, où cohabitent vastes démocraties fédérales et minuscules nations insulaires, couverture de santé universelle avancée et systèmes encore aux prises avec des réformes de base. La région compte par ailleurs différentes plateformes de santé mondiale dotées de mécanismes de gouvernance uniques. Si elle n'est pas sans poser des problèmes, cette diversité est une formidable occasion de tirer de précieuses leçons. En dépit de traditions politiques et de systèmes de santé très hétérogènes, les représentants de sous-régions telles que l'Asie du Sud, l'Asie du Sud-Est, l'Extrême-Orient et l'Océanie se sont accordés sur plusieurs priorités importantes, démontrant que même une région aussi contrastée que la nôtre peut se fixer des objectifs communs.

Engagé par le Consortium PMAC – formé de l'International Health Policy Program Foundation de Thaïlande et des écoles de santé publique Saw Swee Hock de l'université nationale de Singapour et Vanke de l'université Tsinghua de Chine –, ce Dialogue a été guidé exclusivement par de jeunes leaders émergents du domaine de la santé mondiale issus de ces organisations, ce qui témoigne de la volonté de donner la parole aux dirigeants du futur.

Le Dialogue a réuni anciens ministres de la Santé, décideurs politiques de haut niveau, représentants de l'OMS, organisations financières régionales et nationales, société civile, universitaires, secteur privé, agences de l'ONU, banques de développement et partenaires de développement clés, conformément à l'engagement d'élaboration multisectorielle de la santé publique mondiale.

L'Asie-Pacifique a tous les atouts en main pour écrire le prochain chapitre de la santé mondiale, qu'il s'agisse du talent, de la technologie ou d'organismes de financement tels que la JICA et la Banque asiatique de développement, qui œuvrent à un progrès responsable à long terme. Dans le cadre du Consortium PMAC, ce Dialogue n'est pas un simple échange, mais un effort commun visant à concrétiser le monde que nous appelons de nos vœux.

L'heure est venue de comprendre nos priorités sanitaires partagées pour la région Asie-Pacifique, de bâtir notre savoir collectif et de travailler main dans la main, avec assurance et confiance, afin de créer un futur plus juste, plus sain et plus durable pour tous.

***Margaret Chan**, école de santé publique Vanke de l'université Tsinghua*

***Soumya Swaminathan**, M S Swaminathan Research Foundation*

***Viroj Tangcharoensathien**, International Health Policy Program Foundation*

***Yik Ying Teo**, école de santé publique Saw Swee Hock de l'université nationale de Singapour*

***Suwit Wibulpolprasert**, Prince Mahidol Award Conference Strategic Institute*

REMERCIEMENTS

Le présent rapport est le fruit d'un projet financé par le Wellcome Trust. Il a été rédigé par (en ordre alphabétique) : Dorothy Boyle, Margaret Chan, Tashi Chozom, Indira Dewi Kantiana, Aprajita Kaushik, Divya Lakhotia, Angkana Lekagul, Harvy Joy Canlas Liwanag, Jing Ting Ng, Kiesha Prem, Afifah Rahman-Shepherd, Aluquin Dominique Anne Suratos, Soumya Swaminathan, Kun Tang, Viroj Tangcharoensathien, Yik Ying Teo, Jasper Tromp, Suwit Wibulpolprasert et Ivy Yuan Yuan Zou.

Avant toute chose, nous tenons à remercier tous les participants à l'enquête, aux entretiens avec les informateurs clés, aux groupes de discussion et à la réunion de trois jours à Singapour. C'est sur leur vision, leur énergie et leurs idées que se fonde ce rapport.

Nous sommes en outre extrêmement reconnaissants à Jieun Lee, Ji Heon Kim, Sreymom Oy, Nathalie En Dan Ang, Kullaya Petchkanokpraw, Waraporn Pongkantha et Oranicha Khamprapa pour le soutien fourni durant la réunion.

Le Wellcome Trust a apporté son soutien à ce rapport, mais ne partage pas nécessairement les avis qui y sont exprimés.

FORMAT DE CITATION SUGGÉRÉ

D. Boyle, M. Chan, T. Chozom *et al.* 2025. Repenser la réforme de la santé mondiale dans la région Asie-Pacifique : élaboration nationale, coordination régionale et alignement mondial. Thaïlande, Bangkok : PMAC Institute

Liste des sigles et des acronymes

BAD	Banque asiatique de développement
AP-GHRC	Coalition Asie-Pacifique pour la réforme de la santé mondiale (<i>de l'anglais « Asia Pacific Global Health Reform Coalition »</i>)
APEC	Coopération économique pour l'Asie-Pacifique (<i>de l'anglais « Asia-Pacific Economic Cooperation »</i>)
ASEAN	Association des nations de l'Asie du Sud-Est (<i>de l'anglais « Association of Southeast Asian Nations »</i>)
OSC	Organisation de la société civile
GD	Groupe de discussion
GAVI	Alliance du vaccin (<i>de l'anglais « Global Vaccine Alliance »</i>)
FVC	Fonds vert pour le climat
EEC	Évaluation externe conjointe
KII	Entretien avec des informateurs clés (<i>de l'anglais « Key Informant Interview »</i>)
S&E	Suivi et évaluation
ONG	Organisation non gouvernementale
APD	Aide publique au développement
PIANGO	Association des organisations non gouvernementales des îles du Pacifique (<i>de l'anglais « Pacific Islands Association of Non-Governmental Organisations »</i>)
PIFS	Secrétariat du Forum des îles du Pacifique (<i>de l'anglais « Pacific Islands Forum Secretariat »</i>)
ODD	Objectifs de développement durable
CPS	Communauté du Pacifique
ONU	Organisation des Nations Unies
CESAP	Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population (<i>de l'anglais « United Nations Population Fund »</i>)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance (<i>de l'anglais « United Nations Children's Fund »</i>)
OMS	Organisation mondiale de la Santé
WPRO	Bureau régional du Pacifique occidental (<i>de l'anglais « Western Pacific Regional Office »</i>) de l'OMS

Résumé analytique

Le Dialogue Asie-Pacifique sur la réforme de la santé mondiale a réuni un éventail de parties prenantes de 25 pays à l'occasion d'un processus de consultation de quatre mois, afin de définir l'architecture de la santé mondiale telle que la conçoit la région. Financé par le Wellcome Trust dans le cadre d'une série de cinq dialogues régionaux sur la réforme de la santé mondiale, ce Dialogue mené à Singapour a mobilisé gouvernements, organisations multilatérales, société civile, universitaires, organismes philanthropiques et secteur privé au travers d'une revue des données probantes, d'une cartographie des parties prenantes, d'entretiens, d'une enquête régionale, de groupes de discussion et d'une méthode Delphi modifiée. Il a débouché sur un ensemble coordonné de recommandations visant à la création d'une architecture de la santé mondiale fondée sur les principes d'élaboration nationale, de coordination régionale et d'alignement mondial.

Si les fonctions normatives et collaboratives de l'architecture actuelle sont valables, leur mise en œuvre pratique reste ardue, et les autres fonctions ne répondent pas suffisamment aux besoins et priorités de la région Asie-Pacifique. Le pouvoir décisionnaire est toujours largement aux mains des pays à revenu élevé. L'aide s'est avérée peu efficace, les priorités fixées par les bailleurs ayant dénaturé les programmes de santé nationaux et perpétué la dépendance. Asymétriques, les mécanismes de redevabilité se focalisent bien davantage sur la performance des bénéficiaires que sur celle des bailleurs. La fragmentation du financement entraîne des redondances et alourdit le fardeau administratif. À l'échelon national, la déficience des processus d'établissement des priorités et la corruption sapent la légitimité des investissements dans la santé. Ces défaillances ne doivent rien au hasard : elles sont le reflet des défauts de conception fondamentaux d'une architecture bâtie pour une ère révolue.

Le Dialogue propose six réformes intégrées de la gouvernance et du financement, fruit d'une vaste consultation avec les parties prenantes de toute la région. Les réformes de la gouvernance cherchent à établir des plateformes multisectorielles nationales chargées de fixer des priorités fondées sur des données probantes, en tenant compte des voix marginalisées ; à créer des systèmes efficaces de suivi et d'évaluation contraignant bailleurs, gouvernements et responsables de la mise en œuvre à rendre des comptes aux communautés ; et à bâtir des plateformes de coordination régionales dédiées ayant pour mission d'harmoniser les efforts et de renforcer les revendications collectives. Les réformes du financement ont pour but de remédier à la fragmentation des investissements multibailleurs dans les biens publics mondiaux et régionaux ; d'aligner les mécanismes de financement sur les priorités nationales grâce à la participation équitable des pays bénéficiaires à la gouvernance ; et d'appuyer la transition de la dépendance aux bailleurs à un investissement intérieur durable en augmentant les budgets alloués à la santé, au renforcement des capacités techniques et à la planification de la transition.

Trois voies pratiques concrétisent cette vision : institutionnalisation des plateformes de coordination nationales et financement des transitions au sein des structures gouvernementales existantes ; établissement de mécanismes de coordination et de bibliothèques de données sous-régionaux, organisés autour de trois canaux (bailleurs, aspects techniques et communautés) ; création d'un mécanisme de gouvernance régional à travers la Coalition Asie-Pacifique pour la réforme de la santé mondiale proposée et l'échange numérique des connaissances.

Dans la région Asie-Pacifique, la réforme de la santé mondiale passe par la création d'une architecture fondée sur les principes d'élaboration nationale, de coordination régionale et d'alignement mondial, et va au-delà de simples recommandations techniques. Elle est l'expression des voix régionales forgeant un consensus régional, de la variété des parties prenantes créant une vision commune et de la volonté de la région Asie-Pacifique de participer à la réforme de la santé mondiale, au lieu de réagir aux décisions prises ailleurs dans le monde.

Sommaire

I.	Introduction	1
II.	Méthodes	1
III.	L'architecture aujourd'hui : aspects positifs et négatifs en Asie-Pacifique	2
IV.	Propositions de réforme de l'architecture de la santé mondiale	4
A.	Propositions de réforme de la gouvernance (G1-3)	4
	G1. Promouvoir l'établissement de priorités multisectorielles, fondées sur des données probantes et guidées par les communautés	4
	G2. Établir des systèmes nationaux et régionaux de S&E imposant à tous les acteurs de rendre des comptes	5
	G3. Différencier les mandats institutionnels pour améliorer la gouvernance régionale	6
B.	Propositions de réforme du financement (F1-3)	7
	F1. Soutenir une transition responsable de la dépendance aux bailleurs vers le financement intérieur durable	7
	F2. Aligner les mécanismes de financement sur les priorités établies au niveau national	8
	F3. Coordonner le financement aujourd'hui fragmenté des biens publics mondiaux et régionaux	8
V.	Voies de réforme identifiées	9
A.	Plateformes nationales de coordination de l'établissement des priorités et de la transition du financement	9
B.	Mécanismes sous-régionaux de coordination et de redevabilité	10
C.	Architecture régionale de la gouvernance et du savoir	11
VI.	Mesures ultérieures proposées	12
VII.	Considérations finales	13

I. Introduction

Financée par le Wellcome Trust dans le cadre d'une série de cinq dialogues régionaux sur la réforme de la santé mondiale, cette initiative avait trois objectifs : identifier des priorités régionales communes concernant les fonctions et les formes de l'architecture ; dégager des principes guidant les changements nécessaires ; et tracer des voies de réforme réalistes aux niveaux international, régional, sous-régional et national. Le Dialogue a délibérément réuni un éventail d'acteurs – gouvernements, organisations multilatérales, plateformes régionales, monde universitaire, société civile, organismes philanthropiques et secteur privé – pour veiller à recueillir des perspectives représentatives et exploitables. Des partenaires de l'ensemble de l'Asie-Pacifique se sont lancés dans un processus de consultation de quatre mois combinant revue des données probantes, cartographie des parties prenantes, entretiens, enquête régionale, groupes de discussion et méthode Delphi modifiée. Le Dialogue a proposé une architecture de la santé mondiale fondée sur les principes d'élaboration nationale, de coordination régionale et d'alignement mondial, dans laquelle l'Asie-Pacifique participe aux réformes au lieu de se contenter d'y réagir. Ce rapport subdivise les enseignements du Dialogue en quatre volets : (1) aperçu de l'architecture actuelle de la santé mondiale ; (2) ensemble de propositions de réforme de la gouvernance et du financement ; (3) ensemble de voies de réforme intégrées ; et (4) mesures ultérieures visant à préserver l'élan.

II. Méthodes

Le Dialogue a adopté une approche en deux phases pour encourager une variété de parties prenantes de 25 pays d'Asie-Pacifique à développer une position collective concernant la réforme de la santé mondiale. Ensemble, la phase I (août-octobre 2025) et la phase II (novembre 2025) comprenaient les activités suivantes :

1. **Revue rapide de la littérature** : pour comprendre l'architecture actuelle de la santé mondiale, notamment les mécanismes existants de gouvernance et de financement ainsi que les difficultés et opportunités de réforme.
2. **Cartographie systématique des parties prenantes** : pour identifier les participants aux activités des projets.
3. **Entretiens avec des informateurs clés (KII)** : pour obtenir les éclairages approfondis d'une variété de parties prenantes sur les propositions et voies de la réforme de la santé mondiale.
4. **Groupes de discussion (GD)** : pour faciliter le dialogue entre les groupes de parties prenantes et dégager les domaines initiaux de convergence et de divergence.
5. **Enquête en ligne** : pour capturer l'opinion des acteurs d'Asie-Pacifique sur les défis actuels de l'architecture de la santé mondiale ainsi que sur les propositions et voies potentielles de réforme.
6. **Réunion** : événement présentiel de trois jours tenu à Singapour pour favoriser la recherche d'un consensus à l'aide d'une méthode Delphi modifiée.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants aux diverses activités du Dialogue

Caractéristiques	KII et GD	Enquête en ligne	Réunion
Sous-région			
- Asie du Sud	12 (27 %)	39 (18 %)	12 (23 %)
- Asie du Sud-Est	15 (33 %)	81 (36 %)	24 (46 %)

Caractéristiques	KII et GD	Enquête en ligne	Réunion
- Extrême-Orient	9 (20 %)	19 (9 %)	10 (19 %)
- Pacifique	8 (18 %)	25 (11 %)	6 (12 %)
- Autre	1 (2 %)	58 (26 %)	0 (0 %)
Type de partie prenante			
- Gouvernement ou multilatérale	20 (44 %)	32 (14 %)	23 (44 %)
- Recherche ou monde universitaire	12 (27 %)	93 (42 %)	11 (21 %)
- Secteur commercial	1 (2 %)	24 (11 %)	2 (4 %)
- Secteur sans but lucratif ¹ ou société civile	12 (27 %)	73 (33 %)	16 (31 %)
Total	45	222	52

¹ Comprend les partenaires de développement et les organismes philanthropiques.

III. L'architecture aujourd'hui : aspects positifs et négatifs en Asie-Pacifique

Le Dialogue a montré que l'architecture actuelle de la santé mondiale possède une série de points forts :

1. **Rôle de l'OMS en tant qu'organisme normatif** : les participants ont reconnu le besoin de disposer d'un organisme international unique doté de l'autorité et de la légitimité nécessaires pour établir des normes et des directives techniques. Les participants estimaient que la fonction normative de l'OMS était un atout de l'architecture existante et approuvaient en général la poursuite de son rôle.
2. **Collaboration transnationale et apprentissage mutuel** : les institutions de santé mondiales et régionales sont parvenues à nouer des collaborations indépendantes des intérêts des différents gouvernements nationaux, mettant en place des plateformes d'apprentissage mutuel et de partage des connaissances. Cette fonction transnationale permet aux pays de petite taille ou pauvres en ressources de bénéficier d'une expertise et de normes mondiales qu'ils auraient du mal à développer indépendamment à l'échelon national.
3. **Partenariats multipartites et modèles de financement mixte** : les participants ont souligné que les partenariats multipartites réunissant organismes philanthropiques, secteur privé et capitaux commerciaux avaient ménagé de précieux espaces d'innovation en matière de financement de la santé. Les modèles de financement mixte, dans lesquels des organismes philanthropiques atténuent les risques des investissements pour attirer davantage de fonds privés, ont permis d'obtenir les données probantes nécessaires à l'adhésion des gouvernements et à la transition ultérieure vers le financement public.
4. **Modèles collaboratifs de financement commun** : les participants ont noté que les mécanismes de financement commun, comme le Fonds mondial, avaient donné à une variété de parties prenantes la possibilité de s'engager à des niveaux auparavant inenvisageables, amenant des acteurs non gouvernementaux à s'investir dans des initiatives transrégionales stratégiques.
5. **La santé fait de plus en plus figure de priorité collective** : davantage d'importance lui est accordée dans les débats politiques internationaux, régionaux et nationaux, et des

engagements durables ont été pris pour relever des défis majeurs en matière de santé. La place de choix qu'occupe la santé dans les campagnes électorales et les programmes politiques des différents pays ainsi que l'allocation durable, malgré les contraintes fiscales plus larges, de ressources tant publiques que philanthropiques au secteur de la santé au fil des ans témoignent de la priorité accrue qui lui est donnée. Ensemble, ces tendances suggèrent que la santé reste prépondérante dans l'élaboration des politiques et la mobilisation des ressources, ce qui souligne son statut bien ancré de priorité partagée.

Le Dialogue a d'autre part mis en évidence les faiblesses suivantes de l'architecture actuelle de la santé mondiale :

1. **Prise de décision contrôlée par les pays du Nord** : le pouvoir décisionnel, les ressources et les capacités techniques restent concentrés dans les pays à revenu élevé. Ce phénomène se répercute sur les programmes de santé des pays du Sud, notamment en matière de décisions de financement, d'assistance technique et d'initiatives de renforcement des capacités, ce qui accentue les asymétries de pouvoir et entrave l'appropriation nationale.
2. **Priorités imposées par les bailleurs** : les mécanismes de financement contrôlés par les bailleurs peuvent nuire aux priorités sanitaires nationales, accroître le fardeau administratif et entraîner une répétition du travail technique, à cause de la multiplication des initiatives. En raison de la dépendance à l'aide publique au développement (APD) et aux subventions des autres bailleurs, les discours et les modalités de financement sont dominés par les bailleurs, ce qui renforce la subordination des pays bénéficiaires et entrave le développement d'un financement durable de la santé au niveau national. Ce phénomène exacerbe les divergences entre les priorités de santé des pays et la volonté des bailleurs.
3. **Division floue des responsabilités** : le chevauchement des mandats des acteurs de la santé mondiale, par exemple entre le siège, les sites régionaux et les bureaux nationaux de l'OMS, cause des redondances et une réactivité insuffisante aux priorités nationales. Les attributions d'organismes régionaux tels que la Communauté du Pacifique (CPS) et l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est (ASEAN) ne sont pas suffisamment développées pour impulser les programmes de santé régionaux ni représenter efficacement les priorités régionales.
4. **Mécanismes de redevabilité déficients** : la faiblesse des mécanismes de redevabilité sape la confiance entre pays bailleurs, nations bénéficiaires et agences de mise en œuvre. Le système actuel ne permet pas de vérifier efficacement que les engagements se traduisent en action, que les ressources sont dépensées comme prévu et que le progrès est mesuré en toute transparence. Cette redevabilité insuffisante renforce les déséquilibres de pouvoir. Les pays bailleurs et les organismes de financement multilatéraux ne sont soumis qu'à une supervision minimale quant aux fonds promis, au respect des délais ou à la prise en compte des priorités des pays bénéficiaires. En matière de redevabilité, ces derniers ont en revanche de nombreuses obligations envers les bailleurs. Un manque de confiance s'est donc installé entre les pays bailleurs et bénéficiaires, entre les pays bénéficiaires se disputant des ressources limitées et entre les organisations multilatérales censées coordonner les efforts en faveur de la santé mondiale.
5. **Contraintes à l'échelon national** : au niveau national, la prise de décision populiste et court-termiste ainsi que les fuites liées à la corruption compromettent l'efficacité et la durabilité des investissements dans la santé, en érodant la crédibilité et la légitimité du processus d'établissement des priorités. L'absence d'évaluation indépendante ne fait

qu'exacerber ces difficultés.

IV. Propositions de réforme de l'architecture de la santé mondiale

Le Dialogue a révélé qu'une réforme efficace passe tant par l'innovation que par l'optimisation. Si certaines propositions recommandent de nouveaux mécanismes, la majorité a pour but de renforcer les structures existantes dont le potentiel est sous-exploité en raison d'un manque de ressources, d'attributions trop étroites ou d'une mauvaise coordination. Cette approche pragmatique reflète les priorités régionales : consolider ce qui fonctionne, réparer ce qui ne fonctionne pas et bâtir de nouvelles capacités uniquement là où les lacunes sont manifestes. Cette section synthétise les fonctions, les formes et les catalyseurs¹ priorisés durant le Dialogue. Les propositions de réforme constituent des ensembles intégrés, qui sont opérationnalisés via les trois voies de réforme décrites à la section V.

A. Propositions de réforme de la gouvernance (G1-3)

Trois réformes de la gouvernance portent sur le décalage entre les processus d'établissement des priorités, les lacunes de redevabilité entre bailleurs et bénéficiaires, et le besoin d'une meilleure coordination entre niveaux grâce à des investissements supplémentaires dans la collaboration régionale et sous-régionale.

G1. Promouvoir l'établissement de priorités multisectorielles, fondées sur des données probantes et guidées par les communautés

La prise de décision populiste et court-termiste ainsi que la corruption compromettent tant la crédibilité (fondation sur les preuves) que la légitimité (large soutien) des investissements dans la santé en Asie-Pacifique.

- **Fonction** : permettre aux pays d'établir des priorités sanitaires à la fois pertinentes au niveau national et coordonnées pour en faire des priorités régionales communes. Les priorités doivent être crédibles et légitimes, fondées sur des données scientifiques et fixées avec la participation active du gouvernement, de la société civile, du secteur privé et des communautés, y compris les jeunes, les peuples autochtones, les personnes porteuses de handicaps et les autres groupes confrontés aux inégalités de santé.
- **Forme** : plateformes nationales et/ou sous-régionales réunissant les secteurs de la santé et autres (p. ex. finance, environnement) et structurant la participation inclusive du gouvernement, du secteur privé, du monde universitaire et de la société civile en vue d'identifier les priorités nationales en matière de santé, qui contribuent ensuite à déterminer des priorités sanitaires régionales communes (Encadré 1).
- **Catalyseur 1 : leadership politique et technique robuste aux niveaux national et régional.** Cela suppose d'identifier et de cultiver des champions de la santé mondiale, notamment des décideurs politiques et des experts techniques, en particulier dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire et dans les petits États insulaires, pour articuler et défendre avec confiance leurs priorités dans des forums régionaux et internationaux, en vue de rééquilibrer la dynamique du pouvoir.
- **Catalyseur 2 : centres de connaissances régionaux et sous-régionaux** collectant des données sur les meilleures pratiques à des fins d'apprentissage transsectoriel et entre pays, soutenus par des organisations internationales existantes telles que l'OMS, le Fonds

¹ La fonction a trait à ce que la réforme doit accomplir. La forme se rapporte à la façon dont la réforme doit être structurée. Un catalyseur est une condition, une ressource, une capacité ou un facteur politique permettant à la forme de fonctionner correctement.

mondial ou la Banque mondiale, des organisations régionales telles que la BAD, l'ASEAN et la CPS, ou des établissements universitaires.

- **Catalyseur 3 : mécanismes de participation officiels pour les acteurs marginalisés.** De nombreux acteurs marginalisés sont sous-représentés dans les espaces de prise de décision, ce qui compromet les processus d'établissement des priorités. Les structures de gouvernance doivent incorporer des mécanismes concrets et officiels de participation de la société civile afin d'éliminer l'ambiguïté et d'éviter un engagement purement symbolique, en attribuant un rôle clair à la société civile, en fournissant des procédures et un processus continu de consultation et en établissant des mécanismes de feed-back transparents permettant de déterminer si les voix de la société civile sont entendues et prises en compte comme il se doit.

Encadré 1 : exemple de modèle de gouvernance inclusive

La National Health Assembly de Thaïlande réunit chaque année plus de 300 participants issus du secteur public, du monde universitaire, de la société civile et du secteur privé afin de fixer des priorités de santé à travers un dialogue structuré. Tout citoyen peut proposer des thèmes à inclure dans l'ordre du jour. Cette assemblée formule des résolutions de politiques sur des sujets allant du contrôle du tabac à la santé des migrants, qui ont une valeur légale lors de leur soumission à la National Health Commission et au cabinet. Depuis 2008, elle a montré comment des plateformes multisectorielles institutionnalisées peuvent permettre une fixation des priorités à la fois fondée sur des données probantes et bénéficiant d'une large légitimité. Un tel mécanisme peut être appliqué aux plateformes sous-régionales/régionales afin d'identifier des difficultés régionales communes dans le domaine de la santé.

G2. Établir des systèmes nationaux et régionaux de S&E imposant à tous les acteurs de rendre des comptes

Les systèmes actuels de suivi et d'évaluation (S&E) surveillent principalement la performance des pays bénéficiaires à la lumière des objectifs des bailleurs. Il n'existe pas de systèmes équivalents pour confronter la performance des bailleurs aux objectifs des pays. Cette redevabilité asymétrique perpétue les déséquilibres de pouvoir.

- **Fonction** : imposer aux acteurs de rendre des comptes sur leurs engagements en matière de santé mondiale, en veillant à ce que ces engagements se traduisent en actions, que les ressources soient utilisées à bon escient, que les progrès soient mesurés et communiqués de façon transparente, et que ces progrès bénéficient aux communautés.
- **Forme** : mécanismes parallèles de suivi et d'évaluation dotés d'indicateurs clairement définis axés sur l'équité. Une combinaison d'autoévaluation, d'examen par les pairs et d'évaluation externe indépendante comptant sur la participation active de la communauté est nécessaire (voir Encadré 2). Les mécanismes de redevabilité doivent être incorporés aux plateformes d'établissement des priorités (voir G1) afin d'assurer une supervision constante et un apprentissage partagé dès le départ.
- **Catalyseur 1 : un groupe de travail régional, multipartite et multisectoriel consacré à la réforme** et composé de champions identifiés offrira la structure opérationnelle voulue pour guider le programme de réforme régional, développer un cadre de collaboration régional et en surveiller la mise en œuvre.

Encadré 2 : mécanisme de conformité parallèle s'appuyant sur une participation multipartite et multisectorielle

Le cadre **Healthy Islands Monitoring Framework** constitue un modèle solide pour le Pacifique, assorti d'indicateurs obligatoires clairement définis, de matrices de redevabilité, de responsabilités et de rôles

précis, et d'un processus d'examen externe dirigé par la CPS et l'OMS. Toutefois, s'il fournit une supervision technique et politique structurée, il n'incorpore à ce jour aucun mécanisme participatif de redevabilité : les communautés, la société civile et les groupes marginalisés ne sont pas encore officiellement inclus dans ce processus d'examen.

La **Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique (CESAP) de l'ONU** a exploré des mécanismes participatifs de redevabilité pour les ODD (comme l'examen par les pairs et l'examen indépendant) qui, s'ils ne sont pas spécifiques à la santé, peuvent constituer un précieux modèle pour la gouvernance de la santé mondiale.

Le processus d'**évaluation externe conjointe** du Règlement sanitaire international est un modèle d'évaluation externe volontaire des capacités de sécurité sanitaire qui complète l'autodéclaration ; il ne prévoit toutefois pas d'évaluation externe indépendante (prenant par exemple la forme d'un comité de conformité indépendant ou d'une participation formelle de la société civile). Ce modèle renforcé peut être étendu à d'autres domaines de la santé, comme la consolidation des systèmes sanitaires, pour garantir que les pays et les bailleurs respectent les engagements qui comptent pour les communautés.

G3. Différencier les mandats institutionnels pour améliorer la gouvernance régionale

Une division floue des responsabilités entre les différents niveaux génère des chevauchements. Une régionalisation couplée à une réforme explicite des mandats peut clarifier les fonctions à chaque niveau. Les institutions de la santé mondiale formulent des directives techniques et des normes régissant les biens publics mondiaux (comme le Règlement sanitaire international) ; les institutions financières internationales coordonnent les flux financiers provenant des divers acteurs et secteurs ; les institutions régionales établissent les priorités et besoins partagés, définissent des biens publics régionaux, mobilisent les ressources financières et techniques et supervisent la redevabilité à l'échelle nationale.

- **Fonction** : identifier les priorités partagées des pays (G1), coordonner l'établissement des programmes aux niveaux régional et sous-régional, et promouvoir des collaborations régionales et sous-régionales en conséquence. Cela suppose d'établir les priorités partagées en s'inspirant de celles identifiées par les pays, d'harmoniser les efforts des différentes parties prenantes et de mobiliser les ressources collectives, notamment la volonté politique, l'expertise technique et les ressources financières.
- **Forme** : plateformes régionales et sous-régionales consacrées au dialogue multilatéral et multipartite, et à une collaboration coordonnée. Ces plateformes doivent être étroitement associées aux mécanismes internationaux, tout en continuant de répondre aux besoins des pays (Encadré 3).
- **Catalyseur 1 : réforme explicite des mandats** pour fournir aux institutions régionales l'autorité et la légitimité nécessaires pour assurer une coordination efficace, sans redondance des efforts mondiaux ou nationaux. La réforme des mandats doit recentrer les institutions sur leurs rôles primaires pour lesquels elle dispose d'un avantage comparatif, en minimisant les chevauchements avec les institutions d'autres niveaux. Des comités organisationnels tels que le Conseil exécutif de l'OMS ou des conseils indépendants, comme The Elders, pourraient superviser les réformes. La réforme des mandats doit mobiliser les agences de l'ONU, les institutions financières internationales, les blocs régionaux, les ONG et les acteurs privés.
- **Catalyseur 2 : des stratégies sanitaires régionales** officiellement validées par les pays et inscrites dans les mandats organisationnels fournissent aux plateformes de coordination régionales les politiques de base pour fonctionner efficacement. Les modèles existants, comme la Feuille de route du Pacifique pour le développement durable et le cadre Healthy Islands 2025 renouvelé, démontrent comment les mécanismes sous-régionaux peuvent être la pierre angulaire d'une collaboration transsectorielle.

Encadré 3 : Coalition Asie-Pacifique pour la réforme de la santé mondiale

La Coalition Asie-Pacifique pour la réforme de la santé mondiale proposée (détaillée à la section V) doit rassembler une variété de parties prenantes, faciliter l'échange des données, promouvoir la cohérence des politiques et offrir un espace structuré dans lequel les réalités communautaires informeraient les programmes sous-régionaux et régionaux, dans le but ultime de peser sur la prise de décision internationale. Elle pourra être une extension du Forum parlementaire Asie-Pacifique sur la santé mondiale existant, qui est réservé aux parlementaires des États membres du WPRO de l'OMS et de l'ASEAN, mais fait office de plateforme permettant d'échanger des idées, bâtir une volonté politique, renforcer les capacités et encourager la collaboration au niveau régional à travers une approche pangouvernementale.

B. Propositions de réforme du financement (F1-3)

Trois réformes du financement ciblent les échecs de coordination à l'échelon mondial, les déséquilibres de pouvoir de la gouvernance du financement et le besoin urgent d'adopter un investissement durable sur le plan national. Ces propositions sont conçues pour s'articuler avec les réformes de la gouvernance.

F1. Soutenir une transition responsable de la dépendance aux bailleurs vers le financement intérieur durable

Si certains pays d'Asie-Pacifique dépendent toujours de l'APD, des subventions des bailleurs et des dépenses à la charge des patients, bon nombre d'entre eux s'appuient désormais sur le financement national. Malgré cette évolution, la santé n'occupe pas encore la place qu'elle mérite dans les budgets nationaux, ce qui entrave le développement d'un financement durable de la santé sur le plan national. L'architecture actuelle ne dispose pas de mécanismes explicites pour renforcer les capacités nationales et s'affranchir de manière responsable du financement externe.

- **Fonction** : soutenir la démarche d'accroissement de l'investissement intérieur dans la santé à travers une planification explicite de la transition, le renforcement des capacités nationales et la création de mécanismes de financement diversifiés réduisant la dépendance à une poignée de bailleurs riches en ressources.
- **Forme** : financement conditionnel exigeant des plans explicites de transition, de sortie et d'élimination progressive, avec un soutien dédié à l'augmentation des ressources budgétaires allouées à la santé ainsi qu'au renforcement des capacités techniques et institutionnelles nationales. Le financement doit cibler les fonctions horizontales à l'échelle des systèmes, dont l'évaluation des technologies de la santé, les autorités de réglementation nationales, les systèmes d'achat nationaux, les mécanismes d'évaluation et les cadres de données numériques.
- **Catalyseur 1 : cartographie des ressources et mécanismes de suivi des dépenses robustes.** Systèmes nationaux et régionaux assurant un suivi fiable et dynamique de l'allocation et du déboursement des ressources financières provenant de l'ensemble des sources (gouvernement, secteur privé, philanthropie, APD). Ces mécanismes améliorent la coordination, réduisent la fragmentation, préviennent la corruption et l'usage abusif, et permettent une planification fondée sur des données probantes de la mobilisation des ressources.
- **Catalyseur 2 : participation accrue du secteur privé avec mise en place de mesures assurant la redevabilité.** Meilleure intégration du secteur privé dans l'architecture de gouvernance et de financement pour mettre des fonds supplémentaires à la disposition

des systèmes nationaux et des biens publics régionaux. Cette intégration passe par des cadres augmentant la participation du secteur privé sans accroître exagérément son influence, pour assurer un financement responsable et durable.

- **Catalyseur 3 : mécanismes de financement mixte et de financement innovant.** Prêts à l'appui des réformes, modèles de financement mixte et mécanismes innovants (comme des obligations liées aux impacts sur la santé ou l'achat groupé régional) renforçant les capacités nationales, atténuant les risques de l'investissement intérieur et attirant des sources de financement diversifiées tout en préservant le pouvoir des pays.

F2. Aligner les mécanismes de financement sur les priorités établies au niveau national

La fixation des priorités par les bailleurs dénature les programmes sanitaires nationaux, accroît le fardeau administratif et perpétue la dépendance au détriment des partenariats. L'architecture de financement actuelle limite fortement la participation des pays bénéficiaires à la conception des mécanismes qui façonnent leurs systèmes.

- **Fonction** : garantir que les flux de financement répondent de façon vérifiable aux priorités de santé établies au niveau national, avec une participation significative des pays bénéficiaires à la conception, à l'élaboration et à la gestion des mécanismes de financement de la santé mondiale.
- **Forme** : exercices réguliers de fixation nationale des priorités, alignés sur les plateformes décrites dans la proposition G1 et guidant explicitement les décisions nationales de financement. Ces priorités nationales doivent guider l'allocation des fonds aux niveaux sous-régional et régional, de façon à faire remonter les besoins établis par les pays plutôt que de laisser les bailleurs imposer leurs propres priorités.
- **Catalyseur 1 : participation équitable des bénéficiaires à la gouvernance du mécanisme de financement.** Rôle significatif des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire dans les processus décisionnels relatifs aux mécanismes internationaux de financement commun, notamment en ce qui concerne la conception, l'allocation des ressources et la surveillance de la performance. Les pays doivent disposer d'un droit de vote proportionnel au bénéfice qu'ils sont censés tirer des résultats, et pas simplement à leur contribution financière.
- **Catalyseur 2 : financement du soutien aux processus nationaux d'établissement des priorités.** Financement dédié pour mettre sur pied et maintenir les plateformes nationales multisectorielles et promotion des champions de la santé mondiale décrits dans la proposition G1, en veillant à ce que ces activités disposent de ressources adéquates et soient menées régulièrement pour guider les décisions de financement.

F3. Coordonner le financement aujourd'hui fragmenté des biens publics mondiaux et régionaux

Les mécanismes de financement pilotés par les bailleurs entraînent une fragmentation des investissements, une redondance des efforts et une coordination insuffisante des divers canaux de financement. Cela nuit à l'efficacité et empêche un financement adéquat de biens publics mondiaux et régionaux essentiels.

- **Fonction** : coordonner et assurer l'harmonie et la synergie de stratégies de financement et d'investissements de banques de développement multilatérales, bailleurs bilatéraux, organismes philanthropiques et acteurs du secteur privé pour les mettre au service de biens publics mondiaux et régionaux. À l'échelon régional, des institutions désignées (comme des banques régionales de développement ou des établissements universitaires) peuvent effectuer une cartographie de routine des ressources multisectorielles en lien avec les stratégies sanitaires régionales.

- **Forme** : mécanismes de coordination clairs séparant les fonctions de financement des fonctions de mise en œuvre et d'établissement des priorités.
- **Catalyseur 1 : réforme explicite des mandats** des institutions financières internationales et régionales. Des mandats clairs et transparents sont indispensables pour coordonner le financement sans chevauchement des rôles de mise en œuvre. Cela passe par un dialogue avec les organes de gouvernance, dont le FMI, la Banque mondiale et les banques régionales de développement, afin de formaliser les stratégies de coordination.
- **Catalyseur 2 : mécanismes régionaux de cartographie des ressources et de suivi des dépenses (F1)**. Il doit être imposé à tous les acteurs financiers de respecter leurs exigences en matière de production de rapports.

V. Voies de réforme identifiées

Tandis que la section IV décrit les objectifs qu'est censée atteindre la future architecture de la santé mondiale au travers de six propositions de réforme, cette section présente des voies concrètes, inspirées des interventions des participants au cours du Dialogue, pour y parvenir. En raison des faiblesses de l'architecture actuelle de la santé mondiale exposées à la section III, ces voies se focalisent sur les niveaux national, sous-régional et régional. Cette démarche intentionnelle vise à impulser un processus de réforme ascendant et reflète les principes fondamentaux de la vision de l'Asie-Pacifique dans ce domaine : conception nationale, coordination régionale et alignement mondial. Par conséquent, la mise en œuvre se déroule en grande partie aux échelons national, sous-régional et régional, celui international se limitant à un rôle de soutien. L'inversion proposée de la dynamique traditionnelle du pouvoir est délibérée. Les pays commencent par définir des priorités et bâtir les capacités nationales. Des mécanismes sous-régionaux coordonnent ensuite les défis et ressources collectifs. Enfin, des plateformes régionales harmonisent les efforts et amplifient les revendications communes. Les trois voies agissent de concert. Chacune d'entre elles se rapporte simultanément à plusieurs propositions de réforme, parce que les réformes de la gouvernance et du financement sont étroitement liées (Figure 1).

A. Plateformes nationales de coordination de l'établissement des priorités et de la transition du financement

La réforme débute à l'échelon national. Les participants ont identifié le besoin d'institutionnaliser des plateformes de coordination nationales et inclusives réunissant les agences gouvernementales des différents secteurs (santé, finance, environnement) et les parties prenantes (secteur privé, société civile et groupes marginalisés). Ces plateformes opérationnalisent une fixation de priorités multisectorielles et fondées sur des données probantes (G1) ainsi qu'un système national de S&E basé sur la redevabilité (G2), tout en garantissant que les flux de financement sont alignés sur les priorités nationales (F2) et appuient la transition vers l'investissement intérieur (F3). Les plateformes de coordination nationales doivent remplir quatre fonctions : 1) développer les plans nationaux d'investissements dans la santé et de transition cartographiant les ressources actuelles et traçant des voies vers le financement intérieur ; 2) définir des priorités transsectorielles en reconnaissant les liens de la santé avec le climat et le développement économique ; 3) cartographier les sources de financement intérieur existantes et potentielles pour améliorer la transparence ; et 4) faire remonter les priorités pour veiller à ce que la coordination sous-régionale et/ou régionale reflète les besoins établis par les pays.

- **Mise en œuvre** : les pays confieront ces fonctions aux comités de coordination du secteur de la santé existants, au lieu de créer des structures parallèles, en élargissant les mandats pour inclure les ministères des Finances, les secteurs du climat et les groupes marginalisés qui en sont actuellement exclus.
- **Calendrier** : 1 à 2 ans pour institutionnaliser les plateformes et entamer le développement des plans d'investissement.
- **Principaux risques** : maintien de la dépendance à l'APD et aux dépenses à la charge des patients ; corruption et fuites de ressources ; changements du leadership politique et des priorités ; compartimentage et compétition entre secteurs ; synergie insuffisante des divers mandats institutionnels ; et pénuries de main-d'œuvre.
- **Atténuation** : institutionnalisation des fonctions clés au sein de structures de gouvernance stables.

B. Mécanismes sous-régionaux de coordination et de redevabilité

Les principales fonctions sous-régionales peuvent s'attaquer aux lacunes de redevabilité (G2 et F2), réduire la fragmentation des priorités et du financement (G3 et F1), et permettre la planification de la transition grâce à la cartographie des ressources (F3). Les bibliothèques de données sous-régionales appuieraient l'établissement de priorités nationales fondées sur des données probantes en fournissant des données comparables sur le financement de la santé, la performance des programmes et les résultats. Une **bibliothèque de données de santé de l'ASEAN** pourra par exemple permettre aux pays d'Asie du Sud-Est de procéder à une évaluation comparative des investissements dans les systèmes de santé et d'identifier les meilleures pratiques dans des modèles de financement durable. Les bibliothèques sera détenues par les pays, leur hébergement sous-régional étant facilité par des forums multipartites nationaux, afin de distribuer le fardeau administratif et de renforcer le rôle de la coordination sous-régionale dans la poursuite des priorités nationales.

Les mécanismes de coordination sous-régionaux pourront opérer à travers trois canaux. Le **canal bailleurs/partenaires** (dirigé par la BAD, la Banque mondiale, le DFAT, le MFAT, la JICA et le FVC) consolidera les priorités de l'aide au développement, créerait des matrices de cartographie des ressources et de coordination des partenaires, et faciliterait les dialogues d'investissement, en s'attaquant directement à la fragmentation du financement. Le **canal technique** (ancré par le WPRO de l'OMS, la CPS, les agences de l'ONU et le monde universitaire) facilitera la création de plateformes d'apprentissage transnationales et générerait des tableaux de bord de la performance à des fins de redevabilité. Le **canal d'engagement communautaire** (PIANGO et réseaux d'ONG régionaux) veillera à ce que les voix de la société civile façonnent les priorités de coordination et à ce que les acteurs rendent des comptes. Ces canaux pourront être coordonnés à un niveau régional, par exemple par la Coalition Asie-Pacifique de réforme de la santé mondiale proposée dans la voie régionale ci-dessous ; ou par des cadres et mécanismes sous-régionaux, comme le Pacific Health Financing Compact proposé par les participants de la sous-région Pacifique, qui incorporera des feuilles de route du cofinancement intérieur, des achats groupés régionaux et de la transition, conformément aux réformes du financement (F3).

- **Mise en œuvre** : utilisation pragmatique des institutions existantes ; la sous-région Pacifique propose ainsi de formaliser les groupements de santé de la Mélanésie, la Polynésie et la Micronésie en les plaçant sous l'égide de la CPS/du WPRO sur une période de 2 à 3 ans et de mener une cartographie conjointe des bailleurs.

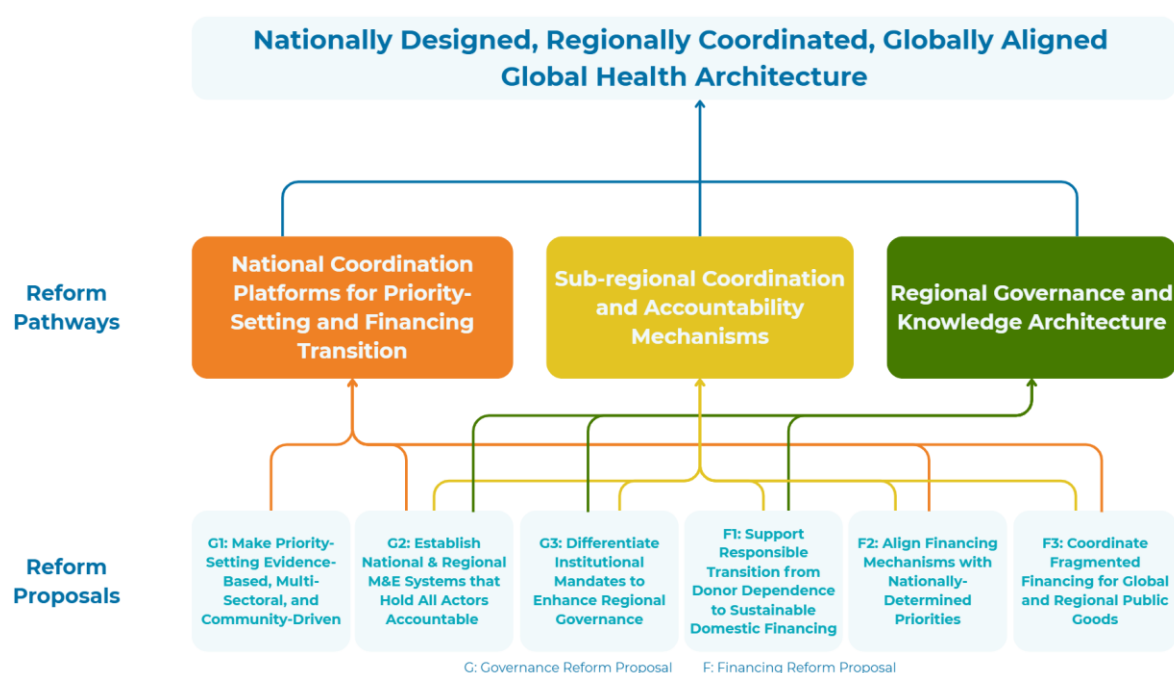
- **Calendrier** : bibliothèques de données opérationnelles d'ici 2030, canaux de coordination opérationnels d'ici 2 à 3 ans.
- **Principaux risques** : la mainmise des bailleurs pourrait compromettre l'appropriation ; le manque de soutien politique pourrait priver les mécanismes de ressources suffisantes ; les problèmes de qualité des données pourraient nuire à la crédibilité.
- **Atténuation** : intégrer la cartographie des ressources aux cycles de surveillance existants, tels que le cadre Healthy Islands, afin de renforcer les institutions existantes plutôt que d'en créer de nouvelles.

C. Architecture régionale de la gouvernance et du savoir

La coordination régionale (G3) exige une infrastructure dédiée qui harmonise les efforts, mobilise les ressources collectives et garantit que les besoins nationaux sont remontés vers les forums internationaux. Le Dialogue a proposé quatre composantes interconnectées visant également à consolider la redevabilité régionale (G2) et à coordonner le financement (F1). La **Coalition Asie-Pacifique pour la réforme de la santé mondiale** (voir Encadré 3) constituera une plateforme rassemblant les diverses parties prenantes, en vue de développer conjointement des domaines de réforme prioritaires, des indicateurs de redevabilité et des actions pilotes. Dirigée par des universitaires, avec la contribution des gouvernements, des bureaux régionaux de l'OMS, de la BAD, de l'ASEAN, d'organisations multilatérales (UNFPA, UNICEF), de la société civile, du secteur privé et des bailleurs, la Coalition crée un espace permettant aux divers acteurs de participer à l'élaboration des programmes régionaux. Un **groupe de travail ou un secrétariat régional pour les réformes** fournira la structure opérationnelle nécessaire pour développer et assurer le suivi d'un cadre de collaboration régional, améliorer l'inclusivité en garantissant la participation des parties prenantes marginalisées et coordonner le financement des différents bailleurs. L'**Asia Health Exchange**, une plateforme numérique, opérationnalisera l'alignement continu par le partage des connaissances, le renforcement des capacités, la cartographie des ressources et le suivi des dépenses (F1), et des partenariats stratégiques visant à consolider l'investissement intérieur.

- **Mise en œuvre** : une réunion initiale pour le pré-lancement de l'architecture régionale, suivie d'une période prolongée de mobilisation politique avant l'opérationnalisation. L'approche est multiphasique, parce que l'adhésion et la mise en place des mécanismes appropriés prennent du temps.
- **Principaux risques** : fragmentation dans les diverses sous-régions ; intérêts individuels des parties prenantes et résistance à la coopération ; financement insuffisant ; et manque de légitimité ou de crédibilité perçue chez certaines parties prenantes (p. ex. monde universitaire).
- **Atténuation** : financement diversifié provenant d'organismes philanthropiques et de banques de développement, et soutien universitaire non financier ; combinaison du financement du climat et de la santé pour surmonter les contraintes budgétaires ; mécanismes robustes de suivi et d'évaluation pour établir la valeur ajoutée de tous les partenaires.

Figure 1 Propositions et voies de réforme pour l'Asie-Pacifique



VI. Mesures ultérieures proposées

La priorité immédiate est de préserver l'élan généré par la réunion de Singapour et de traduire le consensus en action. Le Dialogue a identifié les opportunités suivantes pour 2026 et au-delà :

1. **Séance spéciale de la PMAC 2026.** Une séance spéciale de la Prince Mahidol Award Conference (PMAC) 2026 présentera la position régionale à un public plus vaste d'acteurs de la santé mondiale. La PMAC peut assurer visibilité et légitimité, en accélérant l'adhésion des parties prenantes et en inscrivant la perspective de l'Asie-Pacifique dans les débats plus larges sur la réforme à l'échelle mondiale.
2. **Élan organique des relations nouées lors de la réunion.** Les relations et les engagements nés de la réunion sont le résultat le plus précieux du Dialogue. Les participants ont tiré de ce dernier une compréhension partagée des priorités régionales et des liens avec des partenaires potentiels d'une variété de secteurs et de sous-régions. L'espoir est que ces interactions catalysent le changement au travers de collaborations bilatérales, d'initiatives sous-régionales et d'innovations institutionnelles, sans nécessiter aucun mécanisme centralisé ou officiel à brève échéance.
3. **Prises de contact stratégiques en 2026.** Tout au long de l'année 2026, des prises de contact stratégiques permettront de mettre en lumière les initiatives émergentes, de partager les premiers enseignements de la mise en œuvre, de faciliter les connexions entre les acteurs entreprenant des réformes complémentaires et de préserver l'engagement collectif. Plusieurs événements à venir – *UHC High-level Forum 2025*, *Global Health Security Conference 2026*, *WHS Regional Meeting 2026* et *HSR2026 Global Symposium on Health Systems Research*, notamment – seront autant d'occasions de mener ces prises de contact. Il n'est pas nécessaire qu'elles soient élaborées, leur but étant de préserver le dynamisme et la visibilité du Dialogue, pour éviter que son élan s'essouffle.

4. **Bâtir les capacités régionales d'établissement des priorités et de redevabilité en 2026.** Plusieurs initiatives concrètes pourront être lancées en 2026 pour passer du consensus à la mise en œuvre. La première étape consiste à établir une équipe Asie-Pacifique (ou sous-régionale) d'experts techniques spécialisés dans la fixation de priorités sanitaires. Ce réseau d'experts aidera les gouvernements nationaux et les coalitions sous-régionales (ASEAN, CPS, SAARC) à identifier les priorités sanitaires nationales et des biens publics régionaux. En parallèle, une table ronde régionale sur le financement devrait réunir organismes de financement, bailleurs et banques de développement pour envisager des stratégies de financement alignées sur les priorités identifiées, dont des approches innovantes de financement de biens publics régionaux. Enfin, un réseau parallèle d'experts en S&E et en redevabilité devra être mis sur pied pour renforcer les capacités nationales d'évaluation des politiques et programmes.
5. **Perspectives au-delà de 2026.** Les propositions et voies de réforme exposées aux sections IV et V représentent des ambitions à moyen et à long terme, qui doivent émerger de besoins avérés et non être imposées. Des pilotes précoces des plateformes de coordination nationales, de la cartographie sous-régionale des bailleurs et des activités d'échanges des connaissances pourraient contribuer à évaluer la faisabilité.

VII. Considérations finales

Le Dialogue Asie-Pacifique présente une architecture alternative ancrée dans la subsidiarité, l'inclusivité et l'appropriation nationale et régionale. Il élabore des propositions et voies de réforme s'articulant sur les priorités nationales, et ne considère qu'ensuite comment les institutions internationales devraient les internaliser. Les réformes sont ambitieuses dans leur vision – gouvernance régionalisée, collaboration inclusive, financement d'origine intérieure et redevabilité institutionnalisée –, mais pragmatiques dans leur mise en œuvre, puisqu'elles visent à consolider les institutions existantes, à insérer les réformes dans les structures établies et à reconnaître le besoin d'adaptation aux différents contextes. S'il a généré une variété de voies de mise en œuvre aux échelons national, sous-régional et régional, le Dialogue a mis en évidence un consensus robuste sur les principes fondamentaux. Ce rapport est le reflet du savoir collectif d'un large éventail de parties prenantes de 25 pays d'Asie-Pacifique, annonçant une réforme fondée sur les principes de conception nationale, de coordination régionale et d'alignement mondial.



PMAC | STRATEGIC
INSTITUTE



Saw Swee Hock
School of Public Health



清華大學
Tsinghua University

Funded by



This paper captures the outcomes of one of five regional dialogues supported by Wellcome, and led by regional partners. The views and opinions expressed throughout the dialogue are those of individual participants, and do not necessarily reflect the official policy or position of Wellcome.