

Définir, et non subir

**Perspectives sur la réforme
de la gouvernance de la
santé au Moyen-Orient et
en Afrique du Nord**

Juillet 2026

TABLE DES MATIÈRES

5

Contexte

6

Méthodologie

7

Résultats

18

Points de convergence et de divergence

19

Priorités émergentes pour la réforme

22

Recommandations

24

Limites

25

Conclusion

LISTE DES ACRONYMES

COVID 19	Maladie à coronavirus 2019
OSC	Organisation(s) de la société civile
EMPHNET	Réseau de santé publique de la Méditerranée orientale (Eastern Mediterranean Public Health Network)
WHO EMRO	Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale
CCG	Conseil de coopération du Golfe
GHA	Architecture mondiale de la santé (Global Health Architecture)
HEAR CSO	Health Architecture Reimagined Civil Society Organizations (Organisations de la société civile pour une architecture de la santé réinventée)
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
HPV	Papillomavirus humain
PDI	Personne déplacée interne
ITPC	International Treatment Preparedness Coalition (Coalition internationale pour la préparation au traitement)
MENA	Moyen-Orient et Afrique du Nord
MNT	Maladies non transmissibles
ONG	Organisation non gouvernementale
PREP	Prophylaxie pré-exposition
CSU	Couverture sanitaire universelle
ONU	Organisation des Nations Unies
UNRWA	Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ODD	Objectifs de développement durable
SSP	Soins de santé primaires

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Les résultats révèlent un large consensus sur le fait que les défis de gouvernance demeurent parmi les obstacles les plus importants au renforcement des systèmes de santé dans la région MENA. Les participants ont systématiquement mis en avant la fragmentation des structures de gouvernance, la faiblesse des mécanismes de coordination, la redevabilité limitée et l'alignement insuffisant entre les parties prenantes comme des obstacles majeurs à une action sanitaire efficace. Si de nombreux acteurs contribuent à la gouvernance de la santé dans la région, les personnes interrogées ont insisté sur l'absence d'une plateforme régionale cohérente capable de faciliter une collaboration durable, la définition conjointe des priorités et l'action collective.

Le financement est apparu comme une autre préoccupation majeure. Les participants ont observé que les priorités sanitaires sont fréquemment façonnées par la disponibilité des financements, les intérêts des bailleurs de fonds et la visibilité politique plutôt que par les besoins de santé des populations. Cette dynamique contribue à un sous-investissement persistant dans la prévention, la promotion de la santé, les soins de santé primaires, le développement des ressources humaines et les infrastructures de santé publique. Plusieurs personnes interrogées ont exprimé la crainte que les dispositifs de financement actuels soient insuffisants pour faire face au fardeau croissant des maladies non transmissibles et aux défis sanitaires émergents de la région.

Au-delà des défis techniques de gouvernance, les participants ont souligné l'importance des dynamiques d'économie politique dans la définition des priorités sanitaires de la région. Les personnes interrogées ont mis en évidence l'influence des dispositifs de financement, des incitations politiques, des acteurs régionaux et des structures décisionnelles sur l'allocation des ressources et les efforts de réforme. La consultation a également identifié d'importants points de divergence, notamment le rôle du financement régional, l'équilibre entre réponse humanitaire et renforcement des systèmes à long terme, et l'étendue de la participation de la société civile aux processus de gouvernance.

Un constat particulièrement fort concerne la marginalisation persistante de la prévention au sein des systèmes de gouvernance et de financement de la santé. Bien que la prévention soit largement reconnue comme essentielle à l'amélioration de la santé des populations et à la durabilité à long terme, les participants ont indiqué que les systèmes de santé demeurent principalement orientés vers le traitement. Les personnes interrogées ont appelé à un investissement plus fort dans la prévention, à une plus grande importance accordée à la promotion de la santé et à une évolution vers des approches de gouvernance qui s'attaquent aux déterminants sous-jacents de la santé.

**INVESTIR AUJOURD'HUI DANS
LA PRÉVENTION, LA
PARTICIPATION ET LA
COOPÉRATION,**

C'EST AINSI QUE LA RÉGION BÂTIT LES SYSTÈMES DE SANTÉ

**DONT ELLE AURA
BESOIN DEMAIN.**

La consultation a également mis en évidence un soutien croissant à la « démedicalisation de la prévention » et à l'adoption d'approches multisectorielles de la gouvernance de la santé. Les participants ont souligné que les résultats de santé sont façonnés non seulement par les services de soins, mais aussi par l'éducation, le logement, les systèmes alimentaires, l'emploi, les transports, les conditions environnementales et les déterminants sociaux au sens large. En conséquence, les répondants ont plaidé pour des approches de « la santé dans toutes les politiques » et une collaboration renforcée entre les secteurs.

Les organisations de la société civile ont été largement reconnues comme des contributrices essentielles à la gouvernance de la santé, notamment en matière d'engagement communautaire, de plaidoyer, de prestation de services, de redevabilité et de réponse humanitaire. Toutefois, les participants ont noté que la participation de la société civile demeure inégale et souvent limitée à la consultation plutôt qu'à une implication significative dans la gouvernance et les processus décisionnels. Beaucoup ont appelé à des mécanismes plus formels et institutionnalisés pour soutenir une participation inclusive.

Les conflits, les déplacements et les crises humanitaires ont été identifiés comme des caractéristiques déterminantes du paysage sanitaire régional. Les participants ont insisté sur le fait que les réformes de la gouvernance de la santé doivent tenir compte des réalités des crises prolongées, des mouvements de réfugiés et des contextes fragiles, tout en renforçant la préparation, la résilience et la continuité des soins. Le changement climatique, les migrations et les transitions démographiques ont également été identifiés comme des défis émergents nécessitant une attention accrue au sein des cadres de gouvernance.

Enfin, les personnes interrogées ont mis en évidence la nécessité de renforcer les liens entre la production de données probantes, l'élaboration des politiques et la mise en œuvre. Si la région dispose de capacités de recherche et de capacités techniques significatives, les participants ont observé que les données probantes ne sont pas systématiquement traduites en politiques et en pratiques. Des mécanismes plus solides sont nécessaires pour soutenir une gouvernance éclairée par les données probantes et garantir que la recherche contribue à des améliorations tangibles des résultats de santé.

Collectivement, les participants ont dessiné les contours d'une future architecture de gouvernance de la santé plus coordonnée, orientée vers la prévention, équitable, résiliente et inclusive. La consultation a identifié plusieurs domaines prioritaires de réforme, notamment le renforcement des mécanismes de gouvernance régionale, l'institutionnalisation de la participation de la société civile, le rééquilibrage du financement vers la prévention et les soins de santé primaires, l'intégration des considérations liées au climat et aux déplacements dans la planification sanitaire, et l'amélioration des passerelles entre données probantes et politiques.

CONTEXTE

Ce rapport est soumis à un moment décisif pour la gouvernance mondiale de la santé. À la suite du processus de réforme de l'Architecture mondiale de la santé (GHA) entériné lors de la Soixante-Dix-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé (WHA79, mai 2026), un groupe de travail conjoint hébergé par l'OMS a été chargé de remettre un rapport intérimaire au Conseil exécutif de l'OMS d'ici la fin de 2026, avant l'examen final lors de la WHA80. En mai 2026, après la publication par le groupe de travail de sa proposition de gouvernance, HEAR CSO a publié une déclaration — endossée par 145

signataires – condamnant l'exclusion de la société civile du groupe de travail lui-même et avertissant que la réforme risque de reproduire les asymétries de pouvoir mêmes qu'elle est censée corriger.

Cette consultation MENA répond directement à cette contestation. Son constat central – à savoir que la participation de la société civile dans la région demeure consultative plutôt que décisionnelle, formalisée en apparence mais non en substance – n'est pas une particularité régionale, mais le même schéma structurel que HEAR CSO a identifié à l'échelle mondiale, documenté ici avec une spécificité régionale et empirique. Elle est présentée comme la contribution évidentielle de la région MENA au processus, destinée à éclairer le rapport intérimaire du groupe de travail avant sa finalisation.

Le contexte est celui d'un paysage sanitaire complexe et évolutif, façonné par les transitions démographiques, le fardeau croissant des maladies non transmissibles, les crises humanitaires récurrentes, les menaces climatiques, les migrations et les déplacements, ainsi que par les faiblesses persistantes des systèmes de santé – tandis que la réforme de la GHA ouvre une opportunité importante de réexaminer la manière dont la gouvernance peut mieux répondre aux réalités régionales.

Menée pour le compte d'ITPC MENA et du consortium HEAR CSO, la consultation a exploré la gouvernance de la santé, la coordination, le financement, la prévention, la participation de la société civile et les priorités de réforme dans la région. Des entretiens semi-directifs avec des informateurs clés issus du monde académique, de la société civile, des institutions de santé publique, des réseaux

techniques régionaux et des organisations internationales ont apporté des perspectives diverses sur les défis et les opportunités à venir.

Elle visait à :

- Explorer les perspectives des parties prenantes sur la gouvernance de la santé dans la région MENA
- Identifier les forces et les faiblesses des dispositifs de gouvernance actuels
- Examiner les mécanismes de coordination, de financement, de prévention et de participation
- Évaluer les défis émergents, notamment le changement climatique, les migrations et les déplacements
- Formuler des recommandations pour éclairer la réforme de l'architecture sanitaire régionale et mondiale

MÉTHODOLOGIE

Au total, huit contributions d'informateurs clés – sept entretiens semi-directifs et une contribution écrite d'expert – ont été recueillies auprès d'experts seniors représentant le monde académique, les organisations de la société civile, les organisations internationales, les institutions de santé publique et les réseaux techniques régionaux de la région MENA. Les participants représentaient des perspectives de Jordanie, d'Irak, d'Égypte, de Palestine, du Yémen, ainsi que d'organisations régionales opérant dans plusieurs pays de la région.

La consultation a délibérément recherché la représentation de groupes de parties prenantes divers impliqués dans la gouvernance de la santé, notamment des agences des Nations Unies, des institutions académiques, des réseaux de santé publique, des organisations de la société

civile, des organisations de promotion de la santé et des plateformes de leadership liées à l'OMS. Les entretiens ont exploré les perceptions de la gouvernance de la santé, de la coordination, du financement, de la prévention, de la participation de la société civile, des défis émergents et des priorités de réforme. Une analyse thématique a été utilisée pour identifier les schémas récurrents, les points de consensus et les recommandations stratégiques se dégageant de l'ensemble des entretiens.

Cette série d'entretiens s'appuie directement sur la consultation de premier tour de HEAR CSO pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord du 4 décembre 2025, qu'ITPC MENA a co-organisée et facilitée. Cette consultation avait utilisé une analyse causale par couches (Causal Layered Analysis) pour faire émerger les récits, les visions du monde et les futurs souhaités portés par la société civile régionale. Les présents entretiens ont été conçus pour la compléter en y ajoutant les perspectives seniors, systémiques et d'économie politique qu'une large consultation de la société civile ne pouvait pleinement saisir. Lorsque les deux tours convergent, cela est signalé ci-après comme une validation croisée entre des méthodes et des groupes de participants distincts.

RÉSULTATS

3.1 UNE GOUVERNANCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ FRAGMENTÉE ET UNE COORDINATION FAIBLE

Un thème récurrent des entretiens était la perception que la gouvernance de la santé dans la région MENA demeure fragmentée, avec une coordination limitée entre pays, institutions et groupes de parties prenantes. Les participants ont reconnu la présence de nombreux acteurs régionaux et internationaux travaillant sur les questions de santé, notamment les ministères de la santé, les agences des Nations Unies, les organisations de la société civile, les

institutions académiques, les réseaux techniques et les bailleurs de fonds. Toutefois, les personnes interrogées ont fréquemment relevé l'absence d'une plateforme régionale cohérente capable d'aligner les priorités, de faciliter l'action collective et de traduire le dialogue en résultats durables.

Plusieurs participants ont observé que si des réunions, ateliers et forums techniques régionaux sont régulièrement organisés, ces mécanismes génèrent souvent des discussions sans produire de résultats tangibles en matière de mise en œuvre. La coordination a fréquemment été décrite comme fondée sur des projets, dépendante de relations individuelles ou portée par des flux de financement spécifiques plutôt que par des structures de gouvernance institutionnalisées.

Les participants ont souligné que les mécanismes de coordination régionale existants demeurent dispersés entre différentes organisations et différents mandats. Si des structures telles que le Comité régional de l'OMS, les bureaux régionaux des Nations Unies, les réseaux techniques et les alliances thématiques jouent des rôles importants, aucune plateforme unique n'assure actuellement une coordination globale de l'ensemble du paysage de la gouvernance sanitaire. En conséquence, les opportunités de définition collective de l'agenda, d'apprentissage partagé, d'action mutualisée et de redevabilité conjointe demeurent sous-exploitées.

Les personnes interrogées ont néanmoins identifié des exemples de collaboration régionale réussie. Le Conseil de coopération du Golfe (CCG) a été cité à plusieurs reprises comme un modèle de coopération, notamment dans des domaines tels que la surveillance des maladies, le partage d'informations, les achats et les échanges techniques. Les participants ont suggéré que des éléments de ces expériences pourraient être adaptés et étendus afin de renforcer la collaboration dans l'ensemble de la région MENA.

Au niveau national, les répondants ont noté que la coordination fonctionne souvent plus efficacement, en particulier lors des situations d'urgence. Les exemples cités incluaient les clusters santé et les mécanismes de coordination nationaux réunissant gouvernements, agences des Nations Unies, ONG et autres partenaires autour de priorités opérationnelles. Cependant, les participants ont souligné que ces succès ne se sont pas encore traduits par une architecture de gouvernance régionale plus large, capable de répondre aux défis sanitaires communs.

Plusieurs personnes interrogées ont soutenu qu'un leadership régional plus fort est nécessaire pour faciliter le dialogue, identifier les priorités communes et promouvoir des solutions collectives. Les participants ont insisté sur le fait que les futurs dispositifs de gouvernance devraient aller au-delà de la simple reproduction des modèles mondiaux et s'ancrer dans les réalités régionales, notamment les conflits, les déplacements, les transitions démographiques et le fardeau croissant des maladies non transmissibles.

3.2 LE FINANCEMENT FAÇONNE LES PRIORITÉS DAVANTAGE QUE LES BESOINS DE SANTÉ DES POPULATIONS

“Nous avions à l’époque plus de 25 programmes de prévention. Croyez-moi, moins de 1 % du budget du ministère de la Santé était consacré à ces programmes.”

— EXPERT EN SYSTÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE —

Dans l'ensemble des entretiens, les participants ont systématiquement mis en avant le financement comme l'un des déterminants les plus influents des priorités sanitaires dans la région MENA. Les répondants ont décrit un décalage persistant entre les besoins de santé des populations et l'allocation des ressources financières, les priorités étant souvent façonnées par la disponibilité des financements, les intérêts des bailleurs de fonds, la visibilité politique et les pressions de court terme plutôt que par des objectifs de santé publique à long terme.

Plusieurs personnes interrogées ont observé que les systèmes de santé privilégient fréquemment les services curatifs et hospitaliers au détriment de la prévention, de la promotion de la santé et des soins de santé primaires. Les participants ont noté que les investissements tendent à favoriser les services très visibles, les projets d'infrastructure et les programmes de traitement générant une reconnaissance politique ou publique immédiate, tandis que les interventions préventives demeurent souvent sous-financées malgré leurs bénéfices sanitaires et économiques avérés.

Ce déséquilibre était particulièrement manifeste dans les discussions sur la santé publique et la prévention. Un participant a décrit comment les programmes de santé préventifs et promotionnels ne recevaient qu'une très faible proportion des budgets nationaux de santé malgré l'existence de nombreuses initiatives de prévention. D'autres ont noté que les structures de financement de la santé continuent de récompenser le traitement plutôt que la prévention, contribuant à l'augmentation des coûts liés aux maladies non transmissibles et à d'autres affections évitables.

Les participants ont également exprimé des inquiétudes quant à la durabilité des modèles de financement actuels. Plusieurs répondants ont souligné la dépendance croissante de nombreux pays et programmes à l'égard de sources de financement externes, en particulier dans les contextes fragiles et touchés par les conflits. Les récentes réductions de l'aide internationale et du financement mondial de la santé ont été identifiées comme un risque significatif, en particulier pour les programmes de lutte contre les maladies, les réponses sanitaires humanitaires et les populations vulnérables.

Ces observations font écho à la consultation de premier tour de HEAR CSO, au cours de laquelle les participants avaient décrit un système de santé mondial qui se comporte comme un service d'urgences plutôt que comme un centre de bien-être, le financement suivant les menaces perçues en matière de sécurité et d'économie plutôt que les besoins de santé des populations.

Les personnes interrogées ont en outre noté que les décisions de financement sont souvent influencées par des incitations politiques et institutionnelles plutôt que par des évaluations des besoins de santé fondées sur les données probantes. Dans certains cas, les participants ont soutenu que les gouvernements et les bailleurs de fonds privilégient les interventions très visibles ou politiquement attractives, tandis que les investissements moins visibles mais à fort impact – tels que la prévention, la promotion de la santé, le développement des ressources humaines et les infrastructures de santé publique – reçoivent une attention comparativement limitée.

Les entretiens ont également révélé des préoccupations concernant les inefficacités dans l'allocation des ressources, la faiblesse des mécanismes de redevabilité et les effets de la corruption sur le financement de la santé. Plusieurs participants ont insisté sur le fait que l'amélioration des résultats de santé dans la région exigera non seulement des investissements accrus, mais aussi une gouvernance plus transparente, des systèmes de redevabilité plus solides et un meilleur alignement entre les décisions de financement et les priorités de santé des populations.

Dans l'ensemble, les répondants ont souligné que des progrès durables vers la couverture sanitaire universelle, des systèmes de santé plus solides et de meilleurs résultats de santé dépendront de dispositifs de financement privilégiant l'équité, la prévention, la résilience et la valeur de santé publique à long terme plutôt que des considérations politiques de court terme ou des agendas de financement dictés de l'extérieur.

3.3 ÉCONOMIE POLITIQUE ET DYNAMIQUES DE POUVOIR FAÇONNANT LA GOUVERNANCE DE LA SANTÉ DANS LA RÉGION MENA

Les résultats de la consultation suggèrent que nombre des défis de gouvernance auxquels sont confrontés les systèmes de santé de la région MENA trouvent leur origine dans la répartition du pouvoir, des ressources et de l'influence entre les acteurs opérant au sein et au-delà du secteur de la santé. À travers les entretiens, un schéma constant a émergé : les priorités sanitaires et les résultats de gouvernance sont façonnés autant par les structures politiques et financières que par les données techniques ou les besoins de santé des populations.

Qui définit réellement les priorités de santé ?

Si les ministères de la Santé sont formellement mandatés pour diriger la politique et la planification sanitaires, les données d'entretien suggèrent que le pouvoir décisionnel s'étend fréquemment au-delà du secteur de la santé lui-même. Dans de nombreux pays, les investissements sanitaires majeurs dépendent de l'approbation des ministères des finances, des autorités gouvernementales centrales, des hauts dirigeants politiques et, dans certains contextes, des partenaires financiers externes. En conséquence, les ministères de la santé possèdent souvent la responsabilité technique sans l'autorité budgétaire ou politique équivalente.

Les participants ont souligné à maintes reprises que l'identification des besoins de santé était rarement le principal défi. Le défi réside plutôt dans l'obtention d'un engagement politique, la mobilisation des ressources et le maintien de l'attention portée aux priorités sanitaires au sein d'agendas politiques et économiques plus larges. Dans les contextes touchés par les conflits, les pressions budgétaires ou l'instabilité politique, les priorités sanitaires entrent souvent en concurrence avec les préoccupations sécuritaires, économiques et de gouvernance, limitant la capacité des acteurs de la santé à façonner de manière autonome les agendas de réforme.

La consultation suggère donc que les mandats institutionnels formels ne fournissent qu'une image partielle de la manière dont les priorités de santé sont déterminées dans la région MENA. Le pouvoir sur l'allocation des ressources se situe fréquemment en dehors du secteur de la santé lui-même, influençant quelles réformes progressent et quelles priorités demeurent sous-financées.

Le financement comme source de pouvoir

À travers les entretiens, le financement est apparu comme l'un des principaux mécanismes par lesquels l'influence s'exerce au sein des systèmes de santé. Les participants ont systématiquement souligné que la disponibilité des financements façonne souvent les priorités plus fortement que les besoins épidémiologiques. Cette dynamique est particulièrement visible dans les contextes touchés par les conflits et à ressources limitées, où le financement externe demeure essentiel au maintien des services de santé. Plusieurs répondants ont décrit le financement comme imprévisible, fragmenté et fréquemment guidé par les priorités des bailleurs de fonds plutôt que par des stratégies nationales de long terme.

Le paysage du financement dans la région MENA est façonné à la fois par des acteurs multilatéraux et par des acteurs régionaux influents. Plusieurs participants ont mentionné les pays du Golfe, en particulier l'Arabie saoudite, les Émirats arabes unis, le Qatar et le Koweït, comme des sources de plus en plus importantes de financement humanitaire, de développement et du secteur de la santé. Dans le même temps, les personnes interrogées ont souligné que les mécanismes de financement régionaux demeurent fragmentés et n'ont pas encore évolué vers une architecture régionale cohérente de gouvernance de la santé.

La consultation suggère que l'influence financière s'exerce souvent par des mécanismes spécifiques, notamment les flux de financement fléchés, les investissements par projets, les exigences de reddition de comptes et les dispositifs de mise en œuvre parallèles. Ces mécanismes déterminent quels enjeux de santé reçoivent de l'attention, quels programmes se développent et quels acteurs gagnent en influence au sein des processus de gouvernance. En pratique, les acteurs qui contrôlent les ressources financières acquièrent fréquemment un pouvoir de définition de l'agenda supérieur à celui des acteurs responsables de la mise en œuvre ou de la prestation de services.

Les personnes interrogées ont également fait part de préoccupations concernant la fragmentation des dispositifs de financement, la privatisation croissante dans certains contextes et l'insuffisance des investissements dans les fonctions de santé publique. Collectivement, ces dynamiques contribuent à un système dans lequel les structures de financement ne s'alignent pas toujours sur les besoins à long terme des systèmes de santé ni sur les objectifs d'équité.

Ces mêmes dynamiques sous-tendent deux des questions les plus contestées de la consultation : le sous-financement persistant de la prévention, examiné à la section 3.4, et l'avenir du financement régional et de la relation humanitaire-développement, examinés comme points de divergence à la section 4. Dans chaque cas, l'enjeu sous-jacent relève moins d'un désaccord technique que d'incitations concurrentes et de la répartition du pouvoir décisionnel.

Redevabilité, participation et pouvoir décisionnel

La consultation suggère en outre que la participation est fondamentalement liée au pouvoir décisionnel. Les organisations de la société civile ont été largement reconnues comme des acteurs importants de la prestation de services, du plaidoyer, de la prévention et de l'engagement communautaire. Cependant, les participants divergeaient dans leur conception du rôle de la société civile au sein des processus de gouvernance.

Certaines personnes interrogées ont mis l'accent sur la société civile comme partenaire de mise en œuvre et représentante des communautés, tandis que d'autres ont plaidé pour un rôle plus substantiel dans la définition de l'agenda, le suivi, la redevabilité et le contrôle des politiques.

Plusieurs participants ont observé que les organisations de la société civile sont fréquemment consultées mais moins fréquemment associées aux décisions concernant l'allocation des ressources, les dispositifs de gouvernance ou les priorités stratégiques. Ces constats suggèrent que la participation demeure inégale selon les contextes et que l'inclusion dans les processus de consultation ne se traduit pas nécessairement par une influence sur la prise de décision. Le renforcement de la redevabilité exigera donc une transparence accrue, allant de pair avec une participation plus équitable aux processus décisionnels.

Enseignement clé d'économie politique

Pris ensemble, les résultats de la consultation suggèrent que les défis de gouvernance de la santé dans la région MENA sont façonnés par l'interaction entre l'autorité politique, les structures de financement, les influences régionales et internationales, les réalités humanitaires et les intérêts concurrents opérant au sein et au-delà du secteur de la santé. Ces dynamiques influencent quelles priorités reçoivent de l'attention, comment les ressources sont allouées et quelles réformes gagnent du terrain. Comprendre ces relations est essentiel pour concevoir des réformes de gouvernance à la fois techniquement solides, politiquement réalisables et adaptées aux réalités de la région.

3.4 LA PRÉVENTION DEMEURE MARGINALE MALGRÉ LA RECONNAISSANCE UNIVERSELLE DE SON IMPORTANCE

L'un des points de consensus les plus forts des entretiens était la reconnaissance du fait que la prévention et la promotion de la santé demeurent insuffisamment priorisées au sein des structures actuelles de gouvernance et de financement de la santé. Si les participants ont unanimement reconnu l'importance de la prévention comme pierre angulaire de la santé des populations et de la durabilité des systèmes de santé, beaucoup ont soutenu que cette reconnaissance ne s'est pas traduite par des investissements, une attention politique ou un engagement institutionnel adéquats.

Les personnes interrogées ont systématiquement décrit les systèmes de santé de la région MENA comme principalement orientés vers le traitement. Les ressources, l'attention politique et les attentes du public continuent de se concentrer sur les hôpitaux, les soins spécialisés et les services curatifs, tandis que les interventions préventives sont fréquemment sous-financées et sous-valorisées. Plusieurs participants ont noté que la prévention bénéficie souvent d'un soutien rhétorique dans les stratégies nationales et les documents de politique, mais demeure marginalisée lors des processus de budgétisation et de mise en œuvre.

Les participants ont souligné que ce déséquilibre est particulièrement préoccupant compte tenu du fardeau croissant des maladies non transmissibles (MNT) dans la région, notamment les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'obésité et le cancer. Beaucoup ont soutenu que les systèmes de santé actuels investissent massivement dans la gestion des conséquences de ces affections tout en consacrant des ressources comparativement limitées à leurs déterminants sous-jacents. Ce schéma a été jugé à la fois économiquement inefficace et insoutenable à long terme.

“La prévention ne bénéficie toujours pas d'un budget et d'un engagement raisonnables par rapport aux autres composantes du système de soins.”

— EXPERT RÉGIONAL SENIOR EN MNT —

Plusieurs répondants ont mis en évidence des obstacles structurels entravant les efforts de prévention. Parmi ceux-ci figuraient les cycles politiques courts favorisant les résultats visibles et immédiats, la compréhension limitée par le public de la valeur de la prévention, la faiblesse de la collaboration intersectorielle et des mécanismes de financement privilégiant la prestation de services au détriment de la promotion de la santé. Les participants ont noté que les interventions préventives nécessitent souvent des horizons temporels plus longs avant que des impacts mesurables ne deviennent visibles, ce qui les rend moins attractives pour des décideurs en quête de résultats immédiats.

La consultation de premier tour de HEAR CSO était parvenue à la même conclusion sous un autre angle, identifiant les maladies non transmissibles, les soins primaires et les besoins à long terme des populations déplacées comme les priorités durables les plus systématiquement évincées par l'attention accaparée par les crises.

La promotion de la santé a également été identifiée comme un domaine nécessitant un renforcement substantiel. Les personnes interrogées ont soutenu que de nombreuses initiatives de prévention demeurent centrées sur des campagnes de sensibilisation plutôt que sur des stratégies globales capables d'influencer les comportements, les environnements et les déterminants sociaux de la santé. Les participants ont insisté sur le fait qu'une prévention significative exige un engagement soutenu auprès des communautés, des écoles, des lieux de travail, des autorités locales et d'autres secteurs au-delà du système de santé.

Plusieurs experts ont en outre souligné la nécessité de rehausser le statut de la santé publique et de la médecine préventive au sein des systèmes de santé. Des inquiétudes ont été exprimées concernant l'insuffisance des investissements dans les programmes de santé préventive, la reconnaissance limitée des professionnels de santé publique et le soutien institutionnel inadéquat aux approches orientées vers la prévention. Les participants ont soutenu que le renforcement des institutions de santé publique et des capacités des ressources humaines serait essentiel pour faire évoluer les systèmes vers un modèle davantage centré sur la prévention.

Dans l'ensemble, les personnes interrogées considéraient la prévention non pas comme une question technique, mais comme une priorité de gouvernance et une priorité politique. Les constats suggèrent que des progrès significatifs exigeront un rééquilibrage des investissements en santé, un renforcement des institutions de santé publique et une intégration plus systématique de la prévention dans les cadres de politique, de financement et de redevabilité. Les participants ont systématiquement soutenu que, sans un agenda de prévention plus fort, les systèmes de santé de la région peineront à réaliser des améliorations durables de la santé des populations et de la couverture sanitaire universelle.

3.5 DÉMÉDICALISER LA PRÉVENTION ET AGIR SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Un thème saillant et récurrent des entretiens était la reconnaissance du fait que l'amélioration de la santé des populations exige de dépasser une approche étroitement centrée sur les soins et de s'attaquer aux déterminants sociaux, économiques, environnementaux et politiques plus larges de la santé. Les participants ont souligné à maintes reprises que nombre des défis sanitaires les plus pressants de la région ne peuvent être efficacement relevés par les seuls services de soins, quel que soit le niveau de financement ou d'organisation des systèmes de santé.

Plusieurs personnes interrogées ont mis en avant la nécessité de « démedicaliser la prévention » en élargissant la responsabilité de la santé au-delà des ministères de la santé et des prestataires de soins. Les participants ont soutenu que la prévention devrait être considérée comme une responsabilité de l'ensemble du gouvernement et de l'ensemble de la société, impliquant les systèmes éducatifs, les municipalités, les urbanistes, les secteurs agricoles, les institutions du travail, les autorités environnementales, les organisations médiatiques et les structures communautaires. Selon les répondants, les résultats de santé sont souvent façonnés par des facteurs échappant au contrôle direct des systèmes de soins, notamment les conditions de logement, les environnements alimentaires, l'éducation, l'emploi, les transports, la cohésion sociale et les expositions environnementales.

Les participants ont noté que de nombreux efforts de prévention actuels demeurent excessivement centrés sur la sensibilisation et le changement de comportement individuel, tandis qu'une attention insuffisante est accordée aux facteurs structurels qui influencent la santé. Plusieurs répondants ont soutenu que les campagnes encourageant des modes de vie sains ont peu de chances d'avoir un impact significatif si les communautés continuent de faire face à des environnements alimentaires malsains, à des opportunités limitées d'activité physique, à des infrastructures urbaines inadéquates, à la pauvreté ou à un accès restreint à des choix sains.

Le concept de « la santé dans toutes les politiques » est apparu de manière récurrente tout au long des entretiens. Les participants ont souligné l'importance d'intégrer les considérations de santé dans les processus décisionnels de l'ensemble des secteurs gouvernementaux et de veiller à ce que les impacts sanitaires soient pris en compte dans les politiques relatives à l'éducation, aux transports, au développement urbain, à l'adaptation climatique, aux systèmes alimentaires et à la planification économique. Les personnes interrogées ont soutenu que de telles approches sont particulièrement importantes compte tenu du fardeau croissant des maladies non transmissibles et de l'influence grandissante des déterminants sociaux et commerciaux de la santé.

Plusieurs participants ont également insisté sur l'importance de l'engagement communautaire et de l'action locale. Les écoles, les lieux de travail, les municipalités, les organisations de jeunesse, les institutions confessionnelles et les groupes communautaires ont été identifiés comme des plateformes essentielles pour promouvoir la santé et prévenir la maladie. Les répondants ont souligné qu'une prévention durable exige un engagement significatif auprès des communautés plutôt qu'une dépendance exclusive aux professionnels de santé ou aux établissements de soins.

Le changement climatique, la dégradation de l'environnement et les migrations ont encore renforcé la nécessité d'approches multisectorielles. Les personnes interrogées ont noté que les défis sanitaires émergents transcendent de plus en plus les frontières sectorielles traditionnelles et exigent des réponses coordonnées impliquant des acteurs au-delà du secteur de la santé. Cela a été jugé particulièrement pertinent pour la région MENA, où la vulnérabilité climatique, les déplacements, l'urbanisation et les transitions démographiques devraient façonner les résultats de santé futurs.

Dans l'ensemble, les participants ont soutenu que l'obtention de populations en meilleure santé exigera une évolution fondamentale : passer du traitement de la maladie à la création d'environnements favorables à la santé. Les constats suggèrent que les réformes de la gouvernance de la santé devraient prioriser l'action multisectorielle, la participation communautaire et une intégration plus forte des considérations de santé dans l'ensemble des domaines de politique publique. De telles approches ont été jugées essentielles pour s'attaquer aux causes profondes de la mauvaise santé et bâtir des sociétés plus résilientes et plus équitables.

UNE PERSPECTIVE ITPC MENA : DE LA RÉPONSE AU VIH À UN AGENDA DE PRÉVENTION ÉLARGI

L'appel de la consultation à « démedicaliser la prévention » fait écho à une évolution que la réponse au VIH dans cette région a déjà vécue, et c'est à travers cette expérience qu'ITPC MENA lit ces constats. En l'espace de deux décennies, la prévention et le traitement du VIH sont sortis du contrôle exclusif des cliniciens et des hôpitaux pour passer entre les mains des communautés. Les éducateurs pairs, les agents de santé communautaires, les personnes vivant avec le VIH et les organisations dirigées par les populations les plus touchées sont devenus les acteurs qui délivrent le dépistage, le soutien à l'observance, l'information sur la prévention et l'orientation. Les outils ont suivi le même chemin : l'autodépistage du VIH, la PrEP orale (et désormais, au Maroc, injectable à action prolongée), la prestation de services différenciée et le suivi communautaire ont tous rapproché la prévention des lieux de vie réels des personnes. La démedicalisation, en ce sens, ne consiste pas seulement à agir sur les déterminants sociaux de la santé ; elle concerne aussi qui détient les outils et l'autorité d'agir.

Ce modèle n'était pas affaire de commodité. Il répondait aux mêmes conditions que celles décrites par la consultation : des systèmes cliniques débordés, une stigmatisation qui éloigne les personnes des structures formelles, et des populations qui traversent les frontières et passent entre les mailles des services. Ces conditions ne sont pas propres au VIH. Elles façonneront la manière dont la région affrontera son fardeau croissant de maladies non transmissibles, ses besoins non satisfaits en santé sexuelle et reproductive, et les besoins à long terme d'une population vieillissante, y compris la première génération qui vieillit aujourd'hui en vivant avec le VIH.

Les approches communautaires et démedicalisées développées pour le VIH ont des équivalents directs. Pour les maladies non transmissibles, le dépistage communautaire, le soutien par les pairs pour l'hypertension et le diabète, et la délégation des tâches à des agents de santé non professionnels peuvent étendre la prise en charge des maladies chroniques au-delà de la clinique. Pour la santé sexuelle et reproductive, les interventions d'autosoins telles que la contraception injectable auto-administrée, l'auto-prélèvement HPV et les composantes autogérées des soins placent la capacité d'agir entre les mains de l'individu, en particulier là où l'accès clinique est limité ou stigmatisé. Pour le vieillissement et les affections chroniques, les modèles de soins différenciés et ancrés dans la communauté, construits pour soutenir un traitement du VIH à vie, offrent un modèle prêt à l'emploi. Dans les contextes fragiles et de déplacement, où la consultation a constaté que les systèmes cliniques sont les moins à même de faire face, ces approches enracinées dans les communautés constituent souvent la seule voie réaliste vers la continuité des soins.

Positionner ainsi la prévention la reformule comme un choix de gouvernance et de financement plutôt que comme un choix purement clinique. Cela exige de reconnaître les agents de santé communautaires et les prestataires pairs au sein du système, de financer la prestation communautaire et d'inscrire les autosoins et la délégation des tâches dans les politiques nationales. La démedicalisation n'est pas la déprofessionnalisation : elle repose sur des normes de qualité, des liens clairs avec les soins cliniques et des environnements juridiques protecteurs. Mais la leçon centrale de la réponse régionale au VIH est que la prévention passe à l'échelle lorsqu'elle est portée par les communautés, et non lorsqu'elle est confinée à la clinique.

3.6 LA PARTICIPATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DEMEURE PRÉCIEUSE MAIS INSUFFISAMMENT INSTITUTIONNALISÉE

Un thème récurrent des entretiens était la reconnaissance des organisations de la société civile (OSC) comme des acteurs essentiels des systèmes de gouvernance de la santé. Les participants ont systématiquement reconnu les rôles importants que joue la société civile dans la prestation de services, l'engagement communautaire, le plaidoyer, la redevabilité, la promotion de la santé, la réponse humanitaire et l'atteinte des populations marginalisées. Cependant, les répondants ont également souligné que la participation de la société civile demeure inégale, incohérente et insuffisamment institutionnalisée dans une grande partie de la région MENA.

Plusieurs personnes interrogées ont noté que les OSC possèdent souvent un accès unique aux communautés et aux populations susceptibles d'être mal desservies par les systèmes de santé formels, en particulier dans les contextes fragiles, touchés par les conflits et humanitaires. Les participants ont mis en évidence la capacité des organisations de la société civile à identifier les besoins émergents, à générer la confiance des communautés, à mobiliser l'action locale et à fournir des éclairages précieux sur les réalités vécues des populations affectées. Dans de nombreux contextes, la société civile a été décrite comme un pont entre les communautés et les décideurs.

“Il devrait y avoir un contact direct avec les OSC... S’il est possible que les OSC aient elles aussi un siège, même en tant qu’observateur, je pense que cela aidera.”

— DIRIGEANT DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

Malgré cette valeur reconnue, les participants ont fréquemment observé que l'engagement de la société civile demeure largement consultatif plutôt que participatif. Si les OSC sont souvent invitées à assister aux réunions, ateliers et consultations, les personnes interrogées ont noté qu'elles ne sont pas toujours associées de manière significative aux processus décisionnels, aux discussions de définition des priorités ou aux structures de gouvernance. Plusieurs répondants ont décrit les mécanismes de participation comme dépendants de relations individuelles, d'exigences des bailleurs de fonds ou de la bonne volonté institutionnelle plutôt que de dispositifs de gouvernance formalisés.

Les personnes interrogées ont en outre mis en évidence des disparités dans l'engagement de la société civile selon les pays et les contextes. Dans certains contextes, des partenariats solides entre gouvernements, société civile et organisations internationales ont facilité des approches collaboratives des défis sanitaires. Dans d'autres, les organisations de la société civile continuent de faire face à des obstacles liés aux environnements politiques, aux ressources limitées, aux restrictions réglementaires ou à la reconnaissance insuffisante de leurs contributions. Les participants ont insisté sur le fait que ces défis sont souvent amplifiés dans les contextes touchés par les conflits, où les organisations locales peuvent jouer des rôles opérationnels critiques tout en restant exclues des processus décisionnels stratégiques.

Plusieurs répondants ont soutenu que la participation de la société civile ne devrait pas être considérée uniquement comme un mécanisme de mise en œuvre de projets. Les participants ont plutôt souligné l'importance de reconnaître la société civile comme un acteur de gouvernance doté de rôles légitimes en matière de redevabilité, de suivi, de dialogue politique et de réforme des systèmes de santé. Les personnes interrogées ont suggéré que de meilleurs résultats de gouvernance sont souvent obtenus lorsque la société civile est engagée tout au long du cycle des politiques, de la définition de l'agenda et de la conception jusqu'à la mise en œuvre et l'évaluation.

Les entretiens ont également souligné l'importance d'inclure un éventail plus large de voix dans les processus de gouvernance. Les participants ont mis en évidence la nécessité de renforcer la représentation des organisations dirigées par les jeunes, des groupes de femmes, des associations de patients, des organisations communautaires, des acteurs humanitaires et des organisations représentant les populations déplacées et marginalisées. L'élargissement de la participation a été jugé essentiel pour garantir que les dispositifs de gouvernance reflètent la diversité des expériences et des priorités à travers la région.

Dans l'ensemble, les participants considéraient la société civile comme une composante indispensable d'une gouvernance de la santé efficace. Toutefois, les constats suggèrent que des progrès significatifs exigeront de dépasser la consultation ad hoc pour aller vers des mécanismes institutionnalisés permettant une participation soutenue, transparente et inclusive aux politiques et à la gouvernance de la santé. Le renforcement de ces mécanismes a été largement considéré comme essentiel pour améliorer la redevabilité, la réactivité, l'équité et la confiance du public dans les systèmes de santé.

3.7 LES CONFLITS, LES DÉPLACEMENTS ET LES CRISES HUMANITAIRES CONTINUENT DE REMODELER LA GOUVERNANCE DE LA SANTÉ DANS LA RÉGION MENA

Une caractéristique déterminante du paysage de la gouvernance de la santé dans la région MENA est l'influence persistante des conflits, des déplacements et des crises humanitaires sur les systèmes de santé et les dispositifs de gouvernance. À travers les entretiens, les participants ont souligné à maintes reprises que la gouvernance de la santé dans la région ne peut être comprise sans prendre en compte les réalités des conflits prolongés, des déplacements forcés, de l'instabilité politique et des urgences humanitaires récurrentes.

“La gouvernance de la santé dans notre région doit prendre en compte les déplacements, les réfugiés et les populations touchées par les conflits. Ces réalités ne peuvent être traitées comme des circonstances exceptionnelles.”

— EXPERT EN SANTÉ HUMANITAIRE

Les personnes interrogées ont noté que plusieurs pays de la région continuent de connaître des crises complexes qui se superposent, notamment des conflits armés, l'instabilité économique, des déplacements à grande échelle et l'affaiblissement des institutions publiques. Ces conditions exercent une pression extraordinaire sur les systèmes de santé et détournent souvent les priorités du développement des systèmes de santé à long terme vers la réponse humanitaire immédiate. Les participants ont souligné que si les interventions d'urgence sont essentielles, une dépendance prolongée aux approches centrées sur les crises peut compromettre les investissements dans la prévention, les soins de santé primaires, le développement des ressources humaines et la résilience des systèmes.

Plusieurs répondants ont insisté sur les défis considérables liés à la continuité des soins pour les réfugiés, les personnes déplacées internes (PDI), les migrants et les populations touchées par les conflits. Les participants ont décrit comment les déplacements perturbent l'accès aux services de santé essentiels, interrompent les traitements des maladies chroniques, accroissent la vulnérabilité aux maladies transmissibles et créent des charges supplémentaires pour les communautés d'accueil et les systèmes de santé. Le maintien d'un accès équitable aux soins dans ces circonstances a été identifié comme l'un des défis de gouvernance les plus pressants de la région.

Les personnes interrogées ont également mis en évidence la fragmentation croissante qui peut émerger lorsque de multiples acteurs humanitaires et de développement opèrent simultanément dans des contextes de crise. Si les partenariats humanitaires facilitent souvent des interventions vitales, les répondants ont noté que les systèmes parallèles, les flux de financement fragmentés et les mandats institutionnels divergents peuvent créer des difficultés de coordination et affaiblir les efforts de renforcement des systèmes à long terme. Plusieurs participants ont insisté sur l'importance de renforcer le lien humanitaire-développement afin que les réponses d'urgence contribuent à un rétablissement durable et à la résilience des systèmes de santé.

Les participants du premier tour ont donné à cette dynamique un visage concret en Jordanie, où les infrastructures de santé publique doivent servir à la fois les citoyens et d'importantes populations réfugiées avec un soutien limité et imprévisible – illustrant comment le déplacement prolongé devient une caractéristique structurelle du système de santé régional plutôt qu'une urgence temporaire.

La préparation et la résilience sont apparues comme des thèmes particulièrement importants. Les participants ont tiré les leçons des urgences récentes, notamment les épidémies, la pandémie de COVID-19 et les crises humanitaires en cours, soutenant que ces événements ont révélé des faiblesses structurelles dans les systèmes de gouvernance, les capacités de surveillance, la préparation des ressources humaines, les chaînes d'approvisionnement et les mécanismes de coordination d'urgence. Les répondants ont souligné que la préparation ne devrait pas être traitée comme une fonction d'urgence distincte, mais comme une composante à part entière du renforcement et de la gouvernance des systèmes de santé.

Les entretiens ont en outre mis en évidence les dimensions politiques de la gouvernance de la santé dans les contextes touchés par les conflits. Les participants ont noté que l'instabilité politique, l'insécurité, les restrictions de mouvement et les dynamiques géopolitiques plus larges influencent souvent les priorités sanitaires, l'accès aux services, l'allocation des ressources et la capacité des institutions à fonctionner efficacement. Dans de tels contextes, les défis de gouvernance de la santé dépassent les considérations techniques et deviennent étroitement liés à des questions plus larges d'équité, de droits, d'accès et de redevabilité.

Dans le même temps, plusieurs personnes interrogées ont pointé des exemples de résilience et d'innovation émergeant des contextes de crise. Les communautés, les organisations de la société civile, les acteurs humanitaires et les agents de santé locaux ont été fréquemment décrits comme jouant des rôles critiques dans le maintien des services essentiels et le soutien aux populations vulnérables malgré des circonstances difficiles. Les participants ont soutenu que ces expériences offrent des leçons précieuses pour renforcer la gouvernance de la santé dans l'ensemble de la région.

Dans l'ensemble, les constats suggèrent que les conflits et les déplacements ne sont pas des questions périphériques, mais des déterminants centraux de la gouvernance de la santé dans la région MENA. Les futures réformes doivent donc intégrer les réalités humanitaires, renforcer les capacités de résilience et de préparation, améliorer la coordination entre acteurs humanitaires et de développement, et garantir que les besoins des populations déplacées et touchées par les conflits demeurent au cœur des discussions sur la gouvernance de la santé.

“La préparation n'est pas une activité distincte. Elle est fonction de la solidité quotidienne du système de santé.”

— EXPERT EN PRÉPARATION DE SANTÉ PUBLIQUE

3.8 DONNÉES PROBANTES, RECHERCHE ET L'ÉCART PERSISTANT ENTRE POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Un thème récurrent des entretiens était la reconnaissance du fait que, si la région MENA a réalisé des progrès significatifs dans la production de données probantes en santé, des défis substantiels persistent dans la traduction des résultats de recherche en décisions politiques, en mise en œuvre programmatique et en résultats de santé mesurables. Les participants ont systématiquement souligné que le problème ne réside pas nécessairement dans un manque de données, d'expertise ou de connaissances techniques, mais plutôt dans la faiblesse des mécanismes reliant la production de données probantes à l'action politique.

“Le défi n’est pas l’absence de connaissances ou d’expertise technique. Le défi est de garantir que les structures de gouvernance soient capables de traduire les priorités en mise en œuvre.”

— EXPERT EN GOUVERNANCE DE LA SANTÉ

Plusieurs personnes interrogées ont observé que la région possède des capacités académiques croissantes, des institutions de recherche de plus en plus sophistiquées et une expertise technique en expansion. Les universités, les centres de recherche, les instituts de santé publique et les organisations internationales produisent des données probantes importantes sur les systèmes de santé, les maladies non transmissibles, le financement de la santé, les migrations, le changement climatique, la préparation aux urgences et d'autres questions prioritaires. Cependant, les répondants ont noté qu'une grande partie de ces connaissances n'influence pas systématiquement les processus décisionnels.

Les participants ont identifié un certain nombre de facteurs contribuant à cet écart entre données probantes et politiques. Parmi ceux-ci figuraient l'engagement limité entre chercheurs et décideurs, les différences d'incitations institutionnelles, les échéances politiques courtes, la fragmentation des structures de gouvernance et l'insuffisance des mécanismes de traduction de la recherche en recommandations opérationnelles. Plusieurs répondants ont suggéré que les données probantes demeurent souvent confinées aux publications académiques, aux rapports techniques et aux conférences plutôt que d'éclairer la planification opérationnelle, la réforme des politiques ou les décisions d'allocation budgétaire.

Les personnes interrogées ont également mis en évidence l'importance de renforcer les relations entre le monde académique, les gouvernements, les organisations de la société civile et les agences internationales. Les participants ont soutenu qu'une gouvernance de la santé efficace exige un dialogue continu entre ceux qui produisent les données probantes et ceux qui sont responsables de la mise en œuvre des politiques. Plusieurs répondants ont souligné que les chercheurs devraient jouer un rôle plus actif dans l'engagement politique, tandis que les décideurs devraient être mieux soutenus dans l'accès aux données probantes disponibles et leur application.

Le renforcement des capacités est apparu comme une autre considération importante. Les participants ont insisté sur la nécessité de renforcer l'éducation en santé publique, le développement des ressources humaines, la science de la mise en œuvre et les capacités de transfert des connaissances dans la région. Les investissements dans la formation des futurs leaders, chercheurs et praticiens de santé publique ont été jugés essentiels pour garantir que les données probantes puissent être efficacement transformées en action.

Plusieurs personnes interrogées ont en outre souligné que la prise de décision éclairée par les données probantes devrait s'étendre au-delà du secteur de la santé. Compte tenu de l'importance croissante des déterminants sociaux, du changement climatique, des migrations et des défis de gouvernance multisectorielle, les participants ont soutenu que la recherche et les données probantes doivent de plus en plus soutenir l'élaboration de politiques intersectorielles et des approches de gouvernance intégrées.

Les entretiens ont également mis en évidence la valeur des données probantes produites localement. Les répondants ont mis en garde contre une dépendance exclusive aux modèles mondiaux ou aux recommandations produites à l'extérieur, soulignant l'importance de connaissances contextualisées reflétant les réalités sociales, politiques, économiques et sanitaires de la région MENA. Les participants ont soutenu que des réseaux de recherche régionaux et des plateformes de partage des connaissances renforcés pourraient favoriser une élaboration des politiques plus pertinente et plus réactive.

POINTS DE CONVERGENCE ET DE DIVERGENCE

Si les participants représentaient des secteurs, des institutions et des contextes nationaux divers, plusieurs points de large accord ont émergé de la consultation. Dans le même temps, d'importantes différences de perspective ont été identifiées concernant le financement, la gouvernance et la participation. Ces divergences ne reflètent pas nécessairement un désaccord sur les résultats souhaités ; elles mettent plutôt en lumière des appréciations différentes de la manière dont les défis de gouvernance de la santé devraient être relevés dans la région MENA.

4.1 POINTS DE CONVERGENCE

Malgré des différences de parcours institutionnels et de contextes nationaux, les participants s'accordaient largement sur plusieurs questions clés :

- Les dispositifs actuels de gouvernance de la santé dans la région MENA demeurent fragmentés et exigent des mécanismes de coordination et de redevabilité renforcés
- La prévention et la promotion de la santé demeurent sous-financées au regard de leur importance pour faire face au fardeau croissant des maladies non transmissibles et améliorer les résultats de santé des populations
- La couverture sanitaire universelle (CSU) demeure un objectif central de la réforme des systèmes de santé dans la région
- Une collaboration multisectorielle renforcée est nécessaire pour agir sur les déterminants sociaux, économiques, environnementaux et commerciaux de la santé
- L'élaboration de politiques éclairée par les données probantes devrait jouer un rôle accru dans les processus de

gouvernance et de définition des priorités

- Les organisations de la société civile, les communautés et les populations affectées devraient jouer un rôle plus significatif dans les discussions de gouvernance de la santé et les processus décisionnels
- Les systèmes de santé exigent une résilience et une préparation accrues pour répondre aux futures urgences, pandémies, menaces climatiques et crises prolongées.

4.2 POINTS DE DIVERGENCE

Financement régional et appropriation régionale

Les participants ont exprimé des points de vue divergents sur le rôle futur du financement régional dans la gouvernance de la santé. Plusieurs personnes interrogées considéraient les pays du Golfe comme des moteurs potentiels d'une solidarité, d'un financement et d'une coopération technique régionaux renforcés. Dans cette perspective, un investissement régional accru pourrait réduire la dépendance à l'aide externe et renforcer l'appropriation régionale des priorités de santé.

D'autres ont souligné que les relations de financement façonnent inévitablement les priorités, quelle que soit la source du financement. Cette perspective suggère que le financement régional peut réduire la dépendance aux bailleurs de fonds traditionnels tout en créant de nouvelles formes d'influence sur la définition de l'agenda et l'allocation des ressources. La consultation met donc en lumière une question non résolue : un financement régional élargi modifierait-il fondamentalement les dynamiques de gouvernance existantes, ou déplacerait-il principalement l'influence entre acteurs financiers ?

Réponse humanitaire et renforcement des systèmes à long terme

Un deuxième point de divergence a émergé autour de la relation entre l'action humanitaire et le développement des systèmes de santé.

Les participants travaillant dans des contextes fragiles et touchés par les conflits ont souligné l'importance des mécanismes humanitaires pour maintenir l'accès aux services de santé essentiels lorsque les systèmes nationaux font face à de graves contraintes. Ces mécanismes étaient considérés comme des réponses nécessaires et souvent vitales aux besoins immédiats. Dans le même temps, plusieurs participants ont exprimé des inquiétudes quant aux effets à long terme des structures humanitaires parallèles. La dépendance prolongée à des mécanismes d'urgence financés de l'extérieur a été perçue comme contribuant potentiellement à la fragmentation des dispositifs de gouvernance, à l'affaiblissement de l'appropriation nationale et au report des investissements dans le développement durable des systèmes de santé.

Cette divergence reflète des perspectives différentes sur la manière d'équilibrer les besoins immédiats de prestation de services et les objectifs de gouvernance et de renforcement des systèmes à plus long terme.

Participation de la société civile : consultation ou décision partagée ?

Les participants s'accordaient largement sur la valeur de l'engagement de la société civile ; les points de vue divergeaient toutefois quant à la profondeur de la participation requise.

Certains participants ont mis l'accent sur l'importance des organisations de la société civile comme partenaires de mise en œuvre, avocates et représentantes des communautés. D'autres ont soutenu qu'une participation significative exige un rôle renforcé dans la définition de l'agenda, le contrôle, la redevabilité et l'élaboration des politiques.

Cette tension met en lumière une question de gouvernance importante : la participation doit-elle être principalement comprise comme consultation et engagement, ou doit-elle s'étendre à une influence partagée sur les décisions relatives aux priorités, au financement et à la redevabilité ?

PRIORITÉS ÉMERGENTES POUR LA RÉFORME

À travers les entretiens, les participants ont identifié plusieurs priorités stratégiques devant guider les futurs efforts de renforcement de la gouvernance de la santé et contribuer aux discussions en cours sur la réforme de l'architecture mondiale de la santé dans la région MENA. Si les perspectives variaient selon les parcours institutionnels et les expériences professionnelles, une forte convergence a émergé autour de la nécessité de systèmes de gouvernance plus coordonnés, inclusifs, orientés vers la prévention et résilients.

5.1 RENFORCER LA GOUVERNANCE ET LA COORDINATION RÉGIONALES DE LA SANTÉ

Les participants ont systématiquement mis en évidence l'absence d'une plateforme régionale cohérente capable de faciliter l'action collective sur les défis sanitaires communs. Les personnes interrogées ont souligné la nécessité de mécanismes de gouvernance régionale plus solides, dépassant la coordination ad hoc et soutenant une collaboration durable entre gouvernements, organisations internationales, société civile, monde académique et institutions techniques.

De nombreux participants ont soutenu que la région bénéficierait d'une plateforme plus structurée pour l'échange de connaissances, la définition conjointe des priorités, le dialogue politique, la planification de la préparation et le plaidoyer collectif sur les questions de santé régionales et mondiales.

5.2 RÉÉQUILIBRER LES SYSTÈMES DE SANTÉ VERS LA PRÉVENTION

Une deuxième priorité concernait la nécessité de faire évoluer les systèmes de santé de leur focalisation actuelle sur le traitement vers la prévention, la promotion de la santé et les soins de santé primaires. Les participants ont noté à maintes reprises que si la prévention est largement reconnue comme importante, elle demeure insuffisamment financée et insuffisamment intégrée dans les structures de gouvernance et de financement.

Les personnes interrogées ont souligné que les futures réformes devraient prioriser l'action préventive, s'attaquer au fardeau croissant des maladies non transmissibles et investir dans des interventions capables d'améliorer les résultats de santé des populations à long terme.

5.3 FAIRE PROGRESSER LES APPROCHES MULTISECTORIELLES DE LA SANTÉ

Les participants ont insisté sur le fait que nombre des défis sanitaires les plus pressants de la région ne peuvent être résolus par le seul secteur de la santé. Les personnes interrogées ont mis en évidence l'importance d'intégrer les considérations de santé dans les politiques relatives à l'éducation, à l'urbanisme, aux transports, aux systèmes alimentaires, à l'emploi, à l'adaptation climatique et à la protection sociale.

Cela reflète une reconnaissance croissante du fait que des améliorations durables de la santé des populations exigent des approches de gouvernance agissant sur les déterminants plus larges de la santé et favorisant la collaboration entre les secteurs.

5.4 INSTITUTIONNALISER UNE PARTICIPATION SIGNIFICATIVE DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

Les répondants ont systématiquement souligné la valeur des organisations de la société civile comme partenaires de la gouvernance de la santé. Cependant, beaucoup ont noté que la participation demeure incohérente et fréquemment limitée à la consultation plutôt qu'à un engagement significatif dans les processus décisionnels.

Les participants ont appelé à l'établissement de mécanismes plus formels et transparents permettant aux organisations de la société civile, aux groupes communautaires, aux représentants des patients, aux organisations dirigées par les jeunes et aux populations affectées de contribuer aux processus de gouvernance aux niveaux national, régional et mondial.

5.5 RENFORCER LA PRÉPARATION, LA RÉSILIENCE ET LA SÉCURITÉ SANITAIRE

L'expérience des conflits récents, des crises humanitaires, des épidémies et de la pandémie de COVID-19 a renforcé la nécessité de consolider la préparation et la résilience des systèmes de santé. Les participants ont souligné que la préparation ne devrait pas être considérée uniquement comme une fonction de réponse aux urgences, mais comme une composante à part entière de la gouvernance et du développement des systèmes de santé.

Plusieurs personnes interrogées ont mis en évidence l'importance d'investir dans les institutions de santé publique, les systèmes de surveillance, le développement des ressources humaines, les mécanismes de coordination d'urgence et des modèles de prestation de services résilients capables de maintenir la continuité des soins pendant les crises.

5.6 INTÉGRER LE CHANGEMENT CLIMATIQUE, LES MIGRATIONS ET LES DÉPLACEMENTS DANS LA GOUVERNANCE DE LA SANTÉ

Les participants ont identifié à maintes reprises le changement climatique, les migrations, les déplacements et les transitions démographiques comme des moteurs de plus en plus importants des résultats de santé dans la région. Toutefois, beaucoup estimaient que les dispositifs de gouvernance actuels ne se sont pas encore suffisamment adaptés à ces réalités émergentes.

Les futures réformes de gouvernance devraient donc intégrer la résilience climatique, la santé des migrants et des réfugiés et des approches sensibles aux déplacements comme composantes centrales de la planification sanitaire et de l'élaboration des politiques, plutôt que de les traiter comme des préoccupations périphériques.

5.7 RENFORCER L'ÉLABORATION DE POLITIQUES ÉCLAIRÉE PAR LES DONNÉES PROBANTES

Enfin, les personnes interrogées ont mis en évidence la nécessité de renforcer la relation entre la recherche, la production de données probantes et l'élaboration des politiques. Les participants ont appelé à des mécanismes améliorés garantissant que les données probantes éclairent les décisions politiques, l'allocation des ressources, la conception des programmes et les réformes de gouvernance.

Plusieurs répondants ont également souligné l'importance de soutenir les données probantes produites localement et de renforcer la collaboration entre chercheurs, décideurs, organisations de la société civile et praticiens afin de faciliter une prise de décision plus réactive et adaptée au contexte.

RECOMMANDATIONS

6.1 ÉTABLIR UNE PLATEFORME RÉGIONALE MULTI-ACTEURS POUR LA GOUVERNANCE DE LA SANTÉ

L'OMS EMRO, la Ligue des États arabes, les réseaux de la société civile, les institutions académiques et les organisations de santé publique devraient établir une plateforme régionale permanente de dialogue, de coordination et d'action collective sur la gouvernance de la santé. Un tel mécanisme pourrait faciliter la définition conjointe des priorités, l'échange de politiques, la planification de la préparation et la redevabilité entre pays, tout en renforçant l'appropriation régionale des agendas de santé.

6.2 RÉÉQUILIBRER LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ VERS LA PRÉVENTION ET LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Les ministères de la Santé et les ministères des Finances devraient accroître la proportion des budgets de santé allouée à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins de santé primaires. Les partenaires de développement et les acteurs financiers régionaux devraient aligner les investissements sur les résultats de santé des populations à long terme plutôt que sur des cycles de projets à court terme. Les participants ont souligné que des progrès durables vers la couverture sanitaire universelle (CSU) exigeront de corriger le déséquilibre persistant entre les dépenses curatives et préventives.

S'appuyant sur la consultation de premier tour, la région devrait également explorer la création d'un fonds régional de solidarité en santé permettant un investissement collectif dans les défis transfrontaliers et garantissant qu'aucun pays – en particulier ceux accueillant d'importantes populations déplacées – ne supporte une charge disproportionnée.

6.3 INSTITUTIONNALISER LA PARTICIPATION DE LA SOCIÉTÉ CIVILE À LA GOUVERNANCE DE LA SANTÉ

Les gouvernements, les institutions régionales et les organisations internationales devraient établir des mécanismes formels permettant aux organisations de la société civile, aux groupes de patients, aux réseaux de jeunes et aux communautés affectées de participer aux processus de définition de l'agenda, d'élaboration des politiques, de mise en œuvre, de suivi et de redevabilité. La participation devrait dépasser la consultation ad hoc pour aller vers un engagement structuré et soutenu dans la prise de décision.

6.4 RENFORCER LA GOUVERNANCE ET LA COOPÉRATION RÉGIONALES DE LA SANTÉ

Les institutions régionales, notamment l'OMS EMRO et la Ligue des États arabes, devraient étendre les mécanismes de coopération en matière de surveillance, de développement des ressources humaines, d'achats, de préparation aux urgences et de financement de la santé. Les participants ont mis en évidence la nécessité de s'appuyer sur les exemples existants de collaboration régionale tout en créant des plateformes plus solides pour l'action collective sur les défis sanitaires communs.

La consultation de premier tour a présenté cela comme une capacité régionale partagée de défense sanitaire : des systèmes de données interopérables et une préparation coordonnée permettant à la région de détecter les menaces transfrontalières et d'y répondre collectivement plutôt que pays par pays.

6.5 RENFORCER LA PRÉPARATION ET LA RÉSILIENCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Les gouvernements et les partenaires de développement devraient intégrer la préparation dans les efforts plus larges de renforcement des systèmes de santé. Les investissements devraient prioriser les institutions de santé publique, les systèmes de surveillance, le développement des ressources humaines, les capacités de préparation aux urgences et des modèles de prestation de services résilients capables de répondre aux pandémies, aux conflits, aux chocs climatiques et aux autres menaces émergentes.

6.6 FAIRE PROGRESSER UNE APPROCHE DE « LA SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES »

Les gouvernements devraient renforcer les mécanismes de gouvernance intersectoriels intégrant les considérations de santé dans la prise de décision en matière d'éducation, d'urbanisme, de transports, d'agriculture, de travail, de protection sociale et de politique environnementale. Agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et commerciaux de la santé exigera une coordination renforcée entre les secteurs et les niveaux de gouvernement.

6.7 INTÉGRER LE CLIMAT, LES MIGRATIONS ET LES DÉPLACEMENTS DANS LES CADRES DE GOUVERNANCE DE LA SANTÉ

Les stratégies sanitaires nationales et régionales devraient traiter explicitement les implications sanitaires du changement climatique, des migrations, des déplacements et des crises humanitaires prolongées. Une attention particulière devrait être accordée aux réfugiés, aux populations déplacées internes, aux migrants et aux communautés touchées par les conflits, dont les besoins de santé tombent souvent entre les programmations humanitaire et de développement.

6.8 RENFORCER LES PASSERELLES ENTRE DONNÉES PROBANTES, POLITIQUES ET MISE EN ŒUVRE

Les gouvernements, les universités, les institutions de santé publique et les organisations de la société civile devraient investir dans des mécanismes plus solides de traduction des données probantes en politiques et en pratiques. Les participants ont souligné le besoin de science de la mise en œuvre, de recherche pertinente pour les politiques et de liens institutionnels renforcés entre chercheurs et décideurs afin de réduire l'écart entre la production de données probantes et la mise en œuvre.

6.9 AMÉLIORER LA REDEVABILITÉ ET LA TRANSPARENCE DANS LA GOUVERNANCE DE LA SANTÉ

Les gouvernements et les institutions publiques devraient renforcer la transparence, la supervision réglementaire, le suivi de la performance et les mécanismes de redevabilité dans l'ensemble des systèmes de santé. Les participants ont souligné que des structures de redevabilité plus solides sont essentielles pour améliorer la confiance du public, réduire les inefficacités et garantir que les investissements en santé produisent des résultats mesurables.

6.10 PLACER L'ÉQUITÉ AU CENTRE DE LA RÉFORME DE LA GOUVERNANCE DE LA SANTÉ

Toutes les réformes de gouvernance devraient être guidées par les principes d'équité, d'inclusion et de participation. Une attention particulière devrait être accordée à la représentation des réfugiés, des personnes déplacées internes, des migrants, des femmes, des jeunes, des personnes en situation de handicap et des populations touchées par les conflits dans les processus de gouvernance, ainsi qu'à leur prise en compte dans les décisions de financement, de politique et de redevabilité.

LIMITES

Cette consultation reflète les perspectives de huit experts représentant le monde académique, la société civile, les réseaux de santé publique, les organisations humanitaires, les institutions de promotion de la santé et les parties prenantes de la gouvernance régionale de la santé dans la région MENA. Les constats visent à fournir des éclairages qualitatifs sur les dynamiques de gouvernance, les priorités émergentes et les points de convergence et de divergence, plutôt que des conclusions statistiquement représentatives.

La consultation a été conçue pour explorer les perspectives sur la réforme de la gouvernance de la santé, le financement, la participation, la redevabilité et la coopération régionale. Comme pour toute consultation qualitative, les constats sont influencés par les expériences et l'expertise des parties prenantes participantes et peuvent ne pas saisir toute la diversité des perspectives de l'ensemble des pays et des groupes de la région.

Plusieurs contributions reflétaient des perspectives régionales, tandis que d'autres étaient façonnées par des expériences dans des contextes nationaux ou institutionnels spécifiques. Les constats devraient donc être interprétés comme des éclairages analytiques destinés à alimenter les discussions en cours sur la réforme de la gouvernance de la santé et l'architecture mondiale de la santé dans la région MENA.

La consultation de premier tour de HEAR CSO a également constaté que l'appropriation du concept d'architecture mondiale de la santé demeure naissante parmi les organisations régionales de la société civile. Les perspectives seniors et systémiques recueillies ici devraient donc être lues en complément, et non en remplacement, du dialogue communautaire plus large encore nécessaire pour se familiariser avec ces débats et les traduire en plaidoyer régional.

RÔLE POTENTIEL POUR ITPC MENA ET SES ALLIÉS

La consultation a identifié plusieurs domaines dans lesquels ITPC MENA pourrait contribuer au renforcement des discussions sur la gouvernance de la santé et des processus de réforme dans la région :

- Organiser un dialogue multi-acteurs entre organisations de la société civile, chercheurs, décideurs et institutions régionales sur la réforme de la gouvernance de la santé et la redevabilité.
- Plaider pour des approches plus transparentes, équitables et participatives du financement de la santé et de la définition des priorités.
- Amplifier les perspectives des communautés et de la société civile dans les discussions régionales et mondiales sur la gouvernance de la santé.
- Soutenir le plaidoyer éclairé par les données probantes en traduisant les résultats de recherche et de consultation en recommandations pertinentes pour les politiques.
- Faciliter l'apprentissage et l'échange régionaux sur les innovations en matière de gouvernance, la prévention, le financement de la santé, la redevabilité et la participation communautaire.
- Promouvoir une attention accrue à l'équité, à l'inclusion et aux besoins des populations marginalisées au sein des réformes de la gouvernance de la santé.

CONCLUSION

Les résultats de cette consultation mettent en lumière à la fois les défis considérables et les opportunités importantes qui façonnent la gouvernance de la santé dans la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord. À travers des groupes de parties prenantes divers, les participants ont systématiquement souligné que nombre des défis sanitaires les plus pressants de la région sont de plus en plus liés à la gouvernance, au financement, à la redevabilité, à la participation et aux processus décisionnels politiques plutôt qu'à la seule capacité technique.

Si des progrès substantiels ont été accomplis dans plusieurs domaines du développement des systèmes de santé, les participants ont identifié des défis persistants liés à la fragmentation des dispositifs de gouvernance, au sous-investissement dans la prévention, à la participation institutionnalisée limitée, aux dynamiques de pouvoir inégales dans les processus de définition des priorités, et à l'insuffisance de la coordination entre secteurs et entre pays. Ces défis sont encore aggravés par les conflits, les déplacements, le changement climatique, les migrations, les transitions démographiques et les pressions croissantes sur des systèmes de santé déjà contraints.

Dans le même temps, la consultation a révélé d'importantes opportunités de réforme. Les participants ont mis en avant des exemples de coopération régionale, des initiatives de santé publique innovantes, l'engagement de la société civile et une reconnaissance croissante de l'importance de la prévention, de la préparation et de l'action multisectorielle. Ces expériences démontrent que la région possède une expertise, une capacité institutionnelle et un leadership considérables pouvant être mobilisés pour renforcer la gouvernance de la santé et améliorer les résultats sanitaires.

Un constat central émergeant de la consultation est que la gouvernance de la santé dans la région MENA est façonnée par des dynamiques politiques et économiques plus larges qui influencent la manière dont les priorités sont définies, dont les ressources sont allouées et quelles voix sont incluses dans les processus décisionnels. Le renforcement des systèmes de santé exigera donc davantage que des réformes techniques. Il exigera des approches de gouvernance favorisant la redevabilité, la transparence, la participation et la répartition équitable des ressources, tout en créant des liens plus solides entre données probantes, politiques et mise en œuvre.

La consultation a également mis en lumière d'importantes tensions qui continueront de façonner les futurs efforts de réforme, notamment la relation entre réponse humanitaire et renforcement des systèmes à long terme, le rôle du financement régional et de l'appropriation régionale, et les perspectives divergentes sur l'étendue de la participation de la société civile aux processus de gouvernance. Reconnaître ces tensions et s'y confronter sera essentiel pour élaborer des réformes de gouvernance à la fois efficaces et politiquement réalisables.

Les participants ont souligné à maintes reprises l'importance de veiller à ce que les processus de réforme de l'architecture sanitaire régionale et mondiale reflètent les réalités et les priorités de la région MENA. Les futurs efforts de gouvernance devraient s'appuyer sur l'expérience régionale, renforcer la collaboration entre secteurs et entre pays, et garantir que les communautés affectées soient significativement représentées dans les processus décisionnels.

En définitive, la consultation a révélé une forte aspiration à des systèmes de gouvernance de la santé plus redevables, plus équitables, davantage orientés vers la prévention et plus résilients.

SOURCES

1. World Health Organization & Finland Ministry of Social Affairs and Health. Health in All Policies: Helsinki Statement. Framework for Country Action. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014. Disponible à : <https://iris.who.int/handle/10665/112636> (consulté le 1er juillet 2026)
2. The Lancet Countdown. Lancet Countdown on Health and Climate Change. Disponible à : <https://lancetcountdown.org/> (consulté le 1er juillet 2026)
3. World Health Organization. World Health Statistics 2025: Monitoring Health for the SDGs. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2025. Disponible à : <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics> (consulté le 1er juillet 2026)
4. World Health Organization. Saving Lives, Spending Less: The Case for Investing in Noncommunicable Diseases. Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115859> (consulté le 1er juillet 2026)
5. World Health Organization. Health Systems Governance for Universal Health Coverage: Action Plan. Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HSS-HSF-2014.01> (consulté le 2 juillet 2026)
6. World Health Organization. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Disponible à : <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1> (consulté le 2 juillet 2026)
7. OCDE. Recommandation sur l'articulation entre action humanitaire, développement et recherche de la paix. Disponible à : <https://www.oecd.org/dac/conflict-fragility-resilience/recommendation-on-the-humanitarian-development-peace-nexus.htm> (consulté le 1er juillet 2026)

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été produit par ITPC MENA dans le cadre du Health Architecture Reimagined Civil Society Consortium (HEAR CSO). Lancé en septembre 2025 et convoqué par le Mécanisme d'engagement de la société civile de UHC2030, le Global Network of People Living with HIV (GNP+), l'International Treatment Preparedness Coalition (ITPC), la NCD Alliance, STOPAIDS et WACI Health, HEAR CSO œuvre à construire les visions de la société civile pour l'avenir de l'architecture mondiale de la santé. Ce rapport reflète le deuxième tour du processus MENA du consortium, s'appuyant sur la consultation régionale de décembre 2025, qu'ITPC MENA a co-organisée et facilitée.

Auteurs et contributions. La collecte de données du second tour – y compris la conception et la conduite des entretiens avec les informateurs clés, ainsi que les décisions sur les personnes à approcher et les thèmes à explorer – a été dirigée par la Dre Duha Shellah. Le rapport a été co-écrit par la Dre Duha Shellah et Hiba El Khamal, puis édité et finalisé par Zakaria Bahtout et Zayd Marrakchi pour le compte d'ITPC MENA.

La Dre Duha Shellah est une médecin, chercheuse et experte en politiques de santé mondiale palestinienne, dont les travaux portent sur la gouvernance de la santé, le renforcement des systèmes de santé, la santé humanitaire et la diplomatie sanitaire, en particulier dans les contextes fragiles et touchés par les conflits de la Région de la Méditerranée orientale.

Remerciements à nos participants. Nous sommes reconnaissants aux experts seniors qui ont donné de leur temps et de leur franchise lors des entretiens, ainsi qu'aux organisations de terrain et de prestation de services de santé qui ont pris part à la consultation de premier tour. Conformément à notre engagement en faveur de la confidentialité et d'une réflexion ouverte, les contributions ont été anonymisées tout au long de ce rapport.

Utilisation de l'IA. Des outils d'intelligence artificielle ont été utilisés pour appuyer l'édition, la structuration et la rédaction de ce rapport sous la direction des auteurs. L'ensemble des entretiens, analyses, interprétations, constats et décisions éditoriales finales ont été réalisés par les contributeurs nommés.

Pour citation. ITPC MENA (2026). Définir, pas Subir. Perspectives d'experts sur le pouvoir, le financement et la réforme de la gouvernance de la santé dans la région MENA. Produit au sein du Health Architecture Reimagined Civil Society Consortium (HEAR CSO). Marrakech, Maroc.

Droits et réutilisation. Ce rapport est publié sous licence Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0). Il peut être librement partagé, adapté et réutilisé, y compris à des fins commerciales, à condition qu'un crédit approprié soit accordé à ITPC MENA et au consortium HEAR CSO. Nous encourageons son utilisation comme ressource par la société civile, les communautés, les chercheurs et les défenseurs de la santé dans la région et au-delà.

Contact.

ITPC MENA

contact@itpcmena.org

www.itpcmena.org