

**ORIGINAL : ANGLAIS**

## **COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE**

Soixante-treizième session

Gaborone, République du Botswana, 28 août-1<sup>er</sup> septembre 2023

Point 9 de l'ordre du jour

### **CADRE POUR LE MAINTIEN DE SYSTÈMES DE SANTÉ RÉSILIENTS EN VUE DE PARVENIR À LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE ET DE PROMOUVOIR LA SÉCURITÉ SANITAIRE (2023-2030) DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS**

#### **Rapport du Secrétariat**

#### **RÉSUMÉ D'ORIENTATION**

1. La Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) supporte une lourde charge due à des urgences de santé publique causées par des maladies à potentiel épidémique, des phénomènes climatiques extrêmes, des crises humanitaires et d'autres événements aigus de santé publique. La pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) a montré de façon saisissante les conséquences d'une urgence de santé publique majeure, qui entraîne d'innombrables pertes en vies humaines, réduit à néant les moyens de subsistance et perturbe gravement les économies nationales.
2. Même avant la pandémie de COVID-19, les progrès réalisés dans la Région n'étaient pas suffisants pour atteindre la cible 3.8 des objectifs de développement durable (ODD) qui porte sur la couverture sanitaire universelle. Le rapport de suivi de 2022 relatif à la couverture sanitaire universelle dans la Région africaine indique que des progrès très éloquentes ont été accomplis, l'indice de couverture des services étant passé de 28 à 75 (sur 100) dans des États Membres. Cependant, la proportion de la population exposée à des dépenses de santé catastrophiques représentant 10 % ou plus du revenu du ménage est passée de 7,7 % à 8,4 %.
3. La zone sahélienne connaît une crise humanitaire sans précédent, avec en tout 30,4 millions de personnes qui ont besoin d'une aide humanitaire, une situation aggravée par le changement climatique. La Région abrite 22 millions de migrants internationaux, parmi lesquels 6,3 millions de réfugiés qui sont confrontés à des difficultés d'accès aux soins de santé en plus de nombreuses autres privations liées à leur condition de réfugiés.
4. La pandémie de COVID-19 a très fortement perturbé la prestation des services de santé. Avant la pandémie de COVID-19, le système de santé présentait déjà des faiblesses structurelles à tous les niveaux – on peut évoquer par exemple le financement insuffisant, le manque de personnel ou encore la fragmentation –, lesquelles faiblesses constituent les principaux facteurs à l'origine des perturbations et de l'utilisation inéquitable des outils de lutte contre la COVID-19 que l'on a pu observer dans la Région. Si l'on n'y remédie pas de façon intentionnelle, ces faiblesses systémiques continueront d'ailleurs d'entraver la santé et le bien-être des populations dans la Région africaine de l'OMS.
5. À sept années de l'échéance fixée pour l'atteinte des objectifs de développement durable, il est urgent non seulement d'accélérer la reprise et les progrès, mais aussi de se prémunir contre des revers de même nature lorsque d'autres situations d'urgence surviendront à l'avenir. En vue d'accélérer les progrès dans la Région et de concrétiser la vision selon laquelle toutes les populations de la Région africaine de l'OMS doivent jouir d'un bon état de santé et de bien-être, les États Membres devraient investir dans des

systemes de santé transformés, résilients, équitables et efficaces, adossés sur le pilier que constituent les soins de santé primaires.

6. Une approche unifiée du renforcement des systèmes de santé est proposée dans le présent cadre. Cette approche suppose l'investissement dans une plateforme commune renforcée (englobant les soins de santé primaires et les fonctions essentielles de santé publique), tout comme le renforcement de la gouvernance et de la coordination des acteurs et des investissements multisectoriels. Grâce à une telle démarche, les États Membres pourront se doter de nombreuses capacités durables requises non seulement pour parvenir à la couverture sanitaire universelle, mais également pour assurer la sécurité sanitaire et agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux qui ont des répercussions sur la santé.

7. Le cadre régional proposé adapte les recommandations qui figurent dans la note de synthèse de l'OMS sur la résilience des systèmes de santé ont été adaptées. Il est en outre aligné sur le cadre d'action relatif à la couverture sanitaire universelle, ainsi que sur le cadre régional pour la sécurité sanitaire, qui reconnaissent tous les deux que des systèmes de santé résilients doivent être édifiés pour atteindre les objectifs ciblés dans ces cadres. Le cadre régional proposé adopte des recommandations issues de la résolution de la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé, intitulée « Réorientation des systèmes de santé vers les soins de santé primaires, fondement résilient de la couverture sanitaire universelle, et préparatifs d'une réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle ».

8. Le Comité régional a examiné et adopté le cadre régional proposé.

## SOMMAIRE

### Paragraphe

INTRODUCTION .....	1-5
SITUATION ACTUELLE.....	6-12
ENJEUX ET DÉFIS .....	13-21
VISION, BUT, OBJECTIFS, CIBLES ET ÉTAPES INTERMÉDIAIRES.....	22-26
PRINCIPES DIRECTEURS .....	27-32
INTERVENTIONS ET MESURES PRIORITAIRES .....	33-40
MESURES PRISES PAR LE COMITÉ RÉGIONAL.....	41

## INTRODUCTION

1. À l'image des phénomènes météorologiques extrêmes, des conflits, des flambées épidémiques de maladie à virus Ebola passés ou en cours et de la pandémie de COVID-19, les urgences de santé publique ont mis en exergue la fragilité des systèmes de santé et sociaux dans la Région africaine de l'OMS. De nombreuses vies ont été perdues ;<sup>1</sup> des moyens de subsistance et des économies nationales ont été perturbés.<sup>2,3</sup>
2. Les progrès vers l'instauration de la couverture sanitaire universelle et en direction de la sécurité sanitaire et de l'action sur les déterminants de la santé sont au point mort. À mi-chemin de l'échéance fixée pour l'atteinte des objectifs de développement durable, il est urgent de récupérer les acquis perdus, d'accélérer les progrès et de se prémunir contre des revers de même nature lorsque d'autres situations d'urgence surviendront à l'avenir. Pour y parvenir, la Région africaine de l'OMS doit reconstruire des systèmes de santé résilients. *La résilience des systèmes de santé s'entend de la capacité, pour l'ensemble des acteurs et fonctions de la santé, d'atténuer des événements perturbateurs ayant des incidences pour la santé publique, de s'y préparer, d'y riposter et de s'en remettre collectivement tout en continuant à assurer des fonctions et services essentiels, et en s'appuyant sur les expériences passées pour adapter et transformer le système dans la perspective de son amélioration.*<sup>4</sup>
3. La réorientation des systèmes de santé vers les soins de santé primaires est au cœur de systèmes de santé nationaux durables et résilients. Les soins de santé primaires constituent une approche de la santé mobilisant l'ensemble des pouvoirs publics et de la société qui associe : a) les soins primaires et les fonctions essentielles de santé publique, éléments clés des services de santé intégrés ; b) la politique et l'action multisectorielles ; et c) l'autonomisation des individus et des communautés.<sup>5</sup>
4. Les fonctions essentielles de santé publique représentent les compétences et les interventions nécessaires pour atteindre les objectifs de santé publique. On peut notamment citer la protection de la santé, la promotion de la santé, la prévention, la surveillance et l'intervention, tout comme la préparation aux situations d'urgence.<sup>6</sup>
5. Le cadre proposé s'inspire de la note de synthèse de l'OMS sur la résilience des systèmes de santé,<sup>7</sup> d'autres cadres relatifs à la résilience,<sup>8</sup> des conclusions d'une manifestation spéciale organisée sur le thème *Reconstruire en mieux* en marge de la soixante-douzième session du Comité régional<sup>9</sup> et de la résolution de la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé, intitulée « Réorientation des systèmes de santé vers les soins de santé primaires, fondement résilient de la couverture sanitaire

---

<sup>1</sup> [WHO Coronavirus \(COVID-19\) Dashboard](https://covid19.who.int/). Disponible à l'adresse <https://covid19.who.int/>, consulté le 23 mai 2023).

<sup>2</sup> Ruchir Agarwal et Gita Gopinath. L'économie en temps de pandémie. Finances et Développement. Fonds monétaire international, décembre 2021.

<sup>3</sup> Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales. 2022. Rapport sur les objectifs de développement durable 2022 – Juillet 2022 New York (États-Unis d'Amérique). UN DESA. © UN DESA. (Disponible à l'adresse <https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/>, consulté le 23 mai 2023).

<sup>4</sup> Health systems resilience toolkit: a WHO global public health good to support building and strengthening of sustainable health systems resilience in countries with various contexts. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<sup>5</sup> Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires – De l'ambition à l'action. Genève : Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), 2020. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<sup>6</sup> Essential public health functions, health systems and health security: developing conceptual clarity and a WHO roadmap for action. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272597/9789241514088-eng.pdf>, consulté le 23 mai 2023).

<sup>7</sup> Renforcer la résilience du système de santé pour instaurer la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire pendant et après la COVID-19 : exposé de la position de l'OMS. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2021 (WHO/UHL/PHCSP/2021.01).

<sup>8</sup> Mettre en place des systèmes de santé résilients pour faire progresser la couverture sanitaire universelle et assurer la sécurité sanitaire dans la Région de la Méditerranée orientale. EM/RC69/4. Septembre 2022

<sup>9</sup> Rapport de la soixante-douzième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. Brazzaville : Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

universelle, et préparatifs d'une réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle ».<sup>10</sup>

## SITUATION ACTUELLE

6. Il existe un engagement politique en faveur de la couverture sanitaire universelle<sup>11</sup> dans la Région africaine de l'OMS, ainsi qu'une feuille de route<sup>12</sup> clairement définie. Cependant, le rapport de suivi 2022 sur l'instauration de la couverture sanitaire universelle dans la Région africaine fait état de progrès inégaux et même d'une stagnation. À partir de 2000 jusqu'en 2019, l'indice de couverture des services a progressé, passant de 28 à 75 (sur 100) dans tous les États Membres. Cependant, la proportion de la population confrontée à des dépenses de santé catastrophiques qui représentent 10 % ou plus du revenu du ménage est passée de 7,7 % à 8,4 %.<sup>13</sup> Dans 28 États Membres, jusqu'à 25 % des dépenses de santé sont toujours des paiements directs effectués au point de service.<sup>14</sup>

7. Selon les dernières estimations interinstitutions des Nations Unies, la Région africaine a enregistré 69 % des décès maternels répertoriés dans le monde en 2020.<sup>15</sup> La Région africaine supporte également une charge disproportionnée de décès de l'enfant, 38 des 54 pays touchés dans le monde étant situés dans cette Région. En outre, 70 % de ces pays ne sont pas en bonne voie pour atteindre les cibles des objectifs de développement durable relatives à la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Les maladies transmissibles restent la principale cause de décès.<sup>16</sup> Le pourcentage des décès imputables à des maladies non transmissibles est passé de 24,2 % du nombre total de décès en 2000 à 37,1 % du nombre total de décès en 2019.<sup>17</sup>

8. La Région est exposée à des urgences de santé publique qui vont de maladies à potentiel épidémique à d'autres crises humanitaires en passant par des phénomènes climatiques extrêmes. La zone sahélienne traverse une crise humanitaire sans précédent, avec 30,4 millions de personnes qui ont besoin d'une aide humanitaire. La détérioration des conditions de sécurité engendre des difficultés sous l'angle de la prestation des soins de santé.<sup>18</sup>

9. Les États Membres de la Région africaine apparaissent comme les plus vulnérables aux effets néfastes du changement climatique. Or, ces États sont aussi les moins préparés à surmonter ces effets avec efficacité.<sup>19</sup> Le changement climatique aggrave la crise dans le Sahel et représente une menace pour l'accès à l'eau et aux ressources alimentaires.

---

<sup>10</sup> [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA76/A76\\_6-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA76/A76_6-en.pdf).

<sup>11</sup> Résolution des Nations Unies. Soixante-quatorzième session de l'Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration politique issue de la Réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle. Couverture sanitaire universelle – Agir ensemble pour bâtir un monde en meilleure santé. Septembre 2019.

<sup>12</sup> Ne laisser personne de côté – Renforcement des systèmes de santé pour la CSU et les ODD en Afrique. Brazzaville : Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<sup>13</sup> Suivi de la couverture sanitaire universelle dans la Région africaine de l'OMS, 2022. Brazzaville : Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<sup>14</sup> Base de données mondiale de l'OMS sur les dépenses de santé.

<sup>15</sup> Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2023. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<sup>16</sup> Levels & Trends in Child Mortality. Report 2022. Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation.

<sup>17</sup> [PEN-Plus – Une stratégie régionale pour s'attaquer aux maladies non transmissibles graves dans les centres d'orientation-recours de premier niveau \(Document AFR/RC72/4\)](https://apps.who.int/iris/handle/10665/366089) (disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/handle/10665/366089>, consulté le 24 mai 2023).

<sup>18</sup> Observatoire africain de la santé intégré, Région africaine de l'OMS. Aide-mémoire. Le Sahel, épice de nombreuses crises négligées [en anglais]. Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Groupe organique EPR, pôle de Dakar. Novembre 2022 (disponible à l'adresse [https://files.aho.afro.who.int/afahobckpcontainer/production/files/The\\_Sahel\\_zone\\_fact\\_sheet.pdf](https://files.aho.afro.who.int/afahobckpcontainer/production/files/The_Sahel_zone_fact_sheet.pdf), consulté le 24 mai 2023).

<sup>19</sup> Stratégie régionale actualisée pour l'action sur les déterminants environnementaux de la santé humaine dans la Région africaine 2022-2032 (Document AFR/RC72/10) (disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/handle/10665/366088>, consulté le 24 mai 2023).

10. La Région africaine de l'OMS accueille 22 millions de migrants internationaux, au nombre desquels 6,3 millions de réfugiés.<sup>20</sup> Les migrants et les réfugiés sont confrontés à des difficultés d'accès aux soins de santé, qui se greffent aux multiples privations liées à leur situation, notamment sur le plan social, politique ou encore économique.

11. La performance globale des systèmes de santé – c'est-à-dire la mesure dans laquelle un système de santé remplit ses fonctions de gouvernance, de financement et de prestation de services – est faible dans la Région africaine, car les systèmes de santé des pays de la Région réalisent des performances qui se situent en moyenne à 52,9 % de ce qu'ils peuvent réellement offrir.<sup>21</sup> Les capacités nationales de préparation et de riposte à des urgences de santé publique sont faibles partout dans la Région.<sup>22</sup> Dans un tel contexte, la pandémie de COVID-19 a considérablement perturbé la prestation des services de santé, et les perturbations causées par la COVID-19 se sont poursuivies jusqu'à plus de 20 mois après le début de la pandémie (c'est-à-dire jusqu'à la fin de 2021).<sup>23</sup> Selon des estimations officielles de l'Organisation mondiale de la Santé et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), 25 millions d'enfants n'ont pas bénéficié de la vaccination systématique en 2021, contre 19 millions d'enfants en 2019.<sup>24</sup>

12. L'intégration sous-optimale de la poursuite des services de santé essentiels non liés à la COVID-19 dans les plans de riposte à la pandémie a exacerbé les perturbations évoquées ci-dessus. En 2021, un examen des plans nationaux de préparation et de riposte à la COVID-19 établis dans 106 pays a révélé que moins de la moitié (47 %) de ces plans prévoyaient un maintien des services de santé essentiels, que 41 % des plans prévoyaient l'institution d'un mécanisme susceptible de régir la participation de l'ensemble du système de santé à la planification d'urgence, que 34 % des plans avaient pour but d'assurer la prestation de services au niveau infranational, que 29 % des plans prenaient en considération la qualité des soins, que 24 % des plans étaient budgétisés, et que 7 % seulement des plans prévoyaient un suivi des services de santé essentiels.<sup>25</sup>

## ENJEUX ET DÉFIS

13. **Les capacités des systèmes de santé qui étaient déjà limitées avant la pandémie de COVID-19 ont encore été réduites.** L'inadéquation des capacités est l'une des principales causes de la perturbation des services de santé et de l'utilisation peu équitable et sous-optimale des outils de lutte contre la COVID-19. S'il est établi que 14 États Membres<sup>26</sup> ont mis au point des ensembles de services de santé essentiels, on doit bien reconnaître que les faiblesses persistantes de leurs systèmes de santé menacent d'entraver la prestation des services prévus.

---

<sup>20</sup> Nations Unies, Département des Affaires économiques et sociales, Division de la population (2017). Rapport sur les migrations internationales 2017.

<sup>21</sup> Rapport sur la performance des systèmes de santé dans la Région africaine de l'OMS (AFR/RC70/13) (disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333713>, consulté le 24 mai 2023).

<sup>22</sup> Talisuna A, Yahaya AA, Rajatonirina SC, et al. Joint external evaluation of the International Health Regulation (2005) capacities: current status and lessons learnt in the WHO African region. *BMJ Global Health* 2019; 4:e001312. doi:10.1136/bmjgh-2018-001312.

<sup>23</sup> WHO 2022. Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: November-December 2021 (disponible à l'adresse [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS\\_continuity-survey-2022.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2022.1), consulté le 18 décembre 2022).

<sup>24</sup> Communiqué de presse conjoint publié le 15 juillet 2022 (disponible à l'adresse <https://www.who.int/news/item/15-07-2022-covid-19-pandemic-fuels-largest-continued-backslide-in-vaccinations-in-three-decades>).

<sup>25</sup> Mustafa S, Zhang Y, Zibwowa Z, Seifeldin R, Ako-Egbe L, McDarby G, et al. COVID-19 preparedness and response plans from 106 countries: a review from a health systems resilience perspective, *Health Policy Plan*. 2021: czab089. doi:10.1093/heapol/czab089.

<sup>26</sup> L'Afrique du Sud, le Botswana, le Burkina Faso, l'Eswatini, l'Éthiopie, le Kenya, le Lesotho, la Namibie, l'Ouganda, les Seychelles et le Zimbabwe ont élaboré des ensembles de services essentiels. Madagascar, le Niger et la Sierra Leone ont engagé le même processus.

14. **Le sous-financement des systèmes de santé.** Les gouvernements prennent en charge plus de 50 % des dépenses de santé dans sept pays<sup>27</sup> seulement.<sup>28</sup> Dans les États Membres de la Région africaine, les dépenses de santé courantes se chiffrent en moyenne à 54 dollars É.-U. par habitant, et les dépenses de santé générales des administrations publiques tournent autour de 14,8 dollars É.-U. par habitant,<sup>29</sup> alors que les besoins par habitant sont estimés à 127 dollars É.-U. pour un ensemble de services de santé essentiels.<sup>30</sup>

15. **Les difficultés liées aux personnels de santé sont particulièrement sérieuses.**<sup>31</sup> La Région africaine sera confrontée à une pénurie de 5,3 millions de personnels de santé d'ici à 2030, ce qui représente 52 % de la pénurie prévue dans le monde.<sup>32</sup> Les décès disproportionnés survenus chez les agents de santé pendant la COVID-19,<sup>33</sup> l'augmentation des problèmes de santé mentale<sup>34</sup> et l'exode massif des agents de santé sont autant de facteurs qui exacerbent la pénurie dans un contexte marqué par un nombre croissant d'agents de santé qualifiés au chômage.<sup>35</sup>

16. **Le manque d'accès soutenu aux produits de santé de qualité obtenus à un coût abordable.** La disponibilité des médicaments est faible dans le secteur public comme dans le secteur privé (car elle s'établit à 35 % dans le premier secteur et à 63 % dans le second) et l'on assiste à des pénuries chroniques conjuguées à une escalade des coûts. La capacité de fabrication locale de vaccins, de produits thérapeutiques et de moyens de diagnostic est limitée.

17. **La pandémie de COVID-19 a creusé les inégalités, au nombre desquelles les inégalités en matière de genre.** La COVID-19 a touché de façon disproportionnée les populations vulnérables et mis à nu les insuffisances en matière de protection sociale.<sup>36</sup> La collaboration avec les communautés est occasionnelle et l'on pourrait mettre à contribution les enseignements tirés des flambées épidémiques de maladie à virus Ebola dans la Région<sup>37,38</sup> en faisant participer les populations aux interventions sanitaires en tant que moyen d'action<sup>39</sup> et de lutte contre les inégalités.

---

<sup>27</sup> Afrique du Sud, Algérie, Botswana, Cabo Verde, Eswatini, Gabon et Seychelles.

<sup>28</sup> Suivi de la couverture sanitaire universelle dans la Région africaine de l'OMS, 2022. Brazzaville : Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<sup>29</sup> WHO Global Health Financing database (disponible à l'adresse <https://apps.who.int/nha/database>, consulté en mars 2022).

<sup>30</sup> World Health Statistics 2017: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Genève : World Health Organization (disponible à l'adresse [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2017/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/), consulté le 25 mai 2022).

<sup>31</sup> World Health WHO, The Impact of COVID-19 on Health and Care Workers: A Closer Look at Deaths., Working Paper 1. Geneva: World Health Organization; September 2021 (WHO/HWF/WorkingPaper/2021.1). (Geneva, Switzerland: Health Workforce Department, World Health Organization, 2021).

<sup>32</sup> Mathieu Boniol and others, 'The Global Health Workforce Stock and Distribution in 2020 and 2030: A Threat to Equity and 'Universal Health Coverage?', *BMJ Global Health*, 7.6 (2022), e009316.

<sup>33</sup> World Health WHO, The Impact of COVID-19 on Health and Care Workers: A Closer Look at Deaths., Working Paper 1. Geneva: World Health Organization; September 2021 (WHO/HWF/WorkingPaper/2021.1). (Geneva, Switzerland: Health Workforce Department, World Health Organization, 2021).

<sup>34</sup> World Health Organization, Health Workforce Policy and Management in the Context of the COVID-19 Pandemic Response: Interim Guidance, 3 December 2020 (World Health Organization, 2020); Bazghina-werq Semo and Souci Mogga Frissa, 'The Mental Health Impact of the COVID-19 Pandemic: Implications for Sub-Saharan Africa', *Psychology Research and Behavior Management*, 13 (2020), 713–20 (<https://doi.org/10.2147/PRBM.S264286>).

<sup>35</sup> James Asamani and others, 'Investing in the Health Workforce: Fiscal Space Analysis of 20 Countries in East and Southern Africa, 2021–2026', *BMJ Global Health*, 7 (2022), e008416 <<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-008416>>; WHO/AFRO, The State of the Health Workforce in the WHO African Region, (Brazzaville, Republic of Congo: World Health Organization, Regional Office for Africa, 2021) (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/348855/9789290234555-eng.pdf?sequence=1>, accessed 24 May 2023).

<sup>36</sup> World Bank. 2022. Change Cannot Wait: Building Resilient Health Systems in the Shadow of COVID-19. Washington, DC: World Bank.

<sup>37</sup> Anoko JN, et al. Community engagement for successful COVID-19 pandemic response: 10 lessons from Ebola outbreak responses in Africa. *BMJ Global Health* 2020;4:e003121. doi:10.1136/bmjgh-2020-003121.

<sup>38</sup> Frimpong SO, Paintsil E. Community engagement in Ebola outbreaks in sub-Saharan Africa and implications for COVID-19 control: A scoping review. *International Journal of Infectious Diseases*. 2022 Dec 1.

<sup>39</sup> Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

18. **La capacité insuffisante à garantir la qualité, l'innocuité et l'efficacité des produits médicaux.** Les systèmes de réglementation de l'Afrique du Sud, du Ghana, du Nigéria et de la République-Unie de Tanzanie ont été évalués et sont considérés à l'heure actuelle comme fonctionnant correctement et capables d'assurer une production locale durable, ainsi qu'un accès aux produits médicaux essentiels de qualité garantie, ce qui signifie qu'ils ont atteint le « niveau de maturité 3 ». <sup>40</sup> Selon la classification de l'OMS, 41 États Membres opèrent au niveau de maturité 1. <sup>35</sup>

19. **L'inadéquation des systèmes et des capacités de production, d'analyse et d'utilisation des données sanitaires.** Les systèmes et les capacités d'enquête auprès des ménages sont bien développés ou durables dans seulement 16 pays (autrement dit, dans 34 % des États Membres de la Région). Le système d'information sanitaire courant n'est bien développé ou durable que dans dix pays (21 % du total régional). Le système d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil est le moins développé, car quatre pays seulement (9 % du total régional) sont dotés de la capacité à enregistrer tous les décès et leurs causes de façon continue. <sup>41</sup>

20. **Les défis en matière de gouvernance.** La multitude de partenariats et initiatives peu adaptés aux systèmes nationaux se solde par la création de structures de gouvernance qui se font concurrence sur le terrain du renforcement des systèmes de santé. La fragmentation des efforts qui sont faits en faveur du renforcement des systèmes de santé est apparue comme un problème majeur pendant la pandémie de COVID-19 <sup>42</sup> et à la suite d'un examen de plans nationaux de préparation et de riposte en 2021.

21. **Les milieux fragiles, touchés par un conflit et vulnérables sont confrontés à des problèmes supplémentaires.** Selon la classification de la Banque mondiale, 10 États Membres de la Région se caractérisent par des environnements marqués par la fragilité, le conflit et la violence (FCV) à cause des conflits qui y prévalent, et sept autres pays sont en proie à une fragilité institutionnelle et sociale. <sup>43</sup> Le manque de confiance, la perturbation des services, les filets de sécurité sociale limités et la mauvaise coordination des acteurs humanitaires et du développement sont monnaie courante.

## VISION, BUT, OBJECTIFS, CIBLES ET ÉTAPES INTERMÉDIAIRES

22. La **vision** est que tous les habitants de la Région africaine de l'OMS bénéficient d'une bonne santé et du bien-être sans aucune perturbation due à des situations d'urgence sanitaire.

23. Le **but** est de disposer, d'ici à 2030, de systèmes de santé résilients capables de faire face à des chocs perturbateurs ou à des pressions liées à toutes sortes de risques et en mesure de pérenniser et de protéger les acquis de la santé publique.

24. Les **objectifs** s'articulent comme suit :

- a) renforcer les bases des soins de santé primaires et créer des modèles de fourniture de soins complets, intégrés et centrés sur la personne, qui s'inspirent des bases déjà posées ;

---

<sup>40</sup> Base de données de l'OMS pour les évaluations de pays à l'aide de l'outil d'évaluation comparative mondial de l'OMS destiné aux autorités de réglementation nationales (disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1346833/retrieve>, consulté le 1<sup>er</sup> mars 2023).

<sup>41</sup> WHO, 2020. SCORE for health data technical package. Global Report on health data systems and capacity (disponible à l'adresse <https://www.who.int/data/data-collection-tools/score/dashboard/>, consulté le 21 mars 2023)

<sup>42</sup> Lal, Arush, Ngozi A. Erundu, David L. Heymann, Githinji Gitahi, and Robert Yates. 2021. "Fragmented Health Systems in COVID-19: Rectifying the Misalignment Between Global Health Security and Universal Health Coverage." *The Lancet* 397: 61-67. (disponible à l'adresse [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32228-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32228-5/fulltext), consulté le 23 mars 2023).

<sup>43</sup> Classification of Fragile and Conflict-Affected Situations (disponible à l'adresse <https://www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence/brief/harmonized-list-of-fragile-situations>, consulté le 24 mai 2023).

- b) renforcer les principales fonctions essentielles de santé publique afin que les systèmes de santé nationaux soient dotés des capacités nécessaires pour être pleinement résilients ;<sup>44</sup> et
- c) consolider la gouvernance en améliorant parallèlement la coordination des acteurs multisectoriels et des investissements à l'aide de mécanismes institutionnalisés, dans le but de bénéficier de la collaboration de l'ensemble de la société et de l'ensemble des pouvoirs publics.

#### 25. **Cibles, d'ici à 2030 :**

- a) au moins 45 États Membres ont mis en place des ensembles de services de santé essentiels grâce à l'approche des soins de santé primaires ;
- b) les États Membres ont atteint au moins 70 % des cibles relatives aux personnels de santé, conformément aux besoins sanitaires des populations, l'ambition étant de parvenir à la couverture sanitaire universelle, de renforcer les soins de santé primaires et de consolider les fonctions de santé publique ;
- c) tous les États Membres ont réalisé une cartographie et une évaluation du personnel de santé publique et du personnel d'intervention en cas d'urgence sanitaire ;
- d) au moins 10 États Membres ont atteint le niveau de maturité 3, selon l'outil d'évaluation comparative mondial mis au point par l'OMS et destiné aux autorités de réglementation nationales ; et
- e) tous les États Membres sont dotés de politiques et d'instruments législatifs et réglementaires qui leur donnent la possibilité de mobiliser et de coordonner les ressources pangouvernementales et pansociétales, de même que des ressources du secteur privé.

#### 26. **Étapes intermédiaires, d'ici à 2025 :**

- a) au moins 18 États Membres devront avoir mis en place des ensembles de services de santé essentiels offerts en s'appuyant sur l'approche des soins de santé primaires ;
- b) les États Membres devront avoir atteint au moins 50 % des cibles relatives aux personnels de santé, conformément aux besoins de santé des populations, la finalité étant de parvenir à la couverture sanitaire universelle, de renforcer les soins de santé primaires et de consolider les fonctions de santé publique ;
- c) au moins 32 États Membres devront avoir réalisé une cartographie et une évaluation du personnel de santé publique et du personnel d'intervention en cas d'urgence sanitaire ;
- d) au moins cinq États Membres devront être passés du niveau de maturité 1 au niveau de maturité 2, selon l'outil d'évaluation comparative mondial mis au point par l'OMS et destiné aux autorités de réglementation nationales ; et
- e) au moins 40 États Membres devront avoir institué un mécanisme multisectoriel de haut niveau grâce auquel ils peuvent superviser le renforcement de la résilience des systèmes de santé, avec des rôles et des responsabilités clairement définis.

### **PRINCIPES DIRECTEURS**

27. **La prise en main par les États Membres, le rôle moteur qu'ils doivent jouer et la responsabilisation.** La promotion et la protection de la santé des citoyens relèvent principalement de la responsabilité des gouvernements nationaux, au même titre que la fourniture de soins.

28. **Le système « Une seule santé ».** Si chaque situation d'urgence est unique en son genre, il n'en demeure pas moins que les systèmes de santé peuvent être conçus pour combler toutes les attentes des

---

<sup>44</sup> Par « système pleinement résilient », on entend un système de santé qui est capable de prévoir un large éventail de risques et de chocs, de les prévenir, de les détecter, de les absorber, de s'y adapter et d'y riposter, tout en maintenant les fonctions et les services essentiels, en apprenant et en s'améliorant selon qu'il conviendra.

populations en matière de santé. Cela passe par **l'harmonisation des plans et ressources des donateurs et des partenaires**, ainsi que par **l'alignement de ces plans et ressources** sur le plan établi par le pays.

29. **L'équité.** Il s'agit de veiller à ce que nul ne soit laissé de côté en donnant intentionnellement la priorité au bien-être des populations les plus vulnérables, en particulier les femmes, les filles, les enfants, les personnes handicapées, les réfugiés, les personnes âgées, et en veillant à la participation active de la communauté tout entière.

30. **La participation des populations et des autres parties prenantes.** En collaborant avec les communautés en tant que moyen d'action, les systèmes de santé seront mieux adaptés aux besoins des populations.

31. **L'apprentissage et l'utilisation des expériences passées.** Il s'agit de veiller à ce que les enseignements tirés de situations d'urgence passées soient documentés, analysés et utilisés pour élaborer des politiques et mener des actions.

32. **Des approches reposant sur l'ensemble des pouvoirs publics et sur l'ensemble de la société.** La santé est essentielle pour le développement national. Elle nécessite des partenariats stratégiques et une action collaborative qui mobilise l'ensemble des citoyens, des communautés et des secteurs, y compris le secteur privé. Une solidarité dépassant les frontières de la Région et du continent est par ailleurs indispensable.

## **INTERVENTIONS ET MESURES PRIORITAIRES**

33. **Priorité 1. Transformer les systèmes de santé en adoptant une approche des soins de santé primaires.** Les mesures proposées pour concrétiser cette priorité sont résumées dans les points a) à d) ci-après.

- a) Les États Membres devraient aligner tous les plans du secteur de la santé sur un plan stratégique national pour le secteur de la santé unique, dans le but de mettre en œuvre le cadre opérationnel pour les soins de santé primaires. Le cadre fournit aux États Membres des orientations grâce auxquelles ils peuvent renforcer les systèmes orientés vers les soins de santé primaires afin de répondre aux besoins de santé des populations.
- b) Les États Membres devraient élaborer des ensembles de services de santé essentiels comprenant les services de soins d'urgence, de soins critiques et de soins opératoires adaptés à leurs contextes et couvrir toutes les tranches d'âge. Cette démarche favorisera l'intégration des programmes de santé parallèles de façon à ce qu'ils soient centrés sur la personne, capables de répondre aux besoins et efficaces. Les États Membres devraient donner la priorité à la promotion de la santé et aux soins préventifs pour réduire la charge socioéconomique due aux situations d'urgence et à la prise en charge des malades.
- c) Les États Membres devraient investir dans l'atteinte des cibles relatives au personnel de santé et renforcer leurs systèmes pour évaluer et suivre de près la disponibilité d'agents de santé en nombre suffisant et pérenne, les niveaux de compétence et la répartition d'agents de soins de santé primaires engagés et pluridisciplinaires.
- d) Les États Membres devraient créer un environnement favorable à la collaboration en cours et à long terme avec les populations et les parties prenantes afin de donner les moyens d'action aux populations et aux communautés pour en faire des copropriétaires et des coproducteurs de la santé.

34. **Priorité 2. Investir dans les fonctions essentielles de santé publique à tous les niveaux du système de santé.** Les mesures proposées pour concrétiser cette priorité sont résumées dans les points a) et b) ci-après.

- a) Les États Membres devraient engager une concertation sur les politiques pour susciter une prise

de conscience et, partant, pour favoriser un engagement en faveur d'un ensemble vital de fonctions essentielles de santé publique dans lequel ces États devraient investir. Ils devraient renforcer les capacités institutionnelles et opérationnelles et les infrastructures pour maintenir des capacités vitales concernant les fonctions essentielles de santé publique, en étroite collaboration avec le Centre africain pour la prévention et le contrôle des maladies (CDC-Afrique). Cette démarche englobe la mobilisation d'un financement intérieur suffisant et la coordination du financement extérieur levé grâce au Fonds de lutte contre les pandémies, au prochain accord de lutte contre les pandémies et à d'autres entités de financement.

- b) Les États Membres devraient renforcer leur capacité à élargir l'accès aux médicaments, aux vaccins et aux technologies en développant les capacités locales de fabrication et en facilitant les échanges transfrontaliers. Ils devraient éliminer les obstacles inutiles à l'accès à des médicaments et à d'autres produits de santé de qualité, et mettre en place des mécanismes susceptibles d'accroître la résilience de la chaîne d'approvisionnement, de sorte que l'approvisionnement en produits de santé puisse se poursuivre pendant les chocs.
- c) En vue de réduire la charge de morbidité imputable aux déterminants environnementaux, y compris les effets du changement climatique, les États Membres devraient mettre en œuvre les mesures prioritaires énoncées dans la stratégie régionale actualisée (2022-2032) pour l'action sur les déterminants environnementaux de la santé humaine dans la Région africaine de l'OMS.

**35. Priorité 3. Investir dans des mécanismes institutionnalisés pour obtenir un engagement de toutes les couches de la société.** Les mesures proposées pour concrétiser cette priorité sont résumées dans les points a) à c) ci-après.

- a) Les États Membres devraient élaborer des instruments politiques, législatifs et réglementaires pour mobiliser et coordonner les ressources pangouvernementales et pansociétales, y compris les ressources du secteur privé, afin de soutenir la préparation, la riposte et le relèvement des systèmes de santé, tout comme les capacités de résilience. Ils devraient clairement définir les rôles que les municipalités et les gouvernements locaux doivent jouer lorsqu'il s'agit de soutenir des systèmes de santé publique et de santé adaptés aux besoins des populations.
- b) Les États Membres devraient vivement recommander et améliorer les mécanismes et plateformes de coordination et de collaboration transfrontalières, régionales et continentales dans le but de faire progresser l'apprentissage collectif, ainsi que les objectifs régionaux, ceci de façon solidaire.
- c) Les États Membres devraient penser à réaliser des examens universels de l'état de santé et de préparation. L'examen universel de l'état de santé et de préparation est un examen volontaire, régulier et transparent des capacités nationales générales en matière de santé et de préparation, qui a pour but de renforcer les capacités nationales en matière de préparation aux situations d'urgence sanitaire, de couverture sanitaire universelle et d'amélioration de la santé des populations.

**36. Priorité 4. Tirer parti de la riposte actuelle à la pandémie pour renforcer les systèmes de santé.** Les mesures proposées pour concrétiser cette priorité sont résumées dans les points a) à c) ci-après.

- a) Les États Membres devraient protéger et préserver la santé et le bien-être du personnel de santé et d'aide à la personne en veillant à ce que ce personnel dispose des connaissances, des compétences et des ressources qui s'avèrent nécessaires pour prendre des mesures d'autoprotection. Les agents de santé devraient bénéficier de la sécurité de l'emploi et d'une rémunération appropriée et régulière, et travailler dans des environnements sûrs, sains et favorables.
- b) Les États Membres devraient soutenir, adapter et utiliser à une plus grande échelle les modèles novateurs de prestation de services apparus pendant la pandémie afin d'élargir l'accès aux services de santé essentiels. On peut citer à titre d'exemple la télémédecine, les technologies de santé numérique, l'autoprise en charge, les modèles de soins communautaires et la participation de

centres de recherche et de pôles d'innovation à la gestion des situations d'urgence et à la lutte contre les maladies.

- c) Les États Membres devraient renforcer leurs capacités nationales de détection, de notification de produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés et de lutte contre ces produits, particulièrement pendant les situations d'urgence. Ils devraient à cet effet accroître leur capacité à réaliser des tests en laboratoire et à faire appliquer les mesures réglementaires appropriées.

**37. Priorité 5. Remédier aux inégalités préexistantes en matière d'accès aux services de santé essentiels, ainsi qu'aux effets disproportionnés que les situations d'urgence sanitaire ont sur les populations marginalisées et vulnérables.** Les mesures proposées pour concrétiser cette priorité sont résumées dans les points a) et b) ci-après.

- a) Les États Membres devraient régulièrement suivre l'évolution des inégalités en matière d'accès, de couverture des populations et d'impact sur ces populations par rapport aux obstacles financiers, juridiques, sociaux à l'accès aux services de santé, sans oublier les obstacles liés au système de santé, en utilisant des données désagrégées. Ils devraient réorienter les financements pour que les ressources soient davantage axées vers les populations pauvres et vulnérables, y compris celles qui vivent dans des milieux fragiles, en proie à un conflit et vulnérables.
- b) Les États Membres devraient mettre en place et promouvoir des mécanismes de participation sociale durables et des approches communautaires, afin d'instaurer la confiance et de donner aux populations de toutes les communautés, en particulier les plus vulnérables, la possibilité de se faire entendre. Cette démarche sera utile pour accroître la transparence et la responsabilisation à l'égard des actions menées pour converger vers la couverture sanitaire universelle.

**38. Priorité 6. Assurer un financement durable des fondements du système de santé.** Les mesures proposées pour concrétiser cette priorité sont résumées dans les points a) à c) ci-après.

- a) Les États Membres devraient définir les besoins en ressources requises à long terme pour renforcer la résilience des systèmes de santé et favoriser la poursuite du dialogue avec les ministères des finances, les organismes parlementaires et d'autres parties prenantes, en vue d'accroître la part des ressources nationales allouées à la santé. Ils devraient assurer une coordination avec d'autres secteurs, de manière à tirer avantage des ressources disponibles et de partenariats multisectoriels.
- b) Les États Membres devraient créer des lignes consacrées à la préparation aux situations d'urgence dans les budgets nationaux et infranationaux alloués à la santé, tout en étudiant la possibilité de créer des mécanismes de financement de la riposte aux situations d'urgence. Ils devraient rationaliser les processus de gestion des finances publiques afin de faciliter les mouvements de fonds courants jusqu'au bout, tout en garantissant une plus grande flexibilité budgétaire en cas d'urgence de santé publique.
- c) Les États Membres devraient encourager la mise en place, y compris par l'intermédiaire du secteur privé, de systèmes d'achat et de paiement qui favorisent des modèles de soins plus axés sur la prévention et la promotion de la santé, coordonnés dans la continuité des soins et fournis à des endroits situés au plus près des lieux où vivent et travaillent les populations. Les pays devraient créer ou renforcer les mécanismes qui protègent les usagers contre les dépenses de santé catastrophiques en exploitant ces mécanismes et en les alignant sur les stratégies de protection sociale au sens large. Dans ces démarches, priorité doit être donnée à la protection des groupes les plus démunis et les plus vulnérables.

**39. Priorité 7. Mettre en place et encourager des environnements propices à la production et à l'échange de données, tout comme à la recherche-développement, à l'innovation et à l'apprentissage.** Les mesures proposées pour concrétiser cette priorité sont résumées dans les points a) à c) ci-après.

- a) Les États Membres devraient renforcer leurs systèmes d'information sanitaire et leurs capacités nationales pour produire, stocker, transmettre, analyser et communiquer, et utiliser les données

sanitaires au service de la santé publique. Il peut notamment s'agir de tirer parti des plateformes de santé numérique, de l'architecture numérique interopérable, de l'intelligence artificielle et d'autres innovations applicables aux technologies de l'information pour améliorer la célérité et la précision dans la collecte, l'analyse, la notification et la communication des données, ainsi que dans l'utilisation des données pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques. Ils devraient faciliter l'échange d'informations et de données entre les pays et à l'intérieur de chaque pays, de même que l'apprentissage, afin de progresser dans la réalisation des objectifs régionaux.

- b) Les États Membres devraient aussi élaborer des lois, des règlements et des politiques, et prévoir des mesures d'incitation et des règles d'éthique applicables à la recherche-développement et aux innovations. Ils devraient favoriser et améliorer les capacités régionales et nationales en matière de recherche, d'innovation et d'apprentissage afin d'accélérer la mise en œuvre à grande échelle de stratégies efficaces grâce auxquelles ils pourront renforcer des systèmes de santé axés sur les soins de santé primaires. Les États Membres devraient accroître le financement, coordonner la recherche-développement au niveau régional tout en collaborant dans ce domaine, et établir un système de partage des avantages tirés d'une telle recherche.
- c) Les États Membres devraient élaborer et utiliser un cadre de suivi-évaluation des progrès accomplis vers l'acquisition de capacités de résilience, la mise en place de fonctions essentielles de santé publique et l'adoption de mesures relatives aux soins de santé primaires. Ce cadre devrait comprendre des mesures en faveur de l'égalité des genres, d'autres déterminants de l'équité et du respect des droits humains. Le cadre de suivi-évaluation devrait tenir dûment compte des moyens qu'il faut déployer pour le mettre en œuvre.

40. En vue d'assurer le suivi de la mise en œuvre du présent cadre, le Secrétariat travaillera en collaboration avec les États Membres et utilisera des bases de référence établies pour faire rapport tous les deux ans sur l'atteinte des étapes intermédiaires et des cibles définies. Le Secrétariat travaillera en collaboration avec les États Membres et les parties prenantes sur les autres indicateurs de résilience des systèmes qu'il convient d'adopter et de soutenir, et apportera un appui aux États Membres pour qu'ils puissent mettre en place des systèmes conçus pour les tests de résistance, ainsi que pour la production de données et l'établissement de rapports au regard de ces indicateurs.

## **MESURES PRISES PAR LE COMITÉ RÉGIONAL**

41. Le Comité régional a examiné et adopté les mesures proposées.