

Comité régional de l’Afrique

Original : anglais

Soixante-quinzième session
Lusaka, République de Zambie, 25-27 août 2025

Point 16.13 de l’ordre du jour provisoire

**Rapport de situation sur la mise en œuvre de la stratégie régionale pour la participation
communautaire (2023-2030) dans la Région africaine de l’OMS**

Document d’information

Sommaire

	Paragraphes
Contexte	1-3
Progrès accomplis/mesures prises.....	4-8
Enjeux et défis.....	9-10
Prochaines étapes	11-13

Contexte

1. L'autonomisation des communautés est essentielle pour les soins de santé primaires, la couverture sanitaire universelle, les objectifs de développement durable et la sécurité sanitaire.^{1,2,3} La stratégie régionale pour la participation communautaire⁴ vise à permettre aux gouvernements d'établir et de maintenir des relations de confiance avec les parties prenantes et les communautés. Elle fournit des orientations sur la manière de tirer parti des mécanismes de prestation de services et des structures communautaires existants pour institutionnaliser une participation véritable à l'interface de la santé, du développement et de l'action humanitaire, tout en mettant l'accent sur l'amélioration de la recherche, du suivi et de l'évaluation, et en utilisant les enseignements tirés pour éclairer les interventions futures.

2. La Stratégie est en cohérence avec les cadres mondiaux et régionaux pour les soins de santé primaires, la participation sociale, la promotion de la santé et la préparation aux situations d'urgence. Elle met l'accent sur l'autonomisation des communautés et l'intégration de la participation communautaire dans les politiques, la prestation de services et le suivi.

3. Ce premier rapport de situation fait le point sur les étapes de la mise en œuvre, met en lumière les réalisations et identifie les enseignements à tirer pour éclairer la suite de la mise en œuvre. L'examen porte sur les progrès accomplis en vue d'atteindre les objectifs intermédiaires de 2025,⁵ qui consistent à cartographier les actifs et les structures communautaires, à élaborer des modes opératoires normalisés (MON) et des principes directeurs pour l'intégration de la participation communautaire dans les soins de santé primaires, la promotion de la santé et la prestation de services de santé, ainsi qu'à documenter les enseignements tirés de la participation communautaire dans au moins 15 États Membres.

Progrès accomplis/mesures prises

4. **Cartographie des actifs et structures communautaires :** Au début de 2024, trente-sept États Membres avaient procédé à une cartographie des actifs et des structures communautaires pour éclairer les actions futures, dépassant ainsi le jalon fixé pour 2025. En outre, dans le cadre de l'initiative SURGE, 30 pays⁶ ont procédé à des évaluations exploratoires et à la cartographie des parties prenantes. Seize pays touchés par la variole simienne ou à risque⁷ ont procédé à des évaluations de l'état de

¹ OMS (2018). Déclaration d'Astana. Conférence internationale sur les soins de santé primaires. Astana (Kazakhstan), 25 et 26 octobre 2018 (n° WHO/HIS/SDS/2018.61). Organisation mondiale de la Santé.

² WHO. UHC in Africa: a framework for action. N° WHO/HSS/HSF/2016.01. World Health Organization; 2016.

³ WHO. Stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et la gestion des situations d'urgence 2016-2020 : rapport du Secrétariat 72 (AFR/RC72/8, 2022). Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique.

⁴ OMS/AFRO

⁵ D'ici à 2025, la Stratégie régionale pour la participation communautaire vise à ce qu'au moins 15 États Membres aient réalisé des progrès mesurables dans trois domaines clés. Plus précisément, les pays sont censés : i) cartographier les actifs et les structures communautaires existants afin d'établir une base de connaissances pouvant guider les actions futures ; ii) élaborer conjointement des modes opératoires normalisés et définir des principes directeurs pour intégrer efficacement la participation communautaire dans les soins de santé primaires, la promotion de la santé et la prestation de services de santé ; et iii) documenter, consolider et appliquer les enseignements tirés des expériences passées en matière de participation communautaire dans les contextes de promotion de la santé, de prestation de services et de gestion des situations d'urgence.

⁶ Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Tchad et Togo.

⁷ Afrique du Sud, Congo, Côte d'Ivoire, Ghana, Kenya, Libéria, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Zambie et Zimbabwe.

préparation en matière de communication sur les risques et de participation communautaire, y compris la cartographie des structures communautaires avant et après la déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale, et onze États Membres⁸ ont entrepris des analyses de situation approfondies en collaboration avec la Communauté économique des États de l'Afrique centrale (CEEAC).

5. Élaboration conjointe de modes opératoires normalisés et de principes directeurs pour l'intégration de la participation communautaire dans les systèmes de santé : Trente-six pays ont intégré la participation communautaire dans les lignes directrices et les feuilles de route nationales du secteur de la santé. Cependant, l'élaboration conjointe formelle de modes opératoires normalisés et de principes directeurs reste limitée, de sorte que ce jalon n'est que partiellement atteint. Un appui technique supplémentaire est nécessaire pour institutionnaliser ces cadres à grande échelle.

6. Documentation et application des enseignements tirés : Un plan régional de mise en œuvre est en cours de finalisation pour guider les pays dans la mise en œuvre de la Stratégie. Vingt pays⁹ ont élaboré des feuilles de route pour la communication sur les risques et la participation communautaire sur la base des conclusions du projet SURGE. Une stratégie sous-régionale de l'Afrique centrale est en cours de finalisation,¹⁰ huit États Membres¹¹ intégrant la participation communautaire à la RCCE (communication sur les risques et participation communautaire), et neuf pays¹² intégrant des initiatives relatives à la promotion de la santé et à l'équité. Trois pays¹³ ont mis en place des systèmes de gestion de l'infodémie, tandis que cinq pays¹⁴ ont institutionnalisé des mécanismes d'écoute sociale reliant les communautés aux décideurs. En novembre 2024, une consultation nationale en République démocratique du Congo a examiné les données sur la dynamique sociale, comportementale et communautaire de la riposte à la variole simienne et élaboré un protocole d'étude pour combler les lacunes en matière de données probantes.

7. Obtention des ressources nécessaires, telles que le soutien financier, technique, logistique et en personnel : L'OMS a soutenu la formation à la communication sur les risques et la participation communautaire dans 12 pays¹⁵ pour les ripostes à la variole simienne, à la maladie de Marburg et au choléra. Trente-neuf États Membres¹⁶ ont reçu une formation à la gestion des infodémies. Dans 11

⁸ Angola, Burundi, Cameroun, Congo, Gabon, Guinée équatoriale, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe et Tchad.

⁹ Afrique du Sud, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Eswatini, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mozambique, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone et Tchad.

¹⁰ La stratégie sous-régionale est en train d'être élaborée à partir des résultats des analyses de situation en Angola, au Burundi, au Cameroun, au Congo, au Gabon, en Guinée équatoriale, en République centrafricaine, en République démocratique du Congo, au Rwanda, au Tchad et à Sao Tomé-et-Principe.

¹¹ Des stratégies nationales multirisques de communication sur les risques et de participation communautaire pour les situations ou événements d'urgence de santé publique ont été élaborées en Afrique du Sud, en Gambie, au Ghana, au Kenya, à Madagascar, au Malawi, en République démocratique du Congo et au Zimbabwe.

¹² Afrique du Sud, Cabo Verde, Éthiopie, Libéria, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sierra Leone et Tchad.

¹³ Kenya, Nigéria et République démocratique du Congo.

¹⁴ Afrique du Sud, Gabon, Kenya, Nigéria et République démocratique du Congo.

¹⁵ Afrique du Sud, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Eswatini, Ghana, Kenya, Libéria, Madagascar, Maurice, Togo et Zimbabwe.

¹⁶ Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Eswatini, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo et Zimbabwe.

pays,¹⁷ des représentants communautaires¹⁸ et des acteurs non étatiques¹⁹ ont été formés à la communication sur les risques et la participation communautaire, à la culture sanitaire et à la gestion des infodémies. Un programme régional de formation des agents de santé communautaires fondé sur les compétences est en cours d'élaboration et huit pays ont entrepris de renforcer leurs capacités en matière de connaissances comportementales,²⁰ cinq²¹ ayant désigné des points focaux ou des équipes chargés d'intégrer la veille économique dans les programmes.

8. Capacité de collecter, d'analyser et d'utiliser des données sociales, environnementales et comportementales : Les universités de la Région développent les sciences comportementales dans les programmes d'études et de recherche en santé publique et en médecine dans cinq pays.²² Les efforts régionaux visant à intégrer la recherche comportementale et sociale s'intensifient, avec une collaboration croissante entre les ministères, les universités et les partenaires opérationnels.

Enjeux et défis

9. Si des progrès ont été réalisés, la participation communautaire doit avoir une plus grande place dans les politiques sanitaires nationales pour une institutionnalisation efficace et une action multisectorielle, avec un mécanisme solide de suivi et d'évaluation.

10. Les difficultés sont notamment l'incohérence de la mise en œuvre, les ressources limitées, la faible production et utilisation des données probantes et la dépendance à l'égard du financement spécifique aux situations d'urgence. Une approche globale axée sur la coproduction, le coapprentissage et la coévaluation est nécessaire pour renforcer la résilience des communautés et garantir une collaboration permanente avec les structures et les champions locaux.

Prochaines étapes

11. Les États Membres devraient :

- a) procéder à des évaluations intermédiaires pour relever les progrès et les lacunes en vue d'atteindre les cibles ;
- b) aligner les politiques actuelles sur les soins de santé primaires, la résilience climatique et l'action multisectorielle, afin d'intégrer la participation communautaire ;
- c) renforcer les mécanismes de formation, de supervision et de maintien du personnel de santé communautaire, y compris les fonctions liées aux sciences comportementales et sociales ;
- d) participer à la coopération transfrontalière, aux dialogues techniques et aux échanges de connaissances régionaux.

12. L'OMS et les partenaires devraient :

- a) aider les États Membres à mener des évaluations nationales et à appliquer les enseignements tirés ;

¹⁷ Burkina Faso, Kenya, Mauritanie, Maurice, Nigéria, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Togo et Zambie.

¹⁸ Pairs éducateurs, chefs religieux, chefs communautaires et bénévoles.

¹⁹ Organisations de la société civile, y compris les groupes confessionnels, les organisations non gouvernementales, les groupes de plaidoyer, les organisations de personnes handicapées et les médias.

²⁰ Afrique du Sud, Burkina Faso, Madagascar, Maurice, Namibie, Ouganda, République-Unie de Tanzanie et Zambie.

²¹ Burkina Faso, Maurice, Namibie, République-Unie de Tanzanie et Zambie.

²² Afrique du Sud, Burkina Faso, Namibie, République-Unie de Tanzanie et Zambie.

- b) finaliser et diffuser un cadre d'évaluation normalisé assorti d'indicateurs de performance clés ;
- c) fournir un appui à la formation pour guider la planification, la coordination et le renforcement des capacités ;
- d) plaider en faveur de l'institutionnalisation de la participation communautaire au sein de systèmes de santé résilients et mobiliser des investissements à cet effet.

13. Le Comité régional est invité à prendre note des progrès accomplis et à approuver les prochaines étapes proposées.