



Activités de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine

Rapport du Directeur régional
1^{er} juillet 2024-30 juin 2025



Organisation
mondiale de la Santé

Région africaine

Numéro de référence : AFR/RC75/3

© Organisation mondiale de la Santé, 2025

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Activités de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine : rapport du Directeur régional, 1^{er} juillet 2024 – 30 juin 2025. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Région africaine, 2025. Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](#).

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non-responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Photos : ©OMS, sauf indication contraire

Photographie de couverture : ©iStock / svetikd

Conception et mise en page : Brazzaville, Congo

Activités de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine

Rapport du Directeur régional
1^{er} juillet 2024 – 30 juin 2025



Région africaine

Table des matières

1

Introduction

1

Abréviations	IV
Avant-propos	V
Résumé d'orientation	VII

2

Priorité stratégique 1 : **Couverture sanitaire universelle – élargir l'accès aux services essentiels**

7

2.1	Élargir l'accès à des services essentiels de qualité	9
2.2	Protéger les populations contre les dépenses de santé appauvrissantes	10
2.3	Un meilleur état de santé pour les femmes, les enfants, les adolescents et les personnes âgées	11
2.4	Vers plus d'agents de santé, stratégiquement déployés et dotés de l'éventail des compétences nécessaires	13
2.5	Améliorer l'accès à des produits médicaux de qualité	15
2.6	Éradiquer, éliminer, prévenir et maîtriser les maladies	17
2.7	Intégrer une approche fondée sur le genre, soucieuse de l'équité et respectueuse des droits humains	25

3

Priorité stratégique 2 : **Situations d'urgence sanitaire – protéger les populations contre les menaces sanitaires**

27

3.1	Se préparer à faire face à l'ensemble des risques	29
3.2	Évaluer les risques et échanger des informations	32
3.3	Assurer une riposte diligente et efficace face aux situations d'urgence sanitaire	33

Table des matières

4

Priorité stratégique 3 :

Améliorer la santé des populations – promouvoir le bien-être tout au long de la vie

41

4.1	Participation des communautés	43
4.2	Changement climatique et santé	45
4.3	Lutte antitabac	47
4.4	Sécurité routière	49
4.5	Nutrition et sécurité sanitaire des aliments	50

5

Action intégrée pour une meilleure santé – leadership africain, innovation et résilience des systèmes

53

5.1	Investissements menés par l'Afrique	55
5.2	Résistance aux antimicrobiens (RAM)	58
5.3	Recherche en santé	59
5.4	Santé numérique et innovation	59
5.5	Analyse des données et gestion des connaissances	61

6

Conclusion et perspectives d'avenir

63

Annexe : les 20 principaux donateurs du Bureau régional de l'Afrique

67

Abréviations

AHOP	Plateforme de l'Observatoire africain des systèmes et des politiques de santé	MNT	Maladie non transmissible
AIRA	Alliance pour la riposte contre l'infodémie en Afrique	MTN	Maladie tropicale négligée
AMA	Agence africaine du médicament	ODD	Objectif de développement durable
AMRH	Initiative en faveur de l'harmonisation de la réglementation des médicaments en Afrique	OMS	Organisation mondiale de la Santé
AMVIRA	Introduction et déploiement accélérés de vaccins antipaludiques en Afrique	PAN RAM	Plan d'action national de lutte contre la résistance aux antimicrobiens
AVAREF	Forum africain pour la réglementation des vaccins	PANSS	Plan d'action national pour la sécurité sanitaire
BAD	Banque africaine de développement	PrEP	Prophylaxie préexposition
CDC des États-Unis	Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis	PVDVc	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale
CDC-Afrique	Centre africain de prévention et de contrôle des maladies	RAEP	Rapport annuel d'autoévaluation des États Parties
CHSSP	Profil des systèmes et services de santé du pays	RAM	Résistance aux antimicrobiens
COU	Centre d'opérations d'urgence	RSI	Règlement sanitaire international
COUSP	Centre des opérations d'urgence de santé publique	SADC	Communauté de développement de l'Afrique australe
CSU	Couverture sanitaire universelle	SGI	Système de gestion des incidents
CTA	Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine	SIMR	Surveillance intégrée des maladies et riposte
EAGI	Équipe d'appui à la gestion des incidents	SRMNEA	Santé reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
EAP	Examen a posteriori	SSP	Soins de santé primaires
EEC	Évaluation externe conjointe	SSRSMNEA	Santé sexuelle et reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
ENDISA	Mettre fin aux maladies en Afrique	SVD	Maladie à virus Ebola causée par le virus Soudan
EPR	Préparation et riposte aux situations d'urgence	TASS	Transformer les systèmes de surveillance en Afrique
ESPEN	Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées	TB	Tuberculose
ESSE	Ensemble de services de santé essentiels	THA	Trypanosomiase humaine africaine
FCDO	Bureau des affaires étrangères, du Commonwealth et du développement	UCN	Groupe organique Couverture sanitaire universelle/Maladies transmissibles et non transmissibles
GAP	Plan d'action mondial pour lutter contre l'émaciation chez l'enfant	ULC	Groupe organique Couverture sanitaire universelle/Santé à toutes les étapes de la vie
GLASS	Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens et de leur usage	VBG	Violence basée sur le genre
HBHI	Approche « D'une charge élevée à un fort impact »	VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise
IPC	Lutte anti-infectieuse	VPOn2	Nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2
Men5CV	Vaccin antiméningococcique conjugué pentavalent ACWYX	WASH	Eau, assainissement et hygiène
MenACV	Vaccin conjugué monovalent contre le méningocoque A	WHA	Assemblée mondiale de la Santé
		WICS	Services intégrés de lutte contre le cancer pour les femmes

Avant-propos



La période de juillet 2024 à juin 2025 a été caractérisée par des défis majeurs, auxquels l'Organisation mondiale de la Santé a répondu avec résilience et un engagement renouvelé envers ses objectifs. Cette année, nos systèmes, nos ressources et notre détermination ont été mis à rude épreuve. Néanmoins, la flamme de notre engagement commun en faveur de la santé n'a cessé de briller.

La Région a été confrontée à l'une des plus graves crises financières de l'histoire du Bureau régional de l'Afrique. Parallèlement, nous avons dû gérer une charge exceptionnellement importante de situations d'urgence sanitaire, ainsi que trois transitions majeures au niveau de la direction. En dépit de ces contraintes, l'OMS a maintenu le cap et a su préserver la continuité de ses opérations essentielles, faire avancer ses priorités stratégiques et accompagner les pays dans la prestation de services de santé à leurs populations.

C'est avec un profond respect pour tous les auteurs des avancées de cette année charnière, que j'endosse le rôle de Directeur régional. J'exprime ma profonde gratitude à la D^{re} Matshidiso Moeti, dont le leadership visionnaire a permis de jeter les bases nécessaires pour la période visée par le présent

rapport, et au D^r Chikwe Ihekweazu, qui a guidé le Bureau régional avec clairvoyance et détermination tout au long de la transition. Leur leadership nous a permis de maintenir notre élan sans faiblir.

Malgré les contraintes de ressources, notre impact est resté significatif, car nous avons :

-  répondu à plus de **160 situations d'urgence de santé publique** ;
-  déployé des **vaccins antipaludiques dans 19 pays** ;
-  protégé des millions d'enfants par **la mise en œuvre de programmes de vaccination et de nutrition** ;
-  renforcé **le financement de la santé dans plus de 80 % des pays** ;
-  validé **l'élimination de plusieurs maladies tropicales négligées**.

Nous avons également enregistré des avancées sur le plan stratégique :

-  **le cycle d'investissement de l'Afrique** a témoigné d'un engagement continental ambitieux ;
-  les négociations préalables à **l'Accord sur les pandémies** mettent en évidence l'influence croissante de l'Afrique dans le domaine de la santé mondiale.

Ces avancées illustrent une vérité incontournable : même dans l'adversité, nous sommes capables de diriger, d'innover et d'honorer nos engagements.

Nous devons toutefois faire preuve de lucidité quant aux défis à venir. Nous avons besoin d'un financement plus prévisible, de systèmes nationaux plus solides et d'une plus grande autonomie. La réforme et la résilience doivent continuer à occuper une place centrale dans notre mission.

En ma qualité de Directeur régional, je m'emploierai à honorer cet héritage en mettant un accent fort sur l'équité, l'innovation et l'atteinte de résultats mesurables. Enclenchons la vitesse supérieure. Préparons-nous dès à présent à construire un avenir où les systèmes de santé sont plus robustes en Afrique, où la sécurité sanitaire est assurée localement, et où nos communautés sont véritablement protégées.

D' Mohamed Janabi

Organisation mondiale de la Santé
Directeur régional pour l'Afrique



« Préparons-nous dès à présent à construire un avenir où les systèmes de santé sont plus robustes en Afrique, où la sécurité sanitaire est assurée localement, et où nos communautés sont véritablement protégées. »

D^r Mohamed Janabi

Organisation mondiale de la Santé
Directeur régional pour l'Afrique

Résumé d'orientation

Le présent rapport décrit les activités menées par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique de juillet 2024 à juin 2025, une année marquée par des défis opérationnels majeurs et plusieurs transitions institutionnelles. Malgré de sérieuses contraintes financières, la Région a su préserver ses opérations essentielles, apporter un appui technique stratégique aux États Membres et faire avancer les priorités sanitaires tant régionales que mondiales.

Structuré autour de quatre piliers stratégiques – la couverture sanitaire universelle, la gestion des situations d'urgence, l'amélioration de la santé des populations et l'action intégrée – le présent rapport met en lumière le rôle de l'OMS en tant que partenaire technique de confiance, capable de s'adapter à l'évolution des besoins et de soutenir les efforts des pays en faveur de systèmes de santé résilients et équitables.

Couverture sanitaire universelle – élargir l'accès aux services essentiels

Un appui a été fourni à l'ensemble des 47 États Membres en vue de progresser vers la couverture sanitaire universelle (CSU), en portant une attention particulière au renforcement des soins de santé primaires. L'approche « Santé pour tous au niveau du district », favorisant l'intégration des services de santé au plus près des communautés, a été déployée dans 17 pays, contribuant ainsi à renforcer l'équité et la responsabilisation à l'échelle des districts.

Dans un effort de renforcement des services de santé essentiels :

-  44 pays ont bénéficié d'un appui pour élaborer et chiffrer des ensembles de services de santé essentiels, alignés sur les stratégies nationales de santé ;
-  25 pays ont renforcé leurs campagnes de vaccination en identifiant et en atteignant les enfants « zéro dose », ainsi que ceux sous-vaccinés ;
-  19 pays ont déployé le vaccin antipaludique, contribuant ainsi à une réduction de la mortalité infantile ;
-  les innovations numériques, notamment les registres électroniques, les diagnostics assistés par l'IA et la télémédecine, ont été déployées à plus grande échelle pour améliorer l'accès aux soins et leur continuité.

Des pays ont également intégré les services de santé maternelle et infantile, de santé mentale et de lutte contre les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires. Des réformes des systèmes de gestion des finances publiques et de financement de la santé ont été engagées pour garantir leur durabilité, tandis que les capacités nationales de réglementation ont été renforcées pour améliorer l'accès aux médicaments et aux produits de diagnostic.

Situations d'urgence sanitaire – protéger les populations contre les menaces sanitaires

Au cours de la période visée, la Région a fait face à 168 situations d'urgence de santé publique. L'OMS a dirigé et coordonné la riposte au choléra, à la variole simienne, à la fièvre jaune, à la rougeole et à d'autres menaces sanitaires en mobilisant une expertise technique et des fournitures d'urgence pour appuyer les interventions nationales.

Principales réalisations :

-  36 pays ont amélioré la préparation et la riposte aux situations d'urgence par la conduite d'évaluations des risques, la réalisation d'exercices de simulation et l'élaboration de plans d'intervention ;

-  la surveillance intégrée des maladies, ainsi que les plateformes de données en temps réel ont été étendues, tandis que la surveillance génomique a pris de l'essor ;
-  dans les contextes de fragilité et de conflit, les services essentiels ont pu être maintenus grâce à une coordination renforcée entre les partenaires ;
-  le cycle d'investissement de l'Afrique et sa participation à l'Accord sur les pandémies ont contribué à affirmer le leadership régional en matière de sécurité sanitaire.

L'OMS a accompagné les pays dans la transition de la phase de riposte à celle du relèvement, et a contribué ainsi au renforcement de la résilience et de la préparation des systèmes de santé.

Améliorer la santé des populations – promouvoir le bien-être tout au long de la vie

L'OMS œuvre à la réduction de la charge de morbidité et à la promotion de la santé tout au long de la vie, dans des domaines tels que les maladies non transmissibles, la santé mentale, les maladies tropicales négligées (MTN), le paludisme et la nutrition.

Faits saillants :

-  cinq pays ont validé l'élimination d'au moins une MTN, et d'autres ont élargi la couverture de la chimioprévention et renforcé la surveillance ;
-  28 pays ont actualisé ou mis en œuvre des plans d'action multisectoriels en matière de nutrition, tandis que les politiques relatives à la consommation de tabac, d'alcool et de boissons sucrées ont gagné du terrain ;
-  le programme phare sur la santé mentale a progressé dans 27 pays, avec l'intégration des services de soins de santé primaires et le renforcement de la formation du personnel ;
-  la santé des adolescents, le recours au numérique et la santé sexuelle et reproductive ont été intégrés dans les programmes nationaux.

La lutte contre le paludisme a été intensifiée par le déploiement de vaccins, la lutte antivectorielle et la chimioprévention saisonnière, notamment dans les zones à forte endémicité. Par ailleurs, des orientations techniques ont contribué à améliorer l'étiquetage nutritionnel des aliments, ainsi que les interventions de santé en milieu scolaire.

Action intégrée pour une meilleure santé – leadership africain, innovation et résilience des systèmes

Dans un contexte d'austérité financière et de transition institutionnelle, l'OMS a assuré la continuité de ses opérations en rationalisant ses processus, en alignant son appui sur les priorités nationales et en mettant en œuvre des réformes axées sur les résultats.

Progrès notables :

-  31 bureaux de pays ont finalisé ou révisé leurs stratégies de coopération afin de les aligner sur les priorités des programmes nationaux de développement ;
-  les réformes institutionnelles ont contribué à renforcer les processus d'approvisionnement, la gestion de la chaîne logistique et les systèmes de responsabilisation ;
-  les plateformes régionales et les échanges techniques interpays ont stimulé l'innovation et la recherche de solutions portées par l'Afrique.

L'OMS a renforcé sa politique de tolérance zéro à l'égard des pratiques répréhensibles et renforcé les mécanismes d'éthique et d'audit. Le cycle d'investissement de l'Afrique a rassemblé des dirigeants de haut niveau afin de promouvoir la mobilisation de financements innovants pour la santé, tandis que la participation active de la Région à l'Accord sur les pandémies a contribué à orienter les priorités de la préparation mondiale.

Conclusion et perspectives d'avenir

La période 2024-2025 a mis l'agilité et la résilience de la Région à rude épreuve. En dépit des contraintes financières et des réformes institutionnelles, l'OMS a su préserver son leadership technique et accompagner les États Membres dans la mise en œuvre des priorités nationales et régionales.

Les actions de l'OMS ont contribué à renforcer et à rendre plus équitables les systèmes de santé, à améliorer la préparation aux situations d'urgence et à promouvoir un plus grand leadership régional dans le domaine de la santé mondiale. À l'avenir, l'OMS intensifiera son appui en faveur de systèmes de santé intégrés, durables et centrés sur la personne, basés sur les soins de santé primaires, axés sur l'innovation et motivés par les priorités propres à l'Afrique.

À l'avenir, l'OMS intensifiera son appui en faveur de systèmes de santé intégrés, durables et centrés sur la personne, basés sur les soins de santé primaires, axés sur l'innovation et motivés par les priorités propres à l'Afrique.



Nos dix principales réalisations en 2024-2025



Riposte à plus de 160 situations d'urgence de santé publique

Dans les 47 pays de la Région, l'OMS a soutenu des ripostes coordonnées au choléra, à la variole simienne, à la maladie à virus Ebola, au virus Marburg, aux inondations et à d'autres crises, en déployant plus de 400 agents supplémentaires et des fournitures d'urgence dans les jours qui ont suivi la détection des flambées épidémiques.



Appui au déploiement du vaccin antipaludique dans 19 pays

Dans le cadre de l'initiative AMVIRA, l'OMS a fourni un appui technique à l'introduction des vaccins antipaludiques, ce qui a contribué à la vaccination de plus de 600 000 enfants et à une diminution significative de la mortalité infantile dans les pays à forte endémicité.



Protection de plus de 221,6 millions d'enfants dans 24 pays via des campagnes de lutte contre la poliomyélite

L'OMS a apporté un appui à 24 pays dans la planification et la mise en œuvre de campagnes de vaccination synchronisées contre la poliomyélite, ce qui a permis de réduire de 44 % les cas de type 2 détectés.



Vaccination de plus de 7,5 millions de personnes contre le choléra, la fièvre jaune et la maladie à virus Ebola

Des campagnes d'urgence ont été menées avec le soutien de l'OMS dans plusieurs pays à haut risque, limitant ainsi la propagation des flambées et des épidémies à prévention vaccinale.



Élimination validée de trois MTN majeures

L'OMS a officiellement validé l'élimination de l'onchocercose au Niger, de la maladie du sommeil en Guinée et du trachome en Mauritanie – des jalons qui témoignent d'années d'action coordonnée en santé publique.



Appui élargi à la santé mentale dans plus de 20 pays

L'OMS a soutenu l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires et les interventions humanitaires par la formation des prestataires à l'utilisation du Guide d'intervention humanitaire mhGAP et l'introduction de nouveaux modèles de soins communautaires.



Vaccination contre la rougeole et vaccination systématique pour 107 millions d'enfants

L'OMS a soutenu des campagnes de vaccination dans 21 pays, dans le cadre de l'initiative « Grand rattrapage », contribuant à combler les lacunes en matière de couverture post-COVID-19 et à atteindre les enfants « zéro dose ».



Renforcement du financement de la santé dans plus de 80 % des pays

L'OMS a fourni un appui à la majorité des États Membres en vue de faire avancer les réformes du financement de la santé et de réduire les dépenses directes par un meilleur alignement budgétaire et l'élargissement des mécanismes de financement commun.



Accès au traitement des MTN pour 16 millions de personnes

L'OMS a soutenu des campagnes d'administration de masse de médicaments dans 27 pays en formulant des orientations techniques, en renforçant la coordination et en apportant un appui à la gestion de la chaîne d'approvisionnement des dons de médicaments.



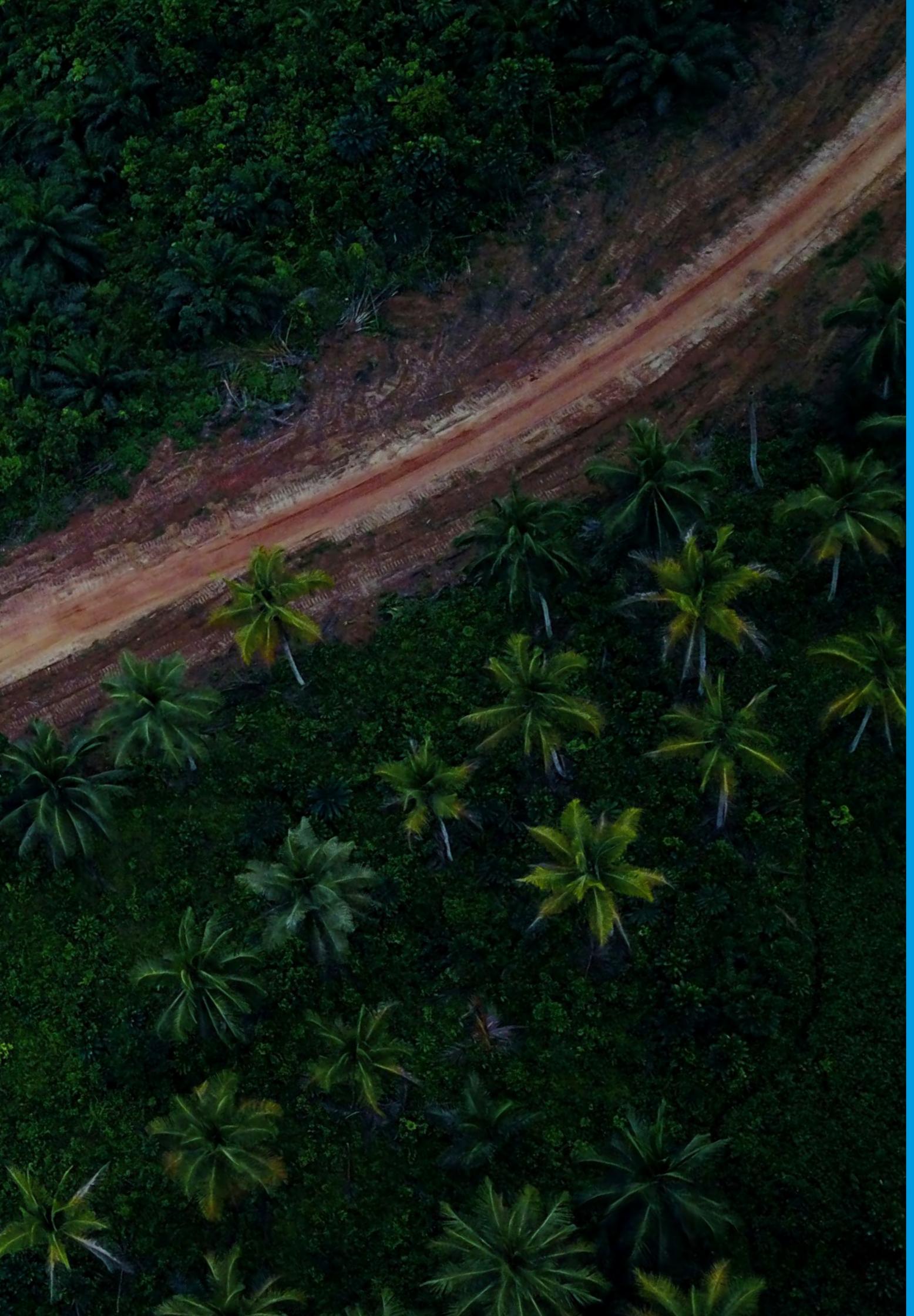
Amélioration de la surveillance des maladies en temps réel dans 42 pays

Les pays ont adopté les plateformes numériques SIMR (surveillance intégrée des maladies et riposte), EIOS (initiative de veille épidémiologique à partir de sources ouvertes) et DHIS2 (Système d'information sanitaire au niveau des districts, version 2) avec le soutien de l'OMS, renforçant ainsi la détection précoce et la riposte aux menaces sanitaires.

Toutes ces réalisations témoignent de l'appui technique et de la coordination assurés par l'OMS, sous l'égide des États Membres, en étroite collaboration avec les partenaires nationaux et internationaux.

1

Introduction



La période de juillet 2024 à juin 2025 s'est révélée l'une des plus éprouvantes de l'histoire de la Région africaine de l'OMS. La capacité opérationnelle de l'OMS a été mise à rude épreuve en raison de sérieuses contraintes financières, de transitions inédites au plus haut niveau et d'une recrudescence des urgences de santé publique. Cette année particulièrement difficile a testé les limites de la résilience institutionnelle et exposé au grand jour les vulnérabilités structurelles persistantes des systèmes de santé de la Région.

La crise de financement, l'une des plus graves que la Région ait connues, résulte d'une conjonction de facteurs défavorables, notamment les turbulences de l'économie mondiale, la réorientation des priorités des donateurs et un sous-investissement de longue date dans les capacités essentielles. En conséquence, l'OMS a été contrainte de faire des choix difficiles tant sur le plan géographique qu'opérationnel, dans un contexte souvent empreint d'une grande incertitude. Si les programmes essentiels ont pu être maintenus, certaines activités planifiées ont dû être différées ou leur ampleur réduite, et l'appui technique s'est trouvé limité par les nombreuses demandes en concurrence.



L'Organisation a soutenu les pays dans la mise en place d'interventions d'urgence rapides, le déploiement de campagnes de vaccination essentielles, ainsi que la mise en œuvre de programmes de réforme complexes.

Ces tensions ont été accentuées par les transitions de leadership survenues tant au niveau technique régional qu'au plus haut niveau de la direction. Malgré ces turbulences, le Bureau régional a pu assurer la continuité des programmes essentiels en s'appuyant sur une intégration rapide, des mécanismes performants de transfert des connaissances et une réorientation stratégique ciblée des priorités. Toutefois, le prix de cette stabilité ne saurait être sous-estimé ; elle a exigé une coordination interne exceptionnelle, une grande résilience du personnel, ainsi que des arbitrages difficiles en matière d'allocation des ressources.

Par ailleurs, les États Membres ont continué à compter fortement sur l'appui normatif et technique de l'OMS. L'Organisation a soutenu les pays dans la mise en place d'interventions d'urgence rapides, le déploiement de campagnes de vaccination essentielles, ainsi que la mise en œuvre de programmes de réforme complexes. Toutefois, ce soutien a été apporté dans un contexte de contraintes financières, imposant une définition plus rigoureuse des priorités et un engagement régional accru.

Malgré ce contexte difficile, des avancées majeures ont été enregistrées : le premier cycle d'investissement de l'Afrique a ouvert la voie à une nouvelle concertation sur le financement durable de la santé ; la participation active de la Région au processus de l'Accord sur les pandémies a renforcé la visibilité et l'influence de l'Afrique dans le domaine de la santé mondiale ; par ailleurs, les innovations numériques ont connu une accélération notable dans des domaines stratégiques tels que la surveillance et l'intégration des données.

Le présent rapport dresse un bilan des progrès accomplis, ainsi que des efforts consentis dans un contexte contraint. Il formule également des orientations stratégiques en vue de renforcer la résilience et l'autonomie des systèmes de santé dans la Région.



©OMS

1

2

3

4

5

6

Chapter 1

Le chapitre 1 présente le rapport et décrit le contexte politique, financier et institutionnel dans lequel l'OMS a mené ses activités entre 2024 et 2025. Il met en lumière les difficultés qui ont influencé les activités dans la Région et définit le cadre des priorités techniques et stratégiques à venir.

Chapter 2

Le chapitre 2 porte sur les activités menées par l'OMS et les progrès réalisés vers la couverture sanitaire universelle dans la Région africaine. Structuré autour de sept piliers, il présente les avancées réalisées dans les domaines de la prestation des services essentiels, du financement de la santé, des ressources humaines pour la santé, de la lutte contre les maladies, ainsi que dans l'intégration des approches fondées sur l'équité et les droits.

Chapter 3

Le chapitre 3 traite de l'appui apporté par l'OMS aux États Membres pour renforcer leurs capacités de préparation et de riposte aux situations d'urgence sanitaire. Il met en évidence les améliorations apportées à l'évaluation des risques, à la coordination des situations d'urgence et à la riposte rapide aux flambées épidémiques telles que le choléra, la variole simienne et le virus Marburg, tout en soulignant les difficultés persistantes liées à la mobilisation de personnel de renfort et à la logistique.

Chapter 4

Le chapitre 4 décrit les efforts déployés par l'OMS pour promouvoir l'amélioration de la santé des populations via une action multisectorielle et la participation communautaire. Il aborde également les thématiques du climat et de la santé, de la sécurité routière, de la lutte antitabac, de la nutrition et de la sécurité sanitaire des aliments, et décrit l'importance des interventions communautaires dans la promotion du bien-être tout au long de la vie.

Chapter 5

Le chapitre 5 aborde les priorités transversales indispensables au renforcement de la résilience des systèmes de santé, notamment le rôle de chef de file de l'Afrique en matière d'investissement et de gouvernance sanitaire, la lutte contre la résistance aux antimicrobiens, le développement de la recherche en santé, l'innovation numérique, ainsi que la consolidation des systèmes de données. Il décrit la manière dont l'OMS a accompagné les États Membres dans la conduite des réformes, le renforcement de la responsabilisation, ainsi que dans l'exploitation des partenariats et des technologies pour favoriser une transformation durable du secteur de la santé, pilotée par les pays eux-mêmes.

Chapter 6

Le chapitre 6 présente les conclusions et les perspectives d'avenir.



©OMS / Christopher Black



« Je suis pleinement engagé en faveur des solutions locales et de l'expertise régionale. En misant sur la promotion d'une culture de mentorat, l'autonomisation de la jeunesse et l'exemplarité en matière de gouvernance éthique, je m'attache à œuvrer à l'édification de communautés résilientes et à façonner un avenir tourné vers l'innovation et guidé par l'intégrité. »

1

2

3

4

5

6

Une vision ancrée dans l'action –

L'engagement du D^r Mohamed Janabi au service d'une Afrique en meilleure santé

À mes yeux, la santé représente bien plus qu'un service. C'est l'un des fondements de la prospérité, de la stabilité et de la dignité. La promotion d'un financement intérieur plus solide, la présence accrue de l'Afrique dans la gouvernance de l'action sanitaire mondiale et l'attention permanente portée aux résultats qui améliorent les conditions de vie et renforcent les systèmes figurent parmi mes principaux engagements.

En ma qualité de Directeur régional du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, je porte une vision claire et pragmatique : faire de l'Afrique un continent où l'accès universel aux services de santé essentiels est une réalité et où des systèmes de santé résilients protègent efficacement les populations, tant face aux défis du quotidien qu'aux crises majeures.

L'expansion des soins de santé primaires, que je considère comme la pierre angulaire de la couverture sanitaire universelle, est au cœur de mon programme. Je plaide depuis longtemps en faveur d'un investissement accru dans la santé de la mère et de l'enfant, la santé mentale et la riposte intégrée aux maladies transmissibles et non transmissibles. Mon approche privilégie l'équité, la durabilité et l'innovation, en s'appuyant sur des systèmes gérés localement, financièrement viables et capables de s'adapter à l'évolution des besoins.

Ma formation en médecine clinique, en stratégie de santé publique et en diplomatie sanitaire mondiale m'a permis de développer une approche systémique, enrichie par une expérience concrète sur le terrain. J'ai eu l'honneur de

participer à des réformes de la santé au niveau national, de contribuer à faire de l'Institut de cardiologie Jakaya Kikwete un centre régional d'excellence et de collaborer avec des partenaires mondiaux pour améliorer la préparation aux situations d'urgence et l'accès équitable aux médicaments et aux vaccins.

Ma vision est également façonnée par les risques sanitaires urgents posés par le changement climatique. Je suis convaincu que nos systèmes de santé doivent être capables de résister aux chocs environnementaux et tenir compte des déterminants plus larges de la santé. Pour y parvenir, les systèmes d'alerte précoce doivent être renforcés et une collaboration multisectorielle doit être mise en place.

Par-dessus tout, je crois qu'il est primordial d'investir dans les capacités africaines, en particulier dans la recherche, l'innovation numérique et le leadership en santé publique. Je suis pleinement engagé en faveur des solutions locales et de l'expertise régionale. En misant sur la promotion d'une culture de mentorat, l'autonomisation de la jeunesse et l'exemplarité en matière de gouvernance éthique, je m'attache à œuvrer à l'édification de communautés résilientes et à façonner un avenir tourné vers l'innovation et guidé par l'intégrité.

Telle est la vision qui guide aujourd'hui l'action du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique : construire des systèmes plus solides, obtenir des résultats tangibles et travailler main dans la main avec les États Membres pour parvenir à une santé durable pour tous.



©OMS / Nicolò Filippo Rosso

An aerial photograph of a rural village. The houses are built on a reddish-brown earth. Many have thatched roofs, while others have corrugated metal roofs. There are some trees and small gardens scattered throughout the settlement. The overall appearance is that of a developing area.

2

Priorité stratégique 1:

Couverture sanitaire universelle – élargir l'accès aux services essentiels

Principales réalisations :



Fourniture d'un appui aux

47 pays

de la Région pour l'élaboration des profils de pays au titre du treizième PGT (programme général de travail)



Élimination vérifiée de l'onchocercose

au Niger



Amélioration de l'accès aux services de SSRSMNEA dans

plus de 15 pays



Obtention du « statut or »

de l'OMS par le Botswana en matière de lutte contre le VIH



Mise en œuvre des ensembles de services essentiels soutenus par l'OMS* dans

17 pays



Vaccination de

107 millions d'enfants

contre la rougeole



Déploiement des stratégies nationales relatives aux personnels de santé et des normes de qualité des soins dans

plus de 36 pays



Protection de

221,6 millions d'enfants

dans 24 pays au moyen de campagnes de vaccination contre la poliomyélite



Application de la Famille des classifications internationales des maladies de l'OMS (CIM-11 et CIAM) dans

40 pays



Amélioration de l'accès aux médicaments essentiels dans

plus de 30 pays

grâce au renforcement des systèmes de réglementation



Introduction du vaccin contre le paludisme dans

19 pays



Appui fourni à

33 pays

pour renforcer les systèmes nationaux de réglementation des médicaments et des technologies sanitaires

* Ensemble défini d'interventions sanitaires considérées comme essentielles pour parvenir à la CSU et améliorer les résultats sanitaires de la population.

La période 2024-2025 a représenté une étape déterminante dans l'intensification des progrès vers la couverture sanitaire universelle dans la Région africaine de l'OMS, malgré un contexte marqué par de fortes contraintes financières et des défis sanitaires complexes.

Le groupe organique Couverture sanitaire universelle/Santé à toutes les étapes de la vie (UHC/LC) a joué un rôle central dans la promotion de la collaboration multisectorielle et dans la concrétisation des avancées en matière de prestation de services de santé, de financement et d'équité.



L'OMS a travaillé en étroite collaboration avec les pays afin d'élargir l'accès aux services, d'en améliorer la qualité et de garantir une protection financière.

S'appuyant sur l'approche de la santé à toutes les étapes de la vie et sur les principes d'intégration et de soins centrés sur la personne, l'OMS a travaillé en étroite collaboration avec les pays afin d'élargir l'accès aux services, d'en améliorer la qualité et de garantir une protection financière.

Ces efforts ont permis de soutenir les actions de relèvement d'urgence et de préparation aux pandémies, mais aussi de jeter les bases d'une résilience durable des systèmes de santé.

2.1 Élargir l'accès à des services essentiels de qualité

L'OMS a continué de faire de l'élargissement de l'accès aux services de santé essentiels une priorité majeure, en mettant particulièrement l'accent sur la revitalisation des soins de santé primaires et en veillant à ce que les populations les moins bien desservies ne soient pas laissées de côté.

Du 30 juin 2024 au 1^{er} juillet 2025 :



Eswatini a élaboré son ensemble national de services de santé essentiels, ce qui porte à 17 le nombre total de pays dans lesquels des ensembles de services de santé essentiels sont mis en œuvre ou sont en cours de préparation.¹



Ces ensembles aident les pays à réorganiser leurs services afin d'en améliorer la qualité, de mieux répondre aux besoins des populations et de favoriser une intégration renforcée entre les différents programmes de santé.

Afin de combler les lacunes majeures en matière de soins chirurgicaux, souvent insuffisamment pris en compte dans les stratégies de couverture sanitaire universelle, l'OMS a lancé un programme régional dédié. Cette initiative a vocation à soutenir les pays dans l'élargissement de l'accès à une chirurgie sûre, rapide et abordable, en particulier dans les zones rurales et reculées.

Conjugués, ces efforts contribuent à renforcer les systèmes de soins de santé primaires et à élargir l'éventail des services essentiels auxquels les populations peuvent accéder près de chez elles.

1 Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Eswatini, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Malawi, Namibie, Niger, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud et Zimbabwe.

2.2 Protéger les populations contre les dépenses de santé appauvrissantes

1

2

L'OMS a soutenu les États Membres dans le renforcement de leurs systèmes de financement de la santé, afin de garantir aux populations un accès aux soins sans risque de difficultés financières.

3

Les pays ont réalisé des progrès dans les domaines suivants :

-  la protection accrue des populations vulnérables contre les risques financiers ;
-  la réalisation d'examen des dépenses publiques et la révision des stratégies nationales de financement de la santé ;
-  la conception d'ensembles de prestations qui garantissent que la couverture des services corresponde aux besoins de santé de la population.

4

5

6

L'appui technique de l'OMS a permis aux pays d'optimiser leurs processus d'approvisionnement stratégique, de renforcer les mécanismes de paiement des prestataires et d'élargir le champ des accords de financement conjoint :

-  le Malawi et le Nigéria ont introduit des modèles de financement fondés sur les résultats dans certains districts ;
-  le Bénin a engagé un processus d'ajustement de ses achats de produits de santé afin de répondre aux exigences liées à la prestation des services essentiels.

Parallèlement, l'OMS a soutenu les pays dans l'exploration de stratégies de mobilisation des ressources, notamment par les moyens suivants :

-  des analyses de la marge de manœuvre budgétaire et des examens des dépenses publiques (en Sierra Leone et en Ouganda, par exemple) ;
-  des consultations nationales visant à promouvoir un financement pérenne de la santé et à réduire la dépendance aux paiements directs.

L'OMS a également contribué au renforcement du cadre juridique et stratégique en appui à la mise en œuvre de la couverture sanitaire universelle. En collaboration avec l'Union interparlementaire (UIP), l'Organisation internationale du travail (OIT) et l'Institut O'Neill :

-  Les 47 États Membres ont procédé à des évaluations juridiques de leurs systèmes de santé. Des projets de rapports spécifiques aux pays et une base de données consolidée des réglementations relatives à la CSU ont été élaborés. Ces ressources orientent à présent les réformes nationales en vue d'établir des fondements juridiques propices à l'accès universel, à l'équité et à la protection sociale.



©OMS / Abdul-rahim Naa Abdul-Lahie

2.3 Un meilleur état de santé pour les femmes, les enfants, les adolescents et les personnes âgées

1

L'OMS a aidé les pays à étendre les interventions à fort impact aux femmes, aux enfants, aux adolescents et, de plus en plus, aux personnes âgées, selon une approche fondée sur la santé à toutes les étapes de la vie.

2

L'appui apporté s'est articulé autour des éléments suivants :

3

 le partenariat 2gether4SRHR (23 pays)² et l'initiative Chaque femme, chaque nouveau-né (27 pays)³, visant à aider les pays à améliorer l'accès aux services intégrés de santé sexuelle, reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SSRSMNEA) ;

4

 dans les contextes fragiles, comme le Burundi et le Tchad, les efforts ont porté sur l'intégration des services de planification familiale, de soins maternels et de lutte contre la violence basée sur le genre dans les soins de santé primaires ;

5

 13 pays⁴ ont élaboré ou révisé des tableaux de bord et des grilles d'évaluation (cartes de score) sur la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent afin d'orienter la prise de décision au niveau local ;

6

 plus de 30 pays ont rétabli et rendu opérationnels des groupes de travail techniques nationaux sur la SRMNEA.

L'OMS a également coorganisé le Forum sur le leadership stratégique avec l'UNFPA, l'UNICEF et l'ONUSIDA. Ces plateformes ont contribué à renforcer le leadership national, la collaboration multisectorielle et la responsabilisation dans le cadre des programmes de SRMNEA.

Autres réalisations :

 plus de 80 % des pays sont désormais dotés de systèmes de surveillance des décès maternels et périnataux et de riposte dans ce domaine ;

 28 pays⁵ ont commencé à appliquer les normes de l'OMS en matière de soins de santé maternelle et néonatale ;

 l'OMS a piloté l'élaboration du Cadre régional pour le renforcement des services intégrés centrés sur l'enfant pour les 0-19 ans (2024-2030) en vue d'accompagner cinq pays⁶ dans l'adoption d'une approche transformatrice en matière de bien-être des enfants et des adolescents.

Dans le domaine de la santé des adolescents, l'OMS a encouragé :

 les programmes de santé en milieu scolaire ;

 les modèles de soins adaptés aux adolescents ;

 les collaborations avec les ministères de l'éducation et les réseaux de jeunes.

2 Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burundi, Comores, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Maurice, Mozambique, Namibie, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Seychelles, Soudan du Sud, Zambie et Zimbabwe.

3 Afrique du Sud, Burkina Faso, Burundi, Comores, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

4 Afrique du Sud, Angola, Botswana, Eswatini, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mozambique, Namibie, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

5 Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Congo, Comores, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Sierra Leone, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

6 Malawi, Mozambique, Ouganda, République-Unie de Tanzanie et Rwanda.



©OMS / Genevieve Print

En Namibie et en Zambie, ces initiatives ont permis de renforcer l'accès des jeunes aux services de soutien en santé mentale, de conseil et de contraception.

Consciente des enjeux de l'évolution démographique, l'OMS a commencé à intensifier son appui en faveur du vieillissement en bonne santé. Avec l'appui technique de l'OMS, deux pays⁷ ont mené des analyses de situation afin d'évaluer les besoins et d'orienter les actions futures.

2.4 Vers plus d'agents de santé, stratégiquement déployés et dotés de l'éventail des compétences nécessaires



Remédier à la pénurie des personnels de santé demeure un enjeu crucial pour améliorer la prestation de services et garantir la couverture sanitaire universelle.

Remédier à la pénurie des personnels de santé demeure un enjeu crucial pour améliorer la prestation de services et garantir la couverture sanitaire universelle.

L'OMS a fourni un appui à :

 sept pays⁸ pour mettre en œuvre ou réviser leurs stratégies et plans d'investissement nationaux en faveur des personnels de santé ;

 les principaux domaines d'intervention concernés visent en particulier les zones mal desservies. Il s'agit de la planification, du recrutement, de la formation et de la fidélisation du personnel.

Le Zimbabwe a lancé, avec l'appui de l'OMS, un pacte d'investissement dans les personnels de santé. Le pays a ainsi su, d'une part, mobiliser un engagement en faveur du développement des ressources humaines dans le domaine de la santé au niveau national et, d'autre part, renforcer la coordination et l'harmonisation des efforts des partenaires en ce sens.

En vue de mieux appréhender les effectifs de santé :

 huit pays⁹ ont mené des analyses du marché du travail dans le secteur de la santé ;

 le Mozambique et les Seychelles ont élaboré des normes de dotation en personnel visant à favoriser une répartition plus équitable ;

 le Ghana et le Nigéria ont élaboré des politiques migratoires destinées à fidéliser le personnel.

7 Côte d'Ivoire et Mali.

8 Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Ghana, Kenya, République centrafricaine et Zimbabwe.

9 Côte d'Ivoire, Eswatini, Madagascar, Mozambique, Ouganda, République centrafricaine, Tchad et Zambie.





©OMS



Cette initiative sans précédent a insufflé une nouvelle dynamique au niveau national, mobilisant des fonds de contrepartie et préparant le terrain pour une mise en œuvre à plus grande échelle.

1

2

3

4

5

6

ZOOM SUR LE LIBÉRIA

Lutter contre la consommation de substances psychoactives chez les jeunes à risque

Au lendemain de la guerre civile au Libéria, l'augmentation de la consommation et de l'abus de stupéfiants chez les jeunes du pays a marqué l'émergence d'une crise de santé publique préoccupante. Les difficultés économiques conjuguées à la prolifération des réseaux de trafic de drogues ont eu des effets dévastateurs : selon les estimations, plus de 40 000 jeunes à risque vivent aujourd'hui avec des troubles liés à la consommation de substances psychoactives. La circulation de la marijuana, de la cocaïne, de l'héroïne, ainsi que d'autres substances émergentes contribue à l'aggravation des niveaux de criminalité et d'instabilité sociale.

Conscient de la gravité de la crise, le Président du Libéria a déclaré lors de son premier discours sur l'état de la nation que la consommation de substances psychoactives constituait une urgence de santé publique nationale. Toutefois, le pays ne dispose pas des infrastructures adéquates. Il ne compte que peu de centres de traitement et dispose d'un accès insuffisant aux médicaments essentiels, ainsi que d'un nombre limité d'agents de santé capables de fournir des soins spécialisés.

Face à ce défi, l'OMS s'est associée à l'UNICEF et à l'UNFPA pour lancer une intervention conjointe. Ce partenariat a permis de mobiliser plus de 800 000 dollars É.-U. en vue de renforcer les services de traitement et de réadaptation liés à la consommation de substances psychoactives au Libéria. Il a contribué à la mise en œuvre d'un ensemble complet d'interventions dans les zones les plus touchées du pays.

La formation de 44 agents de santé, parmi lesquels des médecins, des infirmiers et des travailleurs sociaux, à la prise en charge des addictions et leur certification dans ce domaine de spécialité ont constitué une avancée majeure. Ces professionnels interviennent désormais dans 33 établissements de santé de deux comtés, apportant un soutien déterminant à plus de 1500 jeunes à risque.

L'OMS a également apporté un appui à la rénovation des principaux centres de traitement, notamment un dispensaire et un établissement hospitalier de référence dans le comté de Montserrado, et a contribué, en partenariat avec le ministère de la santé, à la création de deux centres de soins ambulatoires. Une avancée majeure en matière de durabilité a été réalisée avec l'intégration de l'addictologie dans le programme de master de l'Université du Libéria, garantissant ainsi un vivier de professionnels formés.

Cette initiative sans précédent a insufflé une nouvelle dynamique au niveau national, mobilisant des fonds de contrepartie et préparant le terrain pour une mise en œuvre à plus grande échelle. Elle marque un tournant décisif pour les services de santé et les services sociaux du Libéria et constitue un modèle reproductible pour la lutte contre la consommation de substances psychoactives chez les jeunes dans d'autres contextes fragiles.

L'OMS a également organisé la première réunion de consultation africaine sur la formation aux professions de santé, tenue en Zambie, afin de promouvoir un consensus régional autour des compétences requises pour les agents de santé et de la refonte des programmes d'enseignement.¹⁰

Autres réalisations :

-  cinq pays¹¹ ont élaboré des profils de services et de systèmes de santé nationaux (CHSSP) ;
-  au moins 20 pays¹² ont adopté des politiques et des stratégies nationales en matière de qualité en vue de promouvoir l'amélioration continue de la prestation de soins ;
-  les plateformes régionales ont contribué au renforcement des cadres réglementaires relatifs à l'enregistrement, à l'autorisation d'exercer ainsi qu'à la formation professionnelle continue.

Malgré les progrès accomplis, les pays continuent d'être confrontés à des taux élevés d'attrition, à une répartition inégale des effectifs et à une capacité limitée d'intégration des nouveaux diplômés. L'OMS apporte son soutien au moyen de cadres de planification renforcés, de stratégies innovantes de rétention du personnel et d'approches de renforcement des capacités à long terme.

2.5 Améliorer l'accès à des produits médicaux de qualité



L'OMS a intensifié ses efforts visant à soutenir les pays dans le renforcement de leurs systèmes de réglementation et à garantir l'accès à des produits médicaux sûrs, efficaces et abordables.

L'OMS a intensifié ses efforts visant à soutenir les pays dans le renforcement de leurs systèmes de réglementation et à garantir l'accès à des produits médicaux sûrs, efficaces et abordables.

Grâce à l'outil mondial d'analyse comparative de l'Organisation, les pays ont pu :

-  identifier les lacunes dans les fonctions de réglementation ;
-  élaborer des plans de renforcement institutionnel ;
-  instaurer des mécanismes de confiance réglementaire ;
-  renforcer la pharmacovigilance.

À noter que :

-  le Rwanda, le Sénégal et le Zimbabwe ont atteint le niveau de maturité 3 (ML3), ce qui indique que les systèmes de réglementation sont stables et intégrés ;
-  des évaluations comparatives ont été menées dans 16 autres pays¹³ ;
-  la Région est en bonne voie pour atteindre son objectif de 15 pays de niveau ML3 d'ici 2035.

10 Compte-rendu de la première réunion de consultation africaine sur la formation aux professions de santé – disponible à l'adresse <https://iris.who.int/handle/10665/381384>.

11 Éthiopie, Kenya, Nigéria, Rwanda et Sénégal.

12 Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Eswatini, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Seychelles et Zimbabwe.

13 Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burundi, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Kenya, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie et Zambie.



©iStock / mbrand85



En 2022, Eswatini comptait 9741 agents de santé, soit seulement 48,1 % des 20 272 nécessaires pour parvenir à la CSU.

ZOOM SUR ESWATINI

Alignement de la planification des personnels de santé sur les besoins en matière de CSU

Eswatini a longtemps été confronté à des difficultés persistantes en matière de ressources humaines en santé qui ont compromis les progrès vers la couverture sanitaire universelle. Malgré l'augmentation du nombre de professionnels de santé formés, il subsistait un décalage entre les produits de la formation et les besoins en prestation de services. De nombreux agents de santé étaient au chômage ou sous-employés, en particulier dans les zones rurales, en raison d'une planification stratégique des ressources humaines en santé insuffisamment appuyée par des données complètes et actualisées.

Le gel des recrutements au niveau national depuis 2018 (Circulaire n° 3) n'a fait qu'exacerber ces difficultés, limitant la capacité du système de santé à intégrer les ressources humaines disponibles. Afin de remédier à cette situation, le ministère de la santé a mené, avec l'appui technique et financier de l'OMS, une analyse approfondie du marché du travail dans le secteur de la santé visant à offrir une vision claire et fondée sur des données probantes de la dynamique des ressources humaines en santé dans le pays.

S'appuyant sur la méthodologie standardisée HLMA (guide pour l'analyse du marché du travail dans le secteur de la santé) de l'OMS, l'analyse a porté sur 51 professions de santé, en couvrant de manière intégrée les dimensions de l'offre, de la demande et des besoins. Le processus a intégré des consultations avec les parties prenantes, ainsi que des activités de renforcement des capacités, garantissant l'appropriation nationale et la pertinence des politiques. Les résultats se sont avérés alarmants : en 2022, Eswatini

comptait 9741 agents de santé, soit seulement 48,1 % des 20 272 nécessaires pour parvenir à la CSU. Près de 10 % des personnels formés, dont 431 sages-femmes et 300 médecins, étaient au chômage ou sous-employés.

Les inégalités géographiques étaient tout aussi criantes. Bien que 77 % de la population résidait en zone rurale, seulement 45 % du personnel de santé y était déployé. Le risque migratoire était également préoccupant, 41 % des agents de santé ayant déclaré leur intention d'émigrer et 34 % ayant déjà entamé des démarches en ce sens.

Face à ces constats, le Gouvernement a approuvé le recrutement de 907 agents de santé auparavant sans emploi et a lancé l'élaboration d'un nouveau plan stratégique national sur les ressources humaines pour la santé. Les conclusions de l'analyse éclairent d'ores et déjà les réformes relatives à la répartition des ressources humaines et orientent la coordination des donateurs pour optimiser la mobilisation des ressources. L'OMS continue d'appuyer la mise en œuvre, notamment par la mise au point d'incitations au déploiement en milieu rural et de stratégies de fidélisation.

Afin de préserver les acquis, Eswatini a également initié l'institutionnalisation des comptes nationaux des personnels de santé (CNPS) en vue d'un suivi et d'une planification continus. En constituant une base de données factuelles plus solide, Eswatini prépare le socle pour des effectifs de santé plus équilibrés, résilients et réactifs.

Pour remédier aux pénuries de médicaments :

-  les pays ont renforcé les systèmes de chaîne d'approvisionnement, amélioré les pratiques de stockage et de distribution et élargi les systèmes d'information pour la gestion logistique ;
-  une attention particulière a été accordée aux produits de santé maternelle et infantile, aux médicaments d'urgence et aux traitements des maladies non transmissibles.

1

2

3

Dans les petits États insulaires en développement (PEID), qui sont confrontés à des problèmes spécifiques d'approvisionnement, l'OMS a appuyé la mise en œuvre de l'Accord sur les achats groupés pour les PEID. Cette initiative permet à des pays comme les Comores et Maurice de bénéficier de prix plus avantageux, générant ainsi des économies initiales de plus de 50 % sur 47 formulations.¹⁴

4

5

La sécurité transfusionnelle a également été élevée au rang des priorités :

-  l'OMS a contribué à l'élaboration de stratégies nationales relatives à la sécurité du sang, à l'amélioration des infrastructures et à la formation du personnel ;
-  une campagne organisée à l'occasion du vingtième anniversaire de la Journée mondiale des donneurs de sang a donné lieu à une mobilisation régionale au Congo qui a permis de collecter 100 unités de sang destinées aux hôpitaux locaux.

6

Lors de la soixante-quatorzième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, les États Membres ont approuvé le nouveau Cadre pour renforcer la production locale de médicaments, de vaccins et d'autres technologies sanitaires dans la Région africaine de l'OMS 2025-2035 : rapport du Secrétariat, qui vise à renforcer les capacités régionales de fabrication.

2.6 Éradiquer, éliminer, prévenir et maîtriser les maladies

L'OMS a prêté soutien États Membres pour réaliser des progrès substantiels dans la maîtrise et l'élimination des maladies à travers l'initiative Mettre fin aux maladies en Afrique (ENDISA).¹⁵ Cette initiative couvre le paludisme, les maladies tropicales négligées, le VIH, la tuberculose, la poliomyélite, la vaccination, les maladies non transmissibles et la santé mentale.

Maîtrise et élimination du paludisme

Le paludisme demeure une menace majeure pour la santé, puisque la Région concentre 95 % des cas et des décès enregistrés à l'échelle mondiale. En Afrique, il est responsable de 76 % de la totalité des décès chez les enfants âgés de moins de cinq ans.

Principales avancées :

-  Cabo Verde a été certifié exempt de paludisme, devenant ainsi le deuxième pays de la Région à obtenir ce statut ;
-  le Rwanda et Sao Tomé-et-Principe sont en bonne voie pour atteindre les cibles fixées pour 2025 en matière de réduction de l'incidence et de la mortalité liées au paludisme ;
-  19 pays¹⁶ ont déployé des vaccins antipaludiques ;
-  la chimioprévention du paludisme saisonnier a été mise en œuvre en Côte d'Ivoire et en Mauritanie.

¹⁴ Par rapport aux prix de référence 2022.

¹⁵ Initiative stratégique du groupe organique Couverture sanitaire universelle/Maladies transmissibles et non transmissibles à l'appui de la prévention, de la maîtrise, de l'élimination et de l'éradication des maladies.

¹⁶ Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Kenya, Libéria, Malawi, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Soudan du Sud et Tchad.



©OMS / Vincent Tremeau



L'atteinte du niveau de maturité 3 atteste du bon fonctionnement, de la stabilité et de l'intégration d'un système national de réglementation, condition préalable pour rejoindre des initiatives régionales telles que l'Agence africaine des médicaments (AMA).

1

2

3

4

5

6

Le Sénégal et le Rwanda ont marqué une avancée majeure dans le renforcement de la réglementation pharmaceutique

L'OMS a jugé que le Sénégal et le Rwanda avaient atteint le niveau de maturité 3 (ML3) du cadre mondial de classification des autorités nationales de réglementation, ce qui marque une avancée significative vers la garantie de l'accès à des médicaments et vaccins sûrs et efficaces.

Cette reconnaissance positionne ces deux pays parmi les huit seuls de la Région africaine de l'OMS à avoir atteint ce niveau, témoignant d'une réglementation solide et fiable. Elle sanctionne des années d'efforts soutenus visant à renforcer les systèmes de protection de la santé publique par une réglementation rigoureuse des produits médicaux.

Cette reconnaissance a été obtenue à la suite d'une série d'évaluations approfondies réalisées en octobre 2024 à l'aide l'outil mondial d'analyse comparative de l'OMS, qui mesure plus de 250 indicateurs de performance réglementaire. Ces indicateurs couvrent des mesures essentielles telles que l'évaluation et l'homologation des produits, la surveillance du marché, la surveillance de l'innocuité, ainsi que les contrôles post-commercialisation.

Au Sénégal, cette avancée majeure a été réalisée par l'Agence sénégalaise de réglementation pharmaceutique, tandis qu'au Rwanda, elle l'a été par l'Office rwandais des produits alimentaires et pharmaceutiques. Les évaluations ont été menées en étroite collaboration avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et les bureaux de pays de l'OMS, parfait exemple de l'approche collaborative au cœur des initiatives de renforcement de la réglementation.

L'atteinte du niveau de maturité 3 atteste du bon fonctionnement, de la stabilité et de l'intégration d'un système national de réglementation, condition préalable pour rejoindre des initiatives régionales telles que l'Agence africaine des médicaments (AMA). Elle ouvre également la voie à une nouvelle étape, les pays se préparant à poursuivre leurs efforts en vue d'atteindre le niveau de maturité 4, le plus haut niveau d'excellence en matière de réglementation.

L'OMS a fourni un appui pour :

-  la coordination transfrontalière et les stratégies régionales d'élimination du paludisme dans le cadre des programmes de lutte contre le paludisme au Sahel et dans la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) ;
-  la riposte aux flambées de paludisme en Afrique du Sud, au Botswana et en Namibie ;
-  le ciblage des interventions fondé sur les données et s'appuyant sur une stratification infranationale dans des pays tels que le Kenya et la République-Unie de Tanzanie.

1

2

3

4

En réponse à l'augmentation de la pharmacorésistance, l'OMS a :

-  promu plusieurs options de traitement de première intention et actualisé les lignes directrices sur le traitement du paludisme au Burkina Faso, au Rwanda et en Ouganda ;
-  organisé un atelier régional à Djibouti, ainsi que des réunions de coordination avec les parties prenantes en mars 2025, en vue de renforcer les capacités de préparation.

5

6



L'OMS a favorisé des investissements à effet de levier afin de mobiliser les ressources et d'intensifier les efforts de lutte contre le paludisme.

Par le biais des initiatives « D'une charge élevée à un fort impact » et « Introduction et déploiement accélérés de vaccins antipaludiques en Afrique », l'OMS a favorisé des investissements à effet de levier et mobilisé l'engagement des parlementaires via la Coalition des parlementaires pour mettre fin au paludisme en Afrique (COPEMA). Elle a ainsi favorisé la mobilisation des ressources et l'intensification des efforts de lutte contre la maladie.

Maladies tropicales négligées

La Région a enregistré des avancées majeures dans la lutte contre les MTN. Signataires de la Déclaration de N'Djamena, le Cameroun, la République centrafricaine et le Tchad se sont engagés à éradiquer la dracunculose via des interventions transfrontalières. En marge de la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, six pays africains¹⁷ ont signé un mémorandum d'accord régional visant à lutter contre la leishmaniose viscérale en tant que priorité de santé publique.

Principales avancées réalisées par les pays :

-  le Niger est devenu le premier pays de la Région africaine à voir l'élimination de l'onchocercose vérifiée ;
-  la Guinée a éliminé la trypanosomiase humaine africaine (THA), devenant ainsi le huitième pays¹⁸ à y parvenir ;
-  la Mauritanie est devenue le septième pays africain à être parvenu à éliminer le trachome, reconnu comme problème de santé publique majeur¹⁹, notamment grâce au soutien du programme de don d'azithromycine de Pfizer, à la collaboration des partenaires et à la mise en œuvre de la stratégie CHANCE recommandée par l'OMS.²⁰

Les femmes leaders engagées dans la lutte contre les MTN ont bénéficié d'un accompagnement dans le cadre du programme de mentorat Mwele Malecela, qui vise à autonomiser les femmes dans la lutte contre les MTN. Le programme a démarré sa deuxième cohorte, accueillant cinq femmes influentes qui bénéficieront d'un mentorat et d'une formation pendant les deux prochaines années.

17 Bénin, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée équatoriale, Ouganda, Rwanda et Togo.

18 Bénin, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée équatoriale, Ouganda, Tchad et Togo.

19 Les six autres sont : le Bénin, la Gambie, le Ghana, le Malawi, le Mali et le Togo

20 La stratégie CHANCE inclut : une intervention chirurgicale pour traiter la cécité due au trichiasis trachomateux ; l'administration d'antibiotiques pour éliminer l'infection, notamment l'administration massive d'azithromycine ; le nettoyage du visage ; ainsi que l'amélioration des conditions environnementales, notamment l'accès à l'eau potable et à l'assainissement.



©OMS / Barry Christianson

1
2
3
4
5
6

VIH, hépatite et tuberculose

L'OMS a tenu une réunion régionale portant sur l'intégration du VIH, de l'hépatite et des maladies non transmissibles (MNT), qui a abouti à l'engagement de créer une communauté de pratique dédiée à l'hépatite. L'Ouganda est devenu le premier pays en Afrique à dépasser l'objectif consistant à diagnostiquer 30 % des personnes vivant avec l'hépatite B.

En 2025, le Botswana a obtenu de la part de l'OMS le statut de niveau « or » dans la lutte contre le VIH. Le pays a réalisé de réels progrès dans l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH.

Dans le cadre de la lutte contre la tuberculose, les 47 États Membres utilisent désormais les tests de diagnostic moléculaire recommandés par l'OMS, ce qui augmente les taux de dépistage rapide. À la fin de la période visée par le présent rapport, 15 pays²¹ étaient en passe de mettre en œuvre les protocoles thérapeutiques de six mois recommandés par l'OMS pour la prise en charge de la tuberculose pharmacorésistante.

Par l'intermédiaire du Comité régional Feu vert, l'OMS a apporté son appui à 13 pays²² pour harmoniser leurs politiques de diagnostic et de traitement de la tuberculose pharmacorésistante.

Vaccination systématique et riposte aux flambées épidémiques

Progrès en matière de vaccination :

-  107 millions d'enfants ont été vaccinés contre la rougeole dans 21 pays;²³
-  les campagnes de vaccination menées au Niger et au Nigéria en réponse aux flambées de méningite ont permis d'atteindre près de 5 millions de personnes ;
-  Plus de 600 000 enfants ont reçu des vaccins antipaludiques dans le cadre de l'initiative AMVIRA.

21 Afrique du Sud, Botswana, Burkina Faso, Comores, Côte d'Ivoire, Eswatini, Ghana, Lesotho, Mali, Namibie, Nigéria, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Tchad et Zimbabwe.

22 Afrique du Sud, Angola, Botswana, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Kenya, Lesotho, Malawi, Mauritanie, Niger, Rwanda et Tchad.

23 Bénin, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Madagascar, Mali, Mauritanie, Mozambique, Nigéria, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone et Zambie.

MNT et santé mentale

Seuls quatre pays²⁴ sont sur la bonne voie pour atteindre la cible des ODD qui est de réduire la mortalité prématurée due à des MNT.

L'OMS s'est penchée sur ce point à travers les initiatives suivantes :



projet de services intégrés de lutte contre le cancer pour les femmes (WICS), lancé en Côte d'Ivoire, au Kenya et au Zimbabwe, qui touche plus de 1700 femmes ;



stratégie PEN-Plus pour la prise en charge des maladies non transmissibles graves :

- 20 pays²⁵ ont élaboré des plans opérationnels nationaux
- 17 pays²⁶ ont procédé au déploiement des services
- 16 pays²⁷ ont lancé une formation spécialisée
- 13 pays²⁸ ont commencé à mettre en œuvre la stratégie PEN-Plus dans au moins un hôpital de district.

L'OMS a publié des ressources stratégiques sur le cancer du sein, la stratégie PEN-Plus, la santé bucco-dentaire, les soins auditifs et la drépanocytose. En outre, l'initiative Diabète et maladies cardiovasculaires en Afrique (D-Card Africa), en collaboration avec la Fondation mondiale du diabète, a permis de renforcer les soins du diabète et des maladies cardiovasculaires au Ghana et en Ouganda.

Les programmes de santé mentale étaient axés sur :



la prévention du suicide ;



la santé mentale des hommes ;



le bien-être sur le lieu de travail.

Dans le cadre de l'initiative SAFER de l'OMS,²⁹ 15 pays³⁰ ont bénéficié d'un soutien afin de réduire les méfaits de l'alcool.

Éradication de la poliomyélite et coordination transfrontalière

Les campagnes de lutte contre la poliomyélite ont permis d'administrer au moins une dose de vaccin antipoliomyélitique oral à 221,6 millions d'enfants dans 24 pays,³¹ réduisant de 45 % le nombre de cas détectés de variants du poliovirus de type 2 par rapport à la même période l'année précédente.

Dans une démarche ambitieuse visant à lutter contre le défi permanent que constitue la transmission des variants du poliovirus en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest, les ministres de la santé des pays du bassin du lac Tchad et de la sous-région du Sahel ont publié un plan global de coordination transfrontalière pour 2024-2025. Par la suite, une campagne de vaccination conjointe a été lancée dans la sous-région du bassin du lac Tchad du 24 au 28 avril 2025 afin de protéger près de 83 millions d'enfants âgés de moins de cinq ans.

24 Afrique du Sud, Algérie, Gabon et Nigéria.

25 Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Congo, Éthiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sierra Leone, Zambie et Zimbabwe.

26 Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Éthiopie, Ghana, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sierra Leone, Zambie et Zimbabwe.

27 Bénin, Burkina Faso, Ghana, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Libéria, Malawi, Mozambique, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sierra Leone, Zambie et Zimbabwe.

28 Burkina Faso, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Libéria, Mozambique, Niger, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sierra Leone, Zambie et Zimbabwe.

29 Initiative SAFER - <https://www.who.int/initiatives/SAFER>.

30 Angola, Burkina Faso, Congo, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée équatoriale, Kenya, Maurice, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, Rwanda et Seychelles.

31 Angola, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Congo, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Libéria, Madagascar, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Zambie et Zimbabwe.

TABLEAU 1. Vaccins antipliomyélitique — enfants vaccinés entre le 1^{er} juillet 2024 et le 30 juin 2025

Les chiffres fournis correspondent au nombre d'enfants vaccinés, exprimé en millions.

Pays	Vaccin	2024						2025				
		juil	août	sept	oct	nov	déc	janv	févr	avr	mai	juin
Congo	bOPV			1,3								
RDC	bOPV		4,3	0,8						1,2		
Guinée	bOPV										5,1	
Madagascar	bOPV	5,9										
Mozambique	bOPV	9,6										
Angola	nOPV2			6,7		0,4						
Burkina Faso	nOPV2			0,5		5,8						
Cameroun	nOPV2				7,0	3,6				7,8	7,9	
RCA	nOPV2				0,5		1,3			2,5		
Tchad	nOPV2					10,9				5,6		5,5
Côte d'Ivoire	nOPV2			9,4					10,1		10,2	
RDC	nOPV2		4,6		32,8		26,9	1,7		9,3	0,2	
Éthiopie	nOPV2				5,4		6,3		15,3		16,3	
Gambie	nOPV2					0,4	0,4					
Ghana	nOPV2				6,9	7,8			0,8			
Guinée	nOPV2			0,6		3,2					5,1	
Kenya	nOPV2				3,8	3,0	0,1		0,9	0,9		
Libéria	nOPV2			0,9								
Mali	nOPV2			0,1		7,9						
Mozambique	nOPV2											21,6
Niger	nOPV2	7,8		7,7	7,9		8,1				8,3	8,4
Nigéria	nOPV2			20,6		77,6		8,2				
Sierra Leone	nOPV2			1,9								
Soudan du Sud	nOPV2					3,5			3,6			
Ouganda	nOPV2				3,3	3,4						
Zambie	nOPV2	2,3										
Zimbabwe	nOPV2					4,7						
Guinée	nOPV2 & bOPV					1,3			5,1			

Répartition du nombre d'enfants vaccinés selon le type de vaccin administré :
bOPV : 28 111 738 enfants ; nOPV2 : 455 577 651 enfants ; nOPV2 et bOPV : 6 341 300 enfants

Source : PEP SIA repository ©OMS AFRO

Dans l'ensemble de la Région africaine, les infrastructures mises en place pour éradiquer la poliomyélite se révèlent essentielles pour faire progresser les priorités de santé publique au sens large. À Madagascar, le programme de lutte contre la poliomyélite a joué un rôle central en déclarant la fin de la flambée épidémique de PVDVc1.

Lors d'une récente campagne d'administration de masse de médicaments, ces infrastructures ont également permis aux autorités sanitaires de vacciner pas moins de 19 millions de personnes. Grâce à cette intégration, la campagne a atteint ses objectifs de couverture et économisé 1,4 million de dollars É.-U. en coûts opérationnels.

De même, en Angola, les ressources et le personnel dédiés à la lutte contre la poliomyélite ont rapidement été réaffectés pour détecter et gérer les flambées de choléra et de rougeole. Cette même capacité de déploiement et de coordination rapides est venue soutenir la riposte en cours à la flambée de rougeole en République démocratique du Congo.

Parmi les innovations mises en place figurent :

-  des tableaux de bord SIG pour améliorer la microplanification et suivre les activités de vaccination en temps réel ;
-  des techniques de séquençage améliorées et des formations dispensées dans 15 pays;³²
-  une unité spécialisée en surveillance environnementale pour renforcer les systèmes d'alerte précoce au Zimbabwe.

1

2

3

Transition pour la poliomyélite :

-  Le Malawi a déployé des efforts pour faire progresser sa planification nationale et intégrer ces capacités au sein du système de santé général.

4

5

Systèmes de laboratoire et de diagnostic

6

L'OMS a également apporté son soutien aux pays pour renforcer les systèmes de diagnostic et de laboratoire, en tant qu'éléments essentiels de la détection précoce et de la lutte contre les maladies. Six pays³³ ont mis en place pour la première fois des laboratoires de surveillance génomique, l'OMS fournissant du matériel de séquençage, des réactifs et une formation sur place.

Dans le cadre du Programme mondial pour le leadership des laboratoires (Global Laboratory Leadership Programme ou GLLP), 20 responsables de laboratoires des secteurs de la santé humaine, animale et environnementale ont reçu une formation à la planification stratégique et à la gestion.

Un appui technique a été fourni à l'Érythrée, à Eswatini et à Maurice pour élaborer des politiques et des stratégies nationales en matière de laboratoires. En Eswatini, il s'agissait notamment de faire progresser l'imagerie médicale par l'élaboration de nouvelles politiques, lignes directrices et de nouveaux modes opératoires normalisés.

L'OMS a également :

-  mené deux cycles du programme d'évaluation externe de la qualité en microbiologie, impliquant 22 laboratoires nationaux ;
-  coopéré avec les centres collaborateurs de l'OMS et le Réseau de laboratoires des agents pathogènes émergents et dangereux.

L'OMS s'est associée à l'Agence internationale de l'énergie atomique et à d'autres parties prenantes pour définir un programme régional d'imagerie. Une enquête de référence à laquelle ont participé 46 États Membres³⁴ a été réalisée et les résultats devraient être disponibles d'ici à la fin de 2025.

32 Afrique du Sud, Burkina Faso, Burundi, Ghana, Comores, Érythrée, Kenya, Libéria, Mali, Maurice, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, Togo et Zambie.

33 Burundi, Comores, Érythrée, Libéria, République centrafricaine et Togo.

34 Afrique du Sud, Algérie, Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zanzibar (République-Unie de Tanzanie), Zambie et Zimbabwe.



2.7 Intégrer une approche fondée sur le genre, soucieuse de l'équité et respectueuse des droits humains

1

L'OMS a collaboré avec les États Membres pour intégrer la dimension de genre, d'équité et de droits humains dans les systèmes de santé nationaux, en identifiant et en levant les obstacles structurels à l'accès aux soins.

2

Les 47 pays de la Région ont été accompagnés dans l'utilisation de l'outil d'évaluation rapide des cadres juridiques et réglementaires (RALF) de l'OMS. Cette démarche a permis d'identifier les lois et les politiques qui influent sur l'accès équitable aux services de santé, en particulier pour les femmes, les adolescents et les personnes en situation de handicap. En conséquence, des pays comme l'Éthiopie et le Ghana ont engagé des réformes juridiques pour mieux aligner leurs systèmes de santé sur des approches fondées sur les droits et axées sur l'équité.

3

4

5

L'OMS a également soutenu les pays dans l'intégration de la dimension de genre dans les politiques de santé et les ensembles de services essentiels.

6

Exemples :



la Namibie et l'Ouganda ont révisé leurs politiques de santé reproductive et de santé des adolescents pour mieux accompagner les filles, les survivantes de violences basées sur le genre et les personnes vivant avec un handicap ;



les agents de santé ont bénéficié d'une formation via la plateforme 2gether4SRHR et d'initiatives régionales afin de promouvoir des soins respectueux et inclusifs.

Ces actions se sont avérées essentielles, notamment dans les situations de crise humanitaire et de fragilité, où l'exclusion sociale aggrave souvent les risques sanitaires.



©OMS / Patrick Adams



La Guinée a reçu la validation officielle de l'OMS pour l'élimination de la forme gambiense de la trypanosomiase africaine humaine (THA), ou maladie du sommeil, en tant que problème de santé publique.

ZOOM SUR LA GUINÉE

La Guinée élimine la maladie du sommeil en tant que problème de santé publique

En janvier 2025, la Guinée a reçu la validation officielle de l'OMS pour l'élimination de la forme gambiense de la trypanosomiase africaine humaine (THA), ou maladie du sommeil, en tant que problème de santé publique. Il s'agit d'une première pour le pays, qui rejoint ainsi un petit nombre de nations africaines à avoir réussi à éliminer une maladie tropicale négligée.

Autrefois endémique dans des régions côtières comme Boffa, Dubréka et Forécariah, la maladie constituait une menace mortelle au début des années 2000, avec plus de 100 cas confirmés chaque année. Les communautés de pêcheurs, d'agriculteurs et de paludiers étaient particulièrement exposées, tandis que l'accès limité aux villages isolés et la fragilité des infrastructures sanitaires freinaient la détection et le traitement des cas.

Depuis plus de 20 ans, l'OMS assure le leadership technique et fournit un soutien opérationnel pour aider la Guinée à inverser cette tendance. Dès 2002, l'Organisation a fourni un appui au ministère de la santé pour le lancement d'un programme national d'élimination et pour la mise en place une riposte intégrée fondée sur des données. Des équipes mobiles de dépistage, du personnel de laboratoire et des cliniciens ont été formés et équipés pour détecter et traiter les patients à l'aide des outils les plus récents, allant des tests de diagnostic rapide adaptés au terrain aux nouveaux traitements oraux tels que le fexinidazole.

Parallèlement, l'OMS a contribué à l'expérimentation d'une stratégie de lutte antivectorielle utilisant des milliers de « petites cibles » imprégnées d'insecticide pour réduire les populations de mouches tsé-tsé dans les zones à haut risque. Les recherches sur les réservoirs animaux, les porteurs asymptomatiques et la cartographie spatiale ont permis d'affiner la riposte, tandis que les réseaux communautaires ont assuré une forte mobilisation locale.

En 2023, le nombre de cas notifiés était tombé à seulement 24 dans le pays, contre 140 en 2017. Cette baisse a ramené le nombre de cas sous le seuil de l'OMS d'un cas pour 10 000 habitants dans tous les districts d'endémie pendant six années consécutives. La détection passive dans les établissements de santé représente désormais plus de la moitié des nouveaux cas, ce qui témoigne du renforcement du système national de surveillance.

À l'avenir, la Guinée compte consolider ces acquis en intégrant la THA dans des programmes plus larges de surveillance des MTN cutanées, en ciblant les micro-points chauds grâce à des stratégies réactives et en développant davantage les initiatives de lutte antivectorielle menées par les communautés. Avec le soutien continu de l'OMS, le pays vise à atteindre l'objectif zéro transmission d'ici 2030, fournissant ainsi un modèle reproductible pour les efforts d'élimination régionaux à travers l'Afrique de l'Ouest.

3

Priorité stratégique 2:

**Situations d'urgence
sanitaire – protéger
les populations contre
les menaces sanitaires**

Principales réalisations :



Les 47 pays

ont tous soumis leur rapport en tant qu'État Partie au RSI pour la huitième année consécutive



Des vaccins anticholériques oraux ont été administrés dans huit pays à plus de

13 millions de personnes



34 pays

ont réalisé une deuxième évaluation externe conjointe



Plus de 100 000 agents de santé de première ligne

ont été vaccinés contre Ebola



Plus de 66 millions de dollars É.-U.

ont été promis par les pays africains et leurs partenaires en faveur de la sécurité sanitaire régionale



26 pays

ont bénéficié d'un appui pour élaborer ou actualiser des plans de lutte anti-infectieuse



Trois flambées épidémiques de fièvre hémorragique virale ont été

endiguées avec succès,

sans propagation transfrontalière



39 pays

ont reçu des fournitures d'urgence d'une valeur de 5 millions de dollars É.-U. en trois jours



2300 membres (77 % de la cible)

du dispositif AVoCH-SURGE ont été formés et sont prêts à être déployés en 24 à 48 heures



Plus de 400 experts

ont été déployés pour soutenir la riposte aux situations d'urgence



88 événements de santé publique ont été suivis,

dont cinq urgences de niveau 3

La Région africaine de l'OMS a continué de faire face à un grand nombre et à une diversité d'urgences de santé publique, alternant entre flambées aiguës et crises prolongées qui ont marqué le cadre des interventions.

Divers événements, allant du choléra et de la variole simienne aux crises humanitaires causées par les conflits, ont exercé une énorme pression sur des systèmes de santé déjà surchargés, soulignant le besoin critique d'une préparation solide, d'une coordination efficace et de capacités de déploiement rapide.



L'OMS et les États Membres ont accompli des progrès considérables en matière de préparation, de surveillance, de coordination de la riposte, ainsi que de prestation de services intégrés.

Malgré ces difficultés, l'OMS et les États Membres ont réalisé des progrès considérables en matière de préparation, de surveillance, de coordination de la riposte et de prestation de services intégrés, mettant en évidence la nécessité d'investir durablement dans la préparation et la gestion intégrée des risques.

3.1 Se préparer à faire face à l'ensemble des risques

Des progrès significatifs ont été accomplis dans la Région en matière de renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire. Tous les États Membres ont établi leur rapport annuel d'autoévaluation (eSPAR), et 30³⁵ d'entre eux ont désormais achevé une deuxième série d'évaluations externes conjointes. Douze pays³⁶ ont également actualisé leurs plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire, ce qui témoigne d'un leadership national plus fort dans la gestion des risques et la planification stratégique.

Afin de se préparer aux pandémies futures, l'OMS a soutenu la réalisation d'exercices de simulation dans 12 pays³⁷. Ces exercices ont permis de tester les mécanismes de coordination transfrontière et d'identifier les lacunes en matière de préparation multisectorielle. L'OMS a également facilité des examens de l'action en cours dans neuf pays³⁸ et des examens a posteriori dans cinq³⁹, contribuant ainsi à améliorer durablement les expériences de riposte aux flambées.

Dix pays⁴⁰ ont franchi une étape majeure en adoptant le Cadre de préparation et de résilience face aux menaces émergentes (PRET) de l'OMS, avec notamment le Cameroun et la République-Unie de Tanzanie qui ont révisé leurs plans de préparation en intégrant des outils de modélisation et de planification des renforts basés sur des scénarios.

35 Afrique du Sud, Angola, Botswana, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Gambie, Ghana, Guinée, Kenya, Libéria, Mali, Mauritanie, Malawi, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie (y compris Zanzibar), Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo et Zambie.

36 Bénin, Burkina Faso, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée, Éthiopie, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie et Tchad.

37 Burundi, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Ghana, Guinée-Bissau, Namibie, Ouganda, République centrafricaine, Sénégal, Togo et Zimbabwe.

38 Burundi, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Guinée-Bissau, Ouganda, République centrafricaine, Sénégal et Togo.

39 Kenya, Nigéria, Ouganda, Zambie et Zimbabwe.

40 Angola, Botswana, Côte d'Ivoire, Guinée, Guinée-Bissau, Mozambique, Sao Tomé-et-Principe, Soudan du Sud, Zambie et Zimbabwe.



©OMS



Cependant, à la mi-2025, la flambée n'avait été endiguée que dans deux régions, et le taux national de létalité avait été ramené de 1,47 % l'année précédente à 1,00 %.

ZOOM SUR L'ÉTHIOPIE

Inverser la tendance d'une flambée complexe de choléra

Au début de la période considérée, l'Éthiopie était confrontée à sa pire flambée de choléra depuis des années, touchant 11 régions. Les systèmes de santé déjà fragilisés par les conflits, les déplacements de populations et d'autres situations d'urgence peinaient à y faire face.

Cependant, à la mi-2025, la flambée n'avait été endiguée que dans deux régions, et le taux national de létalité avait été ramené de 1,47 % l'année précédente à 1,00 %. Ce revirement remarquable reflète une préparation efficace, une action rapide et une coordination solide.

Avec le soutien technique et financier de l'OMS, l'Éthiopie a lancé un nouveau plan d'action national quinquennal pour la sécurité sanitaire (PANSS 2024-2028). Conformément au Règlement sanitaire international (RSI 2005), ce plan définit les priorités nationales en matière de cartographie des risques, de perfectionnement du personnel et de coordination des situations d'urgence. Le pays a également soumis son autoévaluation annuelle au titre du RSI à l'aide de l'outil SPAR, marquant une étape importante sur le plan de la responsabilité mondiale.

Alors que les flambées se multiplient, du choléra à la rougeole, en passant par la variole simienne, la maladie du charbon et le paludisme, les mécanismes d'intervention d'urgence de l'Éthiopie ont été rapidement activés. L'OMS a contribué au déploiement de plus de 155 experts nationaux et internationaux pour gérer 107 alertes de maladies, chacune ayant fait l'objet d'une enquête dans les 48 heures. Dans les zones les plus durement touchées, les équipes mobiles ont coordonné les efforts de surveillance, de prise en charge des cas et de participation communautaire.

La riposte au choléra s'est avérée un moment décisif dans la gestion de la flambée en Éthiopie. L'OMS a soutenu l'activation d'un système complet de gestion des incidents, permettant une coordination en temps réel entre les autorités fédérales et régionales. La vaccination orale ciblée contre le choléra, l'amélioration des interventions axées sur l'eau et l'assainissement et le renforcement du soutien logistique ont permis de maîtriser la flambée. La réduction du nombre de décès est le reflet non seulement d'une meilleure prise en charge des cas, mais aussi de systèmes de surveillance et d'approvisionnement plus solides.

Dans le même temps, l'Éthiopie a géré plusieurs autres situations d'urgence, notamment la crise des réfugiés soudanais, une flambée de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 (PVDVc2), et deux situations d'urgence prolongées (fièvre dengue et fièvre récurrente), parallèlement à des événements non classés tels que les tremblements de terre et la méningite. L'OMS a travaillé en étroite collaboration avec le ministère de la santé et l'Institut éthiopien de santé publique pour maintenir les services essentiels et coordonner l'appui des partenaires dans ces contextes complexes.

L'expérience de l'Éthiopie au cours de la période considérée souligne l'importance d'une préparation soutenue, d'un leadership local fort et d'une riposte rapide. Avec le soutien continu de l'OMS, non seulement le pays s'est attaqué de front à de multiples situations d'urgence, mais il a également renforcé les systèmes nécessaires à la sécurité sanitaire à long terme.

La préparation à la vaccination a également pris de l'ampleur :



plus de 101 000 agents de santé de première ligne ont été vaccinés contre Ebola dans deux pays⁴¹ ;



dans huit pays à haut risque⁴², plus de 13 millions de personnes ont été vaccinées par voie orale contre le choléra grâce à des campagnes innovantes qui incluaient des actions de sensibilisation itinérantes, ainsi que l'intégration de cette vaccination dans les programmes de vaccination systématique au Malawi et au Mozambique.



Le lien entre les situations d'urgence sanitaire et le risque climatique est devenu plus évident.

L'OMS a accompagné 26 pays⁴³ dans le renforcement de leurs plans nationaux de lutte anti-infectieuse, en alignant leurs efforts sur la nouvelle stratégie mondiale dans ce domaine.

Au Soudan du Sud, l'OMS a fourni un appui adapté pour ajuster les protocoles de lutte anti-infectieuse au contexte de fragilité et de conflit du pays.

Le lien entre les situations d'urgence sanitaire et le risque climatique est devenu plus évident. Cinq pays⁴⁴ ont bénéficié de l'appui de l'OMS pour intégrer la préparation aux épidémies dans les stratégies d'adaptation au climat, notamment l'alerte précoce aux inondations, aux maladies à transmission vectorielle et aux risques environnementaux.

41 République démocratique du Congo et Sierra Leone.

42 Angola, Ghana, Malawi, Mozambique, Nigéria, Soudan du Sud, Zambie et Zimbabwe.

43 Angola, Bénin, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Ghana, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Rwanda, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo et Zambie.

44 Éthiopie, Kenya, Madagascar, Mozambique et Niger.



©OMS / João Carlos Domingos

1

2

3

4

5

6

3. Priorité stratégique 2 : Situations d'urgence sanitaire - protéger les populations contre les menaces sanitaires

3.2 Évaluer les risques et échanger des informations

1

Entre 2024 et 2025, l'OMS a intensifié son soutien aux pays pour permettre aux pays de cartographier les menaces, d'évaluer les vulnérabilités et d'améliorer les systèmes d'alerte en temps réel.

2

Neuf pays⁴⁵ ont réalisé des exercices de cartographie des risques au niveau infranational, ce qui a permis de planifier des mesures d'urgence ciblées et de prépositionner plus efficacement les fournitures. Avec l'appui de l'OMS et de partenaires de l'Alliance quadripartite, 20 pays⁴⁶ ont procédé à des évaluations des risques selon l'approche « Une seule santé ». L'Ouganda et la République-Unie de Tanzanie ont rapidement mis en œuvre des cadres conjoints de gestion des menaces zoonotiques telles que la maladie du charbon et la grippe aviaire.

3

4

Neuf pays⁴⁷ ont également fait progresser leurs feuilles de route issues des ateliers nationaux de transition, établissant des mécanismes formels de surveillance conjointe et de riposte rapide coordonnée.

5

6

L'innovation numérique a joué un rôle central :



l'OMS a prêté soutien à 15 pays⁴⁸ pour développer leurs systèmes d'alerte numérique en temps réel, dont beaucoup ont été incorporés aux plateformes existantes de surveillance intégrée des maladies et de riposte (SIMR) ;



le Nigéria et le Sénégal ont amélioré leurs tableaux de bord de données en y ajoutant des fonctions de géolocalisation pour suivre les événements et assurer une notification plus rapide au niveau des districts.

L'écoute sociale est apparue comme un outil important. Dix pays⁴⁹ ont surveillé les données des réseaux sociaux et des centres d'appel pour détecter les préoccupations et la désinformation des communautés et y répondre durant les flambées épidémiques. Ces informations ont ensuite été utilisées pour concevoir des campagnes plus efficaces de communication sur les risques.

Dans toute la Région africaine, les collaborations de haut niveau ont renforcé les priorités communes. Des dialogues ministériels se sont concentrés sur le renforcement des autorités nationales de santé publique, tandis qu'une réunion stratégique a réuni 35 représentants du Groupe africain pour coordonner les positions régionales sur l'Accord sur les pandémies.

Entre-temps, le Cameroun, le Congo et la République-Unie de Tanzanie ont achevé des examens universels de la santé et de la préparation menés par des pairs, contribuant à étendre les programmes nationaux de préparation au-delà du secteur de la santé pour inclure les finances, la sécurité et les infrastructures publiques.

45 Burundi, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Guinée-Bissau, Ouganda, République centrafricaine, Sénégal et Togo.

46 Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Cabo Verde, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Sierra Leone et Togo.

47 Cameroun, Guinée, Kenya, Libéria, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Sénégal et Sierra Leone.

48 Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gabon, Ghana, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Lesotho, Madagascar, République centrafricaine, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal et Zambie.

49 Afrique du Sud, Éthiopie, Gabon, Ghana, Madagascar, Namibie, Rwanda, Soudan du Sud, Togo et Zimbabwe.

3.3 Assurer une riposte diligente et efficace face aux situations d'urgence sanitaire

TABLEAU 2. Tableau récapitulatif des principales situations d'urgence sanitaire en cours dans la Région africaine de l'OMS (juillet 2024–juin 2025)

N°	Urgence sanitaire	Brève description (30 juin 2025)	Principales mesures de santé publique
1	Crise humanitaire dans l'est de la République démocratique du Congo et ses répercussions régionales	Depuis janvier 2025, le conflit armé dans l'est de la République démocratique du Congo s'est intensifié, entraînant une crise humanitaire profonde. Près de 4 millions de personnes ont été déplacées à l'intérieur du pays, et plus de 500 000 réfugiés ont fui vers les pays voisins. Les flambées de choléra et de variole simienne aggravent la pression sur les ressources et compliquent l'accès humanitaire.	<ul style="list-style-type: none"> – Déploiement d'un gestionnaire d'incidents international et mise en place d'une équipe intégrée et efficace de gestion des incidents, incluant des équipes d'intervention rapide. – Prise en charge de 8000 patients atteints de choléra. – Administration de 150 000 doses de vaccin afin de protéger les populations vulnérables contre les maladies évitables. – Distribution de 50 000 comprimés de purification de l'eau.
2	Crise humanitaire au Soudan du Sud	Le Soudan du Sud est confronté à une flambée de choléra qui a touché environ 70 000 personnes, avec un taux de mortalité de 1,8 %. Parallèlement, 1,3 million d'enfants souffrent de malnutrition sévère. Plus de 7 millions de personnes ont besoin d'urgence d'une aide humanitaire.	<ul style="list-style-type: none"> – Vaccination de 6,9 millions de personnes contre le choléra. – Aide au traitement de 2000 enfants souffrant de malnutrition. – Mise en place de 10 centres de traitement du choléra, réduisant la mortalité de 20 %.
3	Cyclone Jude au Mozambique	Le cyclone Jude a provoqué le déplacement d'environ 200 000 personnes et endommagé 150 établissements de santé, perturbant gravement la prestation des soins de santé. En juin 2025, des efforts urgents sont nécessaires pour rétablir les services de santé et venir en aide aux communautés touchées.	<ul style="list-style-type: none"> – Distribution de 2000 kits sanitaires d'urgence pour rétablir l'accès aux soins. – Mise en place de 5 dispensaires temporaires ayant pris en charge 10 000 patients.
4	Maladie à virus Soudan en Ouganda	En Ouganda, la flambée de maladie à virus Soudan a duré du 30 janvier au 26 avril 2025, avec 14 cas (12 confirmés et deux probables) et quatre décès (deux confirmés et deux probables). Aucune nouvelle infection n'ayant été signalée pendant 42 jours consécutifs, le ministère de la santé a officiellement déclaré la fin de la flambée le 26 avril 2025.	<ul style="list-style-type: none"> – Décaissement de 2,5 millions de dollars É.-U. du Fonds de réserve pour les situations d'urgence afin de couvrir les domaines critiques de la riposte. – Déploiement de 38 experts nationaux et internationaux et appui au ministère de la santé pour la mobilisation de huit techniciens médicaux d'urgence. – Essai clinique du vaccin candidat déployé dans les trois jours suivant la déclaration de flambée épidémique.
5	Flambée de maladie à virus Marburg en République-Unie de Tanzanie	Entre le 14 janvier et le 13 mars 2025, la région de Kagera en République-Unie de Tanzanie a été touchée par une flambée de maladie à virus Marburg qui a causé 10 décès parmi deux cas confirmés et huit cas probables (taux de létalité de 100 %). Des interventions de santé publique rapides ont permis d'éviter une nouvelle propagation, et la fin de la flambée a été officiellement déclarée après 42 jours sans nouvelles infections.	<ul style="list-style-type: none"> – Décaissement de 1,5 million de dollars É.-U. du Fonds de réserve pour les situations d'urgence afin de faciliter une action précoce. – Déploiement de 20 experts nationaux et internationaux pour soutenir les piliers fondamentaux de la riposte. – L'OMS a expédié plus de 1,4 tonne de fournitures médicales essentielles, y compris des kits de diagnostic et des équipements de protection individuelle (EPI).
6	Cyclone Chido en Afrique australe (plusieurs pays)	Le cyclone Chido a touché terre au Mozambique le 15 décembre 2024, touchant 453 971 personnes et faisant 120 morts. La tempête a détruit des infrastructures essentielles, perturbé la prestation des services de soins de santé et généré des besoins humanitaires urgents dans les pays voisins (Comores, Malawi, Mayotte et Mozambique), les conséquences les plus graves ayant été observées aux Comores, à Mayotte et au Mozambique.	<ul style="list-style-type: none"> – Déploiement d'équipes médicales et de laboratoires mobiles avec du matériel et des tests. – Don de fournitures médicales, y compris des médicaments essentiels, des kits et des tentes aux districts touchés. – Financement catalytique du Fonds africain pour les urgences de santé publique à hauteur de 992 056 dollars É.-U. à destination du Mozambique (492 093 dollars É.-U.) et du Malawi (499 963 dollars É.-U.) pour des interventions vitales essentielles.
7	Crise humanitaire à Cabo Delgado au Mozambique	En février 2025, le conflit de Cabo Delgado au Mozambique a provoqué le déplacement de plus de 10 140 personnes. Au moins 32 incidents signalés ont entraîné 25 décès et 20 enlèvements, perturbant davantage les opérations humanitaires dans un contexte d'insécurité persistante.	<ul style="list-style-type: none"> – Fourniture de kits sanitaires d'urgence interinstitutions, notamment des médicaments essentiels, des outils de diagnostic et des fournitures adaptées à des situations d'urgence sanitaire spécifiques, telles que des flambées épidémiques ou des pandémies. – Livraison de 50 tonnes d'aide alimentaire.

N°	Urgence sanitaire	Brève description (30 juin 2025)	Principales mesures de santé publique
8	Répercussions régionales de la crise des réfugiés soudanais	La crise au Soudan a entraîné le déplacement plus de 12,1 millions de personnes, dont 7,7 millions de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, et 4,1 millions de réfugiés et de rapatriés dans des pays voisins, tels que l'Éthiopie, la République centrafricaine, le Soudan du Sud et le Tchad. Il en a résulté une grave situation d'urgence humanitaire, aggravée par des problèmes de santé qui ont conduit à des flambées de choléra et d'hépatite, tandis que les pays hôtes peinent à fournir des ressources de santé adéquates.	<ul style="list-style-type: none"> - Livraison de plus de 280 tonnes de fournitures médicales, y compris des kits de dépistage du choléra, des kits sanitaires d'urgence et du matériel de soins de traumatologie. - République centrafricaine : l'OMS a rouvert 5 centres de santé pour 30 000 personnes, géré 571 situations d'urgence, déployé 10 kits anti-épidémie et renforcé la surveillance des maladies. - Tchad : l'OMS a soutenu des dispensaires mobiles, la vaccination de masse contre la rougeole et 1197 interventions chirurgicales, distribué des kits contre le choléra et le virus de l'hépatite E, et formé des agents locaux de lutte anti-infectieuse. - Éthiopie : l'OMS a déployé des équipes mobiles pour assurer des services de santé et de nutrition, améliorant la riposte aux flambées épidémiques et fournissant un soutien psychosocial, ainsi que des kits de santé sexuelle et reproductive. - Soudan du Sud : l'OMS a livré 175 tonnes de kits contre le choléra, installé des citernes souples d'eau, construit des latrines, coordonné la surveillance transfrontalière et mis en place des circuits d'orientation-recours pour la prise en charge des violences basées sur le genre, avec le concours du Fonds des Nations Unies pour la population.
9	Riposte à la crise humanitaire dans le nord de l'Éthiopie	L'action humanitaire en Éthiopie cible 16 millions de personnes vulnérables, dans un contexte marqué par des conflits persistants. Le secteur de la santé doit faire face à de multiples flambées épidémiques, avec notamment 58 508 cas de choléra, une hausse des cas de paludisme dépassant 360 000 par semaine en 2024 et l'accueil de 942 000 réfugiés.	<ul style="list-style-type: none"> - Livraison de 672 tonnes de fournitures médicales d'une valeur de 7,75 millions de dollars É.-U. à 30 partenaires opérationnels en 2024. - Déploiement de plus de 155 experts pour gérer 107 alertes de maladies, chacune faisant l'objet d'une enquête dans les 48 heures. - Choléra et vaccination : fourniture de matériel pour la lutte contre le choléra d'une valeur de 613 360 dollars É.-U. et organisation de cinq campagnes de vaccination orale contre le choléra, permettant de vacciner 4,58 millions de personnes, soit une couverture de 99 %.
10	Variole simienne (urgence de santé publique de portée internationale)	Au 30 juin 2025, 25 pays (Afrique du Sud, Angola, Burundi, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Kenya, Libéria, Malawi, Maurice, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sierra Leone, Soudan du Sud, Togo, Zambie et Zimbabwe) avaient notifié des cas depuis janvier 2024. Au total, 43 768 cas et 143 décès ont été confirmés, soit un taux de létalité de 0,3 %.	<ul style="list-style-type: none"> - En collaboration avec le Centre africain de prévention et de contrôle des maladies (CDC), l'OMS a mis sur pied l'équipe continentale d'appui à la gestion des incidents et coordonné la riposte sur le continent africain. - Formation de 1500 agents de santé pour renforcer la détection et la prise en charge de la variole simienne. - Expédition de 12 tonnes de kits de traitement, de fournitures de laboratoire et d'EPI dans les zones à haut risque; soutien à plusieurs établissements de santé dans la prise en charge et l'isolement des cas. - Renforcement des campagnes ayant permis de vacciner 500 000 personnes. - Financement de 5 millions de dollars É.-U. pour une intervention rapide et renforcement de la chaîne d'approvisionnement en fournitures médicales liées à la variole simienne.
11	Flambée de maladie à virus Marburg au Rwanda	En septembre 2024, le Rwanda a signalé son premier cas de maladie à virus Marburg et a rapidement mis en œuvre des mesures d'isolement strictes, limitant ainsi efficacement la propagation. La flambée, officiellement déclarée le 27 septembre 2024, a pris fin le 20 décembre 2024, après avoir enregistré 66 cas et 15 décès, aucun nouveau cas n'ayant été signalé au cours des 42 jours suivants. Il est à noter que près de 80 % des cas concernaient des agents de santé. La rapidité de la confirmation des cas et leur isolement ont démontré l'efficacité de l'action de santé publique du Rwanda.	<ul style="list-style-type: none"> - Déploiement de 11 experts de l'OMS et mobilisation de 39 équipes supplémentaires du Corps des volontaires africains de la santé – Renforcer et utiliser des groupes d'intervention en cas d'urgence, en Ouganda, au Libéria et en Sierra Leone afin d'assurer la continuité des services essentiels. - Achat et expédition d'EPI, de kits de lutte contre la fièvre hémorragique virale et de kits de test d'une valeur de 650 000 dollars É.-U. pour soutenir les soins diagnostiques et la lutte anti-infectieuse. - Financement catalytique de 550 000 dollars É.-U. du Fonds de réserve pour les situations d'urgence afin de permettre une action précoce et de mobiliser davantage de fonds supplémentaires auprès du Bureau des affaires étrangères, du Commonwealth et du développement (486 127 livres sterling), du service de la Commission européenne à la protection civile et aux opérations d'aide humanitaire européennes (850 000 euros) et de l'Agence des États-Unis pour le développement international (1,7 million de dollars É.-U.).
12	Flambée de dengue touchant plusieurs pays	Au 31 mars 2025, la Région africaine de l'OMS avait notifié 13 508 cas de dengue dans 18 pays, dont 1 248 cas confirmés et 126 décès. Un pic de transmission est survenu en janvier avec 6 000 cas. Le Burkina Faso comptait 66 % du nombre total de cas.	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation d'une série de webinaires de cinq jours sur le renforcement des capacités en matière de préparation et de riposte à la dengue à l'intention de plus de 500 professionnels, auxquels ont participé 20 experts internationaux. - Livraison de 6,44 tonnes de fournitures pour le diagnostic et la prise en charge des cas dans les pays touchés depuis les centres de Nairobi et de Dakar. - Mobilisation et obtention de 2 millions de dollars É.-U. pour la riposte à la dengue. - Déploiement de quatre entomologistes confirmés et d'un épidémiologiste pour renforcer la surveillance entomologique.

N°	Urgence sanitaire	Brève description (30 juin 2025)	Principales mesures de santé publique
13	Inondations provoquées par El Niño en Afrique australe	L'Afrique australe a connu la plus faible pluviométrie de mi-saison en 40 ans. Six pays (Botswana, Lesotho, Malawi, Namibie, Zambie et Zimbabwe) sont placés en état d'urgence en raison d'El Niño, ce qui impacte les services de santé pour huit millions de personnes et accroît l'insécurité alimentaire, ainsi que le taux de morbidité. Plus de 1,1 million d'enfants souffrent de malnutrition sévère, avec des menaces liées au choléra et à la variole simienne. Des interventions coordonnées d'urgence sont essentielles pour répondre aux besoins sanitaires de la sous-région.	<ul style="list-style-type: none"> - Distribution de 10 000 fournitures sanitaires aux familles vulnérables. - Activation des centres d'opérations d'urgence et des groupes sectoriels pour la santé afin d'assurer une coordination efficace avec les partenaires locaux. - Réalisation d'évaluations de santé rapides et déploiement d'équipes d'intervention rapide pluridisciplinaires. - Communication sur les risques et mobilisation communautaire pour améliorer la détection précoce et prévenir les flambées épidémiques.
14	Cyclone Gamane à Madagascar	Le cyclone Gamane a frappé Madagascar le 27 mars 2024, touchant plus de 200 000 personnes et provoquant d'importantes perturbations des services de santé et des chaînes d'approvisionnement alimentaire. Plus de 100 000 personnes dans 15 districts avaient besoin d'une aide d'urgence. Le taux d'incidence des cas de diarrhée chez les enfants est passé à 26,5 pour 100 000, tandis que les cas de paludisme ont atteint 80 387, soit une augmentation de 50 %.	<ul style="list-style-type: none"> - Décaissement de 300 000 dollars É.-U. du Fonds de réserve pour les situations d'urgence et de 300 000 dollars É.-U. du Fonds central pour les interventions d'urgence. - Mise en place de 17 dispensaires mobiles et déploiement de 40 agents de santé formés. - Distribution de cinq kits sanitaires d'urgence interinstitutions, notamment des médicaments essentiels et des kits de lutte contre le choléra et le paludisme. - Poursuite de la distribution de plus de 500 moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action, de 2000 kits de test diagnostique rapide, de 10 kits d'investigation et de deux kits de laboratoire.
15	Flambée de choléra touchant plusieurs pays	La flambée de choléra ayant touché 20 pays de la Région africaine a engendré 142 895 cas et 2861 décès, nécessitant des interventions immédiates de santé publique pour freiner la propagation et favoriser de bonnes pratiques d'assainissement.	<ul style="list-style-type: none"> - Vaccination de plus de 6,9 millions de personnes contre le choléra dans six pays afin d'améliorer la protection. - Facilitation du confinement rapide en Angola grâce au déploiement de six experts pour renforcer la riposte. - Déploiement de fournitures essentielles d'une valeur de 214 801,66 dollars É.-U. depuis la plateforme de Dakar vers les pays touchés de la sous-région. - Mise en place de 1000 sites de tests de diagnostic rapide.
16	Maladie du charbon dans plusieurs pays	Une flambée épidémique de maladie du charbon a touché plusieurs pays africains, avec 300 cas signalés, nécessitant des interventions urgentes de santé publique pour prévenir une propagation supplémentaire et assurer une prise en charge efficace des personnes affectées.	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcement des capacités de laboratoire avec 50 nouveaux kits de test. - Conduite d'enquêtes et de ripostes conjointes en étroite collaboration avec les partenaires de l'approche « Une seule santé » sous la direction des gouvernements des pays hôtes.
17	Méningite cérébrospinale au Nigéria	Au Nigéria, une flambée de <i>Neisseria meningitidis</i> (méningocoque) de sérotype C a causé plus de 1700 cas suspects de méningite, dont 101 cas confirmés et 153 décès dans sept des 36 États nigériens (Adamawa, Bauchi, Gombe, Jigawa, Katsina, Yobe et Zamfara) en 2024.	<ul style="list-style-type: none"> - Lancement d'une campagne de vaccination en 2024 pour enrayer cette épidémie mortelle, visant dans un premier temps plus d'un million de personnes âgées de 1 à 29 ans. - Amélioration des tests diagnostiques, permettant un traitement rapide de 750 personnes. - Mise en œuvre efficace de la feuille de route mondiale de l'OMS pour vaincre la méningite d'ici 2030.
18	COVID-19	La COVID-19 continue d'avoir un impact sur les systèmes de santé publique à travers le monde, avec plus de 200 millions de doses de vaccin administrées en Afrique. Les variants représentent des défis permanents pour l'endiguement de la maladie et la prestation des soins de santé.	<ul style="list-style-type: none"> - Administration de 200 millions de vaccins à plus de 100 millions de personnes. - Renforcement des systèmes de soins de santé avec la fourniture de 10 millions de kits d'EPI. - Intégration de la COVID-19 dans les soins de santé primaires systématiques. La transition a conduit au développement des plateformes de tests moléculaires (par exemple, Genexpert et l'amplification en chaîne par polymérase) qui sont actuellement utilisées dans la riposte à la variole simienne et aux flambées épidémiques. - La riposte à la COVID-19 et la transition qui a suivi ont permis le déploiement de la plateforme logicielle DHIS2, de l'outil Go.Data et d'applications mobiles de signalement, facilitant des tests, un triage et une orientation plus rapides.

La Région a connu 88 événements de santé publique, dont 68 flambées épidémiques et 20 crises humanitaires. Quinze d'entre eux ont été officiellement classés par l'OMS, dont cinq urgences de niveau 3, la classification la plus sévère.

1

Le choléra reste la menace la plus courante, 22 pays⁵⁰ étant touchés, en particulier à la suite d'inondations ou de déplacements massifs. L'OMS a fourni des orientations techniques, soutenu des évaluations rapides des risques et coordonné des ripostes ciblées aux flambées épidémiques.

2

3



4

5

6

©OMS

S'appuyant sur l'expérience acquise et les capacités développées dans les pays, l'OMS a accompagné l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie et le Rwanda dans la riposte efficace aux flambées de maladie à virus Marburg et Ebola. Les trois flambées ont été contenues en moins de 90 jours, sans propagation transfrontalière.

La variole simienne est réapparue dans 18 pays⁵¹, avec une transmission interhumaine constatée au Burundi, en Ouganda et en République démocratique du Congo. L'OMS a travaillé en étroite collaboration avec les autorités nationales pour renforcer les enquêtes sur les cas, actualiser les protocoles d'isolement et intensifier la communication en santé publique.

Face à ces menaces et à d'autres, l'OMS :

-  a activé son système de gestion des incidents dans plusieurs pays, en déployant des équipes sur le terrain et en mettant en place des centres de coordination au niveau des pays;
-  a lancé une nouvelle équipe continentale conjointe d'appui à la gestion des incidents avec le CDC-Afrique;
-  a déployé plus de 400 experts en renfort, dont plus de 60 % ont été mobilisés dans les 72 heures suivant la classification de l'événement;
-  ces experts comprenaient des épidémiologistes, des spécialistes de la lutte anti-infectieuse et de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, des gestionnaires de cas, des coordonnateurs logistiques et des communicateurs sur les risques.

L'OMS a également travaillé en étroite collaboration avec les ministères de la santé pour former et doter les équipes d'intervention rapide. Des déploiements récents au Burkina Faso, au Kenya et au Niger ont permis d'endiguer plus rapidement les flambées épidémiques au niveau des districts.

50 Afrique du Sud, Angola, Burundi, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Kenya, Malawi, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Soudan du Sud, Togo, Zambie et Zimbabwe.

51 Burundi, Côte d'Ivoire, Congo, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Libéria, Malawi, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sierra Leone, Soudan du Sud, Togo et Zambie.



©OMS / Guerchom Ndebo



Des kits d'urgence, des réactifs de laboratoire, des équipements de protection et des solutions intraveineuses ont été expédiés depuis les centres de l'OMS, atteignant les pays en crise en moyenne dans les trois jours.

Le système régional de la chaîne d'approvisionnement de l'OMS a joué un rôle central dans l'appui à ces opérations. Des kits d'urgence, des réactifs de laboratoire, des équipements de protection et des solutions intraveineuses ont été expédiés depuis les centres de l'OMS à Nairobi, Dakar et Dubaï, atteignant les pays en crise en moyenne dans les trois jours – ce qui représente une amélioration significative.

La santé mentale et le soutien psychosocial font désormais partie intégrante des interventions d'urgence. L'OMS a formé des agents communautaires au Burkina Faso, au Mozambique et en République centrafricaine aux premiers secours psychologiques et distribué des outils pour la prise en charge du stress aigu, du deuil et des traumatismes.

Les interventions intégrées ont été prioritaires. Au Malawi et en Zambie, l'OMS a soutenu la mise en œuvre de mesures de lutte contre le choléra tout en contribuant à la restauration des services de vaccination, de santé maternelle et de nutrition. En Ituri, en République démocratique du Congo, des modèles similaires ont permis de maintenir la prestation de services de santé dans un contexte de déplacements et de conflits.

Les centres d'opérations d'urgence de santé publique (COUSP) ont facilité la coordination et la prise de décision en temps réel. L'OMS a soutenu l'activation et le renforcement de ces centres au Malawi, au Mozambique et au Rwanda. Au Mozambique, par exemple, le COUSP est devenu opérationnel dans les 48 heures après une alerte au choléra, réduisant considérablement les délais de riposte et améliorant la coordination multisectorielle.

1

2

3

4

5

6



©OMS



Grâce à une riposte rapide et coordonnée, l'Ouganda a été en mesure de mettre fin à sa sixième flambée de maladie à virus Ebola en un temps record, soit 87 jours seulement après la confirmation du virus de souche Soudan dans la capitale, Kampala.

1

2

3

4

5

6

ZOOM SUR L'OUGANDA

L'Ouganda met fin à une flambée épidémique d'Ebola en seulement 87 jours

Grâce à une riposte rapide et coordonnée, l'Ouganda a été en mesure de mettre fin à sa sixième flambée de maladie à virus Ebola en un temps record, soit 87 jours seulement après la confirmation du virus de souche Soudan dans la capitale, Kampala.

La flambée a touché sept districts et trois villes, dont Mbale, Jinja et Fort Portal. Au total, 14 cas ont été enregistrés : 12 confirmés et deux probables. Quatre décès et 10 guérisons ont été comptabilisés. Plus de 500 contacts ont été suivis et la surveillance active a été renforcée dans les heures qui ont suivi la confirmation, le 29 janvier 2025.

Les mécanismes d'urgence nationaux ont été immédiatement activés. Avec le soutien de l'OMS et de ses partenaires, le ministère de la santé a déployé 165 agents d'intervention rapide dans les zones touchées. Des centres d'isolement et de traitement ont été mis en place, la surveillance et la recherche des contacts ont été intensifiées et le dépistage a été renforcé à 13 points d'entrée, y compris à l'aéroport d'Entebbe. La prise en charge des cas a été assurée par des équipes médicales d'urgence, tandis que les services de laboratoire ont été coordonnés par les Laboratoires centraux de santé publique de l'Ouganda et l'Institut ougandais de recherche sur les virus. Plus de 1500 échantillons y ont été analysés.

La participation communautaire a joué un rôle clé. L'OMS a déployé des anthropologues, des spécialistes de la communication sur les risques et des équipes de santé communautaire pour lutter contre la stigmatisation, dissiper les fausses informations et promouvoir des comportements sans risque. Ces équipes ont fourni à des milliers de personnes des informations fiables en temps réel.

Malgré l'absence d'un vaccin homologué pour la souche Soudan, l'Ouganda a lancé un essai clinique dans les quatre jours suivant la déclaration de l'épidémie. L'usage en urgence du remdésivir a été approuvé et les patients ont bénéficié des meilleurs traitements de soutien disponibles.

L'OMS a déployé 129 membres du personnel et mobilisé plus de 7,3 millions de dollars É.-U. pour la riposte. Des fournitures, une logistique d'urgence et un appui technique ont été fournis rapidement pour maintenir la dynamique.

Le 26 avril 2025, après 42 jours sans nouveaux cas, la ministre de la santé, D^{re} Jane Ruth Aceng, a déclaré la fin de l'épidémie.



©OMS



Le résultat a été une riposte rapide et efficace : 84 jours seulement après le premier cas, le Rwanda a déclaré la fin de la flambée épidémique.

ZOOM SUR LE RWANDA

AVoHC-SURGE : l'expertise de première ligne régionale aide le Rwanda à stopper la maladie à virus Marburg

Lorsque le Rwanda a signalé son tout premier cas de maladie à virus Marburg en septembre 2024, l'OMS a immédiatement activé son programme AVoHC-SURGE (Corps africain des volontaires de la santé – Renforcer et utiliser les groupes d'intervention en cas d'urgence) pour soutenir la riposte nationale.

Au total, 39 professionnels de la santé publique chevronnés du Libéria, de l'Ouganda et de la Sierra Leone – pays ayant une expérience directe de la lutte contre les flambées mortelles de filovirus – ont été rapidement déployés pour rejoindre les équipes d'intervention rwandaises sur le terrain. Leur contribution a été d'autant plus cruciale que plusieurs agents de santé locaux étaient malades ou décédés aux premiers stades de l'épidémie.

Ces experts AVoHC-SURGE ont apporté un large éventail de compétences à la riposte, notamment en lutte anti-infectieuse, en prise en charge des cas, en surveillance, en logistique et en participation communautaire. En collaboration avec le personnel technique de l'OMS et les intervenants nationaux, ils ont aidé à stabiliser les établissements de santé touchés, à assurer la sécurité des inhumations et à améliorer la coordination entre les différents piliers de la riposte.

Leur présence a permis de combler les lacunes urgentes en matière de ressources humaines et de garantir la continuité des interventions vitales. Au-delà de leur expertise technique, ces volontaires ont également renforcé la solidarité régionale et la confiance entre pairs, facilitant une collaboration plus efficace avec les équipes locales dans des situations de grande pression.

Le résultat a été une riposte rapide et efficace : 84 jours seulement après le premier cas, le Rwanda a déclaré la fin de la flambée épidémique. Au total, seuls quatre cas ont été confirmés, et la propagation a été stoppée avant que le virus ne puisse s'implanter.

Désormais, 37 pays⁵² utilisent la plateforme régionale SIMR pour le partage de données, ce qui permet de renforcer la collaboration régionale, et d'améliorer la rapidité et la qualité des échanges d'informations en santé publique. L'OMS a également contribué à consolider les liens entre les laboratoires en améliorant le transport des échantillons et les systèmes de chaîne du froid.

1

2

La coordination transfrontalière a été essentielle. L'OMS a facilité la planification conjointe entre les pays riverains du lac Tanganyika et du Sahel, tandis que la coordination bilatérale entre le Burundi, la République démocratique du Congo, la République-Unie de Tanzanie et le Rwanda a été renforcée pour coordonner la surveillance de la maladie à virus Ebola, de la maladie à virus Marburg et du choléra.

3

4

Bien que la période 2024-2025 ait été marquée par des progrès décisifs dans la préparation et la riposte aux situations d'urgence sanitaire, des défis majeurs subsistent. L'insécurité, les goulets d'étranglement logistiques et le sous-financement des opérations de riposte limitent encore la portée et l'impact dans certains des contextes les plus vulnérables.

5

6

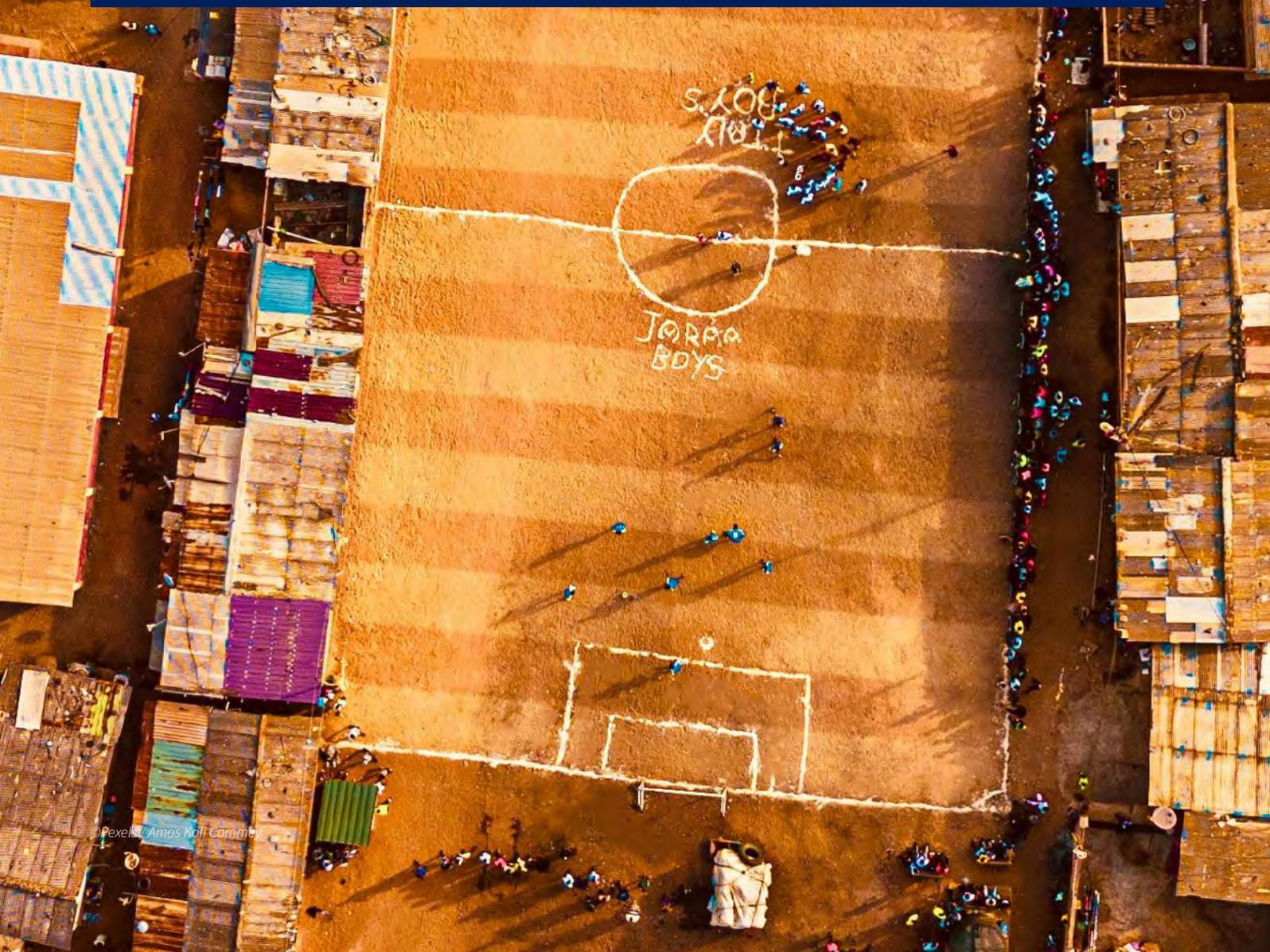
52 Afrique du Sud, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Eswatini, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Côte d'Ivoire, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud et Zambie.



4

Priorité stratégique 3:

Améliorer la santé des populations – promouvoir le bien-être tout au long de la vie



Principales réalisations :



Plus de 200 000 agents de santé communautaires

ont bénéficié d'un appui dans 18 pays, ce qui a permis d'élargir leur rôle dans les soins maternels, la prévention des maladies non transmissibles et la promotion d'une santé respectueuse du climat



18 pays

ont actualisé leur stratégie nationale de santé des adolescents avec la contribution des jeunes, et ont ainsi développé les services de santé mentale, l'accès numérique et les services en milieu scolaire



29 ministres de la santé

se sont officiellement engagés à mettre en place des systèmes de santé résilients face au changement climatique



L'OMS a renforcé les capacités de

50 experts du changement climatique et de la santé

dans la Région



29 pays

ont mis en œuvre au moins quatre mesures MPOWER et

50 000 fumeurs

ont pu bénéficier de services d'aide au sevrage tabagique



26 pays

ont actualisé leur stratégie nationale en matière de nutrition et

15 pays

ont amélioré leurs systèmes nationaux de contrôle et de surveillance des aliments



L'OMS a apporté un appui à

16 pays

dans le renforcement de la coordination nationale et formé plus de

3000 agents de santé et d'urgence

aux soins de traumatologie et aux soins après un accident

Alors que la Région africaine continue de progresser vers la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire, les États Membres se penchent aussi de plus en plus sur les conditions sociales, environnementales et comportementales plus larges qui influent sur la santé des populations.

Le programme pour l'amélioration de la santé des populations promeut le bien-être tout au long de la vie, de la petite enfance à la vieillesse, par la prévention, le changement de comportement et un environnement plus sain.

Entre 2024 et le 30 juin 2025, l'OMS a apporté un appui aux États Membres dans cinq domaines prioritaires : la participation des communautés, le climat et la santé, la lutte antitabac, la sécurité routière, et la nutrition et la sécurité sanitaire des aliments.

4.1 Participation des communautés

Les communautés ont un rôle essentiel à jouer si l'on veut obtenir des résultats durables en matière de santé. Pendant la période visée par le présent rapport, l'OMS a apporté son appui à la mise en œuvre de la Stratégie régionale pour la participation communautaire dans la Région africaine de l'OMS.

À la mi-2025, 20 pays⁵³ avaient commencé à mettre en œuvre la stratégie, intégrant les connaissances comportementales, la communication sur les risques et la participation communautaire dans la prestation des services de santé et la préparation aux situations d'urgence.

L'OMS a mis fortement l'accent sur le développement et l'augmentation du personnel de santé communautaire, conformément à l'engagement pris dans la Déclaration de Yaoundé. Les stratégies nationales ont été renforcées pour recruter et former des agents de santé communautaires, avec un champ d'exercice élargi dans plusieurs pays.

Principales réalisations :



en Éthiopie, au Libéria et au Malawi, les agents de santé communautaires ont bénéficié d'un appui pour assumer de nouvelles responsabilités, notamment dans les domaines suivants :

- conseils en santé maternelle,
- dépistage des maladies chroniques,
- promotion de la santé respectueuse du climat;

53 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.



©OMS / Genevieve Print

 la participation des jeunes et des adolescents s'est intensifiée grâce à la collaboration mise en place avec le Fonds des Nations Unies pour la population, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. Les efforts ainsi engagés ont contribué à la révision des stratégies pour la santé des adolescents au Kenya, à Madagascar et en Sierra Leone ;

 l'OMS a promu l'utilisation de tableaux de bord de la santé communautaire afin d'encourager la responsabilisation au niveau local. Ces outils ont été utilisés pour :

- faire progresser la vaccination de proximité,
- réduire les ruptures de stock de médicaments,
- soutenir des soins de maternité respectueux.



Dans les régions fragiles et touchées par des conflits, l'OMS a contribué à la création de comités de santé communautaires pour maintenir les services et instaurer la confiance.

Dans les régions fragiles et touchées par des conflits comme l'est de la République démocratique du Congo et Cabo Delgado au Mozambique, l'OMS a contribué à la création de comités de santé communautaires pour maintenir les services et instaurer la confiance. Ces comités ont coordonné les activités mobiles de proximité et le travail auprès des populations déplacées.

La campagne de vaccination « Grand rattrapage » a démontré l'efficacité de la promotion de la santé portée par les communautés. En nouant des partenariats avec des organisations confessionnelles, des chefs traditionnels et des groupes de citoyens ordinaires, les États Membres sont parvenus à augmenter l'acceptation de la vaccination et à atteindre des enfants qui n'avaient jusque-là reçu aucun vaccin.

4.2 Changement climatique et santé

Le changement climatique remodèle d'ores et déjà les résultats sanitaires en Afrique. La hausse des températures, les phénomènes météorologiques extrêmes et les écosystèmes en pleine mutation alimentent les flambées épidémiques, entraînent des déplacements de populations et exercent une pression sur les systèmes de santé.

Mesures et résultats clés:

-  29 pays⁵⁴ ont bénéficié d'un appui technique à l'élaboration ou à la mise en œuvre de plans nationaux d'adaptation en matière de santé à la suite de l'engagement qu'ils ont pris au titre de l'Initiative Climat-Santé lancée lors de la COP26;
-  des ateliers de formation régionaux ont permis de renforcer la capacité des ministères et de 50 experts techniques à exploiter les données climatiques pour la planification de la santé publique.



Les pays ont mis au point des systèmes d'alerte précoce reliant les prévisions météorologiques aux interventions de santé publique.

Des pays comme l'Éthiopie, le Malawi et le Zimbabwe ont mis au point des systèmes d'alerte précoce reliant les prévisions météorologiques aux interventions de santé publique. Ces systèmes ont pour objectif d'aider à prévoir les flambées de choléra, de paludisme et de maladies liées à la chaleur.

Au Botswana, au Libéria, en Mauritanie, au Mozambique et au Rwanda, l'OMS a apporté son appui à la réalisation d'évaluations de la vulnérabilité des systèmes de santé face au changement climatique et a contribué à élever les investissements visant à renforcer la résilience au rang des priorités. En Guinée, au Nigéria et en Ouganda, des évaluations nationales ont étayé l'élaboration de feuilles de route pour la transition vers des systèmes de santé à faibles émissions de carbone.

L'OMS a travaillé en étroite collaboration avec le Centre africain de prévention et de contrôle des maladies (CDC-Afrique) et l'Union africaine sur la Stratégie africaine pour le climat et la santé, qui a été adoptée en 2024. Cette stratégie crée un cadre régional pour une action coordonnée et confère une place plus conséquente à la santé dans les négociations sur les politiques climatiques.

En outre, le Cadre pour la mise en place de systèmes de santé résilients face au changement climatique et durables dans la Région africaine de l'OMS, 2024-2033, a été approuvé par le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique à sa soixante-quatorzième session. Ce cadre vise à :

-  renforcer les capacités nationales en vue de la mise en place de systèmes de santé résilients et durables ;
-  promouvoir l'intégration au moyen d'outils tels que les évaluations de la vulnérabilité et de la capacité d'adaptation, les plans d'action nationaux (plans nationaux d'adaptation) et les plans nationaux d'adaptation en matière de santé ;
-  mobiliser le leadership, la gouvernance et les ressources pour la mise en œuvre.

L'OMS a également apporté un appui aux États Membres pour la préparation de propositions de financement. En 2024 :

-  Maurice a obtenu un financement par le biais du Fonds vert pour le climat ;
-  quatre propositions supplémentaires couvrant jusqu'à 10 États Membres ont été soumises au Fonds pour l'adaptation.

54 Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Togo, Zambie et Zimbabwe.



©iStock / Cohncentric



Il est plus que jamais urgent de faire en sorte que le pays dispose d'un système de santé qui soit en mesure de faire face à la variabilité climatique.

1

2

3

4

5

6

ZOOM SUR MAURICE

Maurice s'attaque aux risques sanitaires liés au changement climatique

Maurice étant l'un des pays les plus exposés aux catastrophes dans le monde, il se voit confronté à un nombre croissant de menaces pour la santé liées au changement climatique, et se heurte notamment à l'augmentation des maladies sensibles au climat et à l'aggravation des problèmes de santé chroniques. Alors que plus de 9 000 cas de dengue ont été notifiés en 2024 – la première flambée de ce type jamais enregistrée dans le pays – et que la réémergence de l'infection à virus Chikungunya a été observée en 2025 après près de deux décennies d'absence, il est plus que jamais urgent de faire en sorte que le pays dispose d'un système de santé qui soit en mesure de faire face à la variabilité climatique.

Pourtant, jusqu'à récemment, le secteur de la santé ne disposait pas de base de données probantes solide sur laquelle s'appuyer pour guider ses efforts d'adaptation au changement climatique et d'alerte rapide. Consciente de cette réalité, l'OMS a apporté un appui à Maurice pour entreprendre sa première évaluation complète de la vulnérabilité et de la capacité d'adaptation aux effets du changement climatique sur la santé, sur la base de la méthodologie des cinquième et sixième rapports du Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat et des six éléments constitutifs du système de santé de l'OMS.

L'évaluation a consisté à analyser quatre catégories de menaces sanitaires sensibles au climat : les maladies à transmission vectorielle (telles que la dengue, le chikungunya et la filariose lymphatique), les maladies d'origine hydrique, les maladies respiratoires et les risques liés à la nutrition. Elle a également été l'occasion de dresser un état des lieux de la

sensibilité, de l'exposition, de la capacité d'adaptation et des aléas du système de santé dans les cinq régions sanitaires de Maurice. Ce travail a permis de cartographier les risques pour la santé liés au climat et d'établir ainsi des orientations claires sur les mesures prioritaires.

L'évaluation a également jeté les bases pour la mise en place d'un système d'alerte précoce et d'intervention adapté aux maladies sensibles au climat. Ce système est conçu pour prévoir les flambées épidémiques en s'appuyant sur des déclencheurs météorologiques, ce qui permet une lutte antivectorielle et des mesures préventives rapides. Des feuilles de route sont en cours d'élaboration et une phase pilote est prévue pour avril 2026.

En outre, ce projet a servi de catalyseur à l'élaboration d'un plan national d'adaptation en matière de santé visant à garantir la pleine intégration de la santé dans les stratégies climatiques nationales plus larges du pays. Les efforts de renforcement des capacités ont aussi contribué à améliorer la capacité des planificateurs et des décideurs de la santé à prendre en compte les risques climatiques lors de la planification des programmes.

Ces efforts représentent un changement important dans la façon dont Maurice appréhende l'interconnexion entre santé et climat. Avec l'appui de l'OMS, le pays est en train d'élaborer les outils, les stratégies et les cadres institutionnels nécessaires pour protéger sa population des effets du changement climatique sur la santé, aujourd'hui et demain.

4.3 Lutte antitabac

Le tabac reste l'une des premières causes de décès évitables dans la Région africaine, où les fabricants n'ont cessé de déployer des stratégies de commercialisation qui ciblent de plus en plus les jeunes et les nouveaux consommateurs. L'OMS a apporté son appui à 34 pays⁵⁵ dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et de ses stratégies MPOWER⁵⁶.

Principales réalisations:



29 pays⁵⁷ ont mis en œuvre au moins quatre des six mesures MPOWER au niveau national;



22 pays⁵⁸ sont en bonne voie pour réduire le tabagisme de 30 % d'ici 2025 (par rapport aux taux enregistrés en 2010).

L'OMS a travaillé en collaboration avec plusieurs pays en vue de renforcer leur législation et les services qu'ils proposent:



l'Angola, les Comores et la Côte d'Ivoire ont adopté de nouvelles lois sur les environnements sans tabac, les interdictions de publicité et les mises en garde sanitaires illustrées;



le Ghana et le Sénégal ont introduit des outils numériques et des lignes téléphoniques nationales d'aide au sevrage tabagique, qui ont permis à plus de 50 000 fumeurs d'accéder gratuitement à des conseils et à un traitement.



Au Kenya et en Zambie, plus de 13 000 personnes ont bénéficié d'une assistance pour passer à des cultures plus saines et économiquement viables.

La fiscalité est restée un levier majeur. En 2024, 12 pays⁵⁹ ont augmenté les droits d'accise sur le tabac, avec le soutien de l'OMS. Ces efforts devraient permettre:



de réduire le tabagisme;



d'augmenter les recettes nationales pour les systèmes de santé.

Pour faire face aux menaces émergentes posées par les cigarettes électroniques et les produits du tabac chauffés, 17 pays⁶⁰ ont reçu des orientations réglementaires. Plus de 375 agents de détection et de répression multi-institutions ont été formés dans le but d'améliorer le respect de la réglementation aux niveaux national et infranational.

L'OMS a également encouragé les cultivateurs de tabac à se réorienter vers d'autres moyens de subsistance. Au Kenya et en Zambie, plus de 13 000 personnes ont ainsi bénéficié d'une assistance pour passer à des cultures plus saines et économiquement viables, ce qui permet à la fois d'améliorer leurs revenus et leur nutrition et de préserver la durabilité environnementale.

55 Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Kenya, Libéria, Madagascar, Mali, Maurice, Mauritanie, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Tchad, Togo et Zambie.

56 MPOWER (Monitor – Surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention; Protect – Protéger la population contre la fumée du tabac; Offer – Offrir une aide à ceux qui veulent arrêter le tabac; Warn – Mettre en garde contre les méfaits du tabac; Enforce – Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage; Raise – Augmenter les taxes sur le tabac)

57 Algérie, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Kenya, Libéria, Madagascar, Maurice, Mauritanie, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Tchad, Togo et Zambie.

58 Burkina Faso, Bénin, Burundi, Cameroun, Cabo Verde, Comores, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Mali, Malawi, Mauritanie, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Sierra Leone, Togo et Zimbabwe.

59 Afrique du Sud, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Gambie, Kenya, Maurice, Ouganda, Sénégal, Sierra Leone et Zambie.

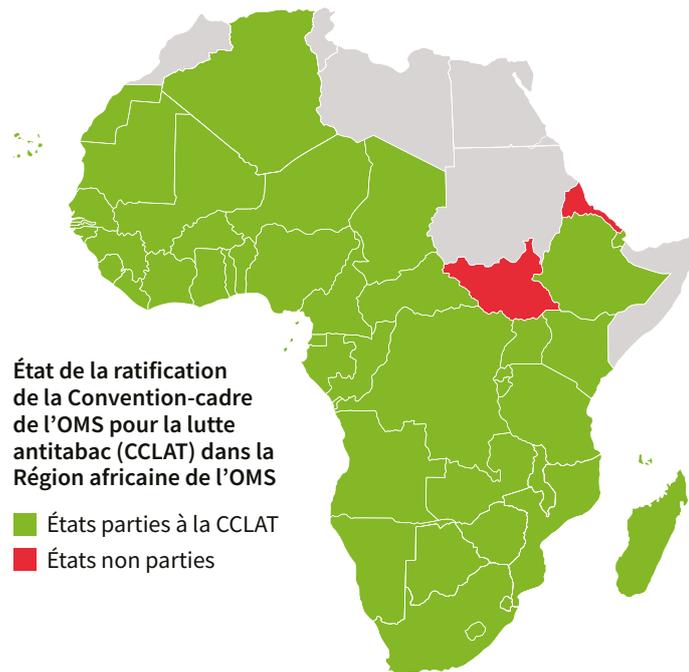
60 Algérie, Bénin, Botswana, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Gambie, Maurice, Mauritanie, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Sénégal et Sierra Leone.

La lutte antitabac a été intégrée dans la promotion de la santé au sens large :

- les programmes de bien-être au travail, de santé en milieu scolaire et d'éducation aux médias ont été renforcés dans des pays tels que l'Éthiopie et Eswatini ;
- au Cameroun, au Mozambique et en République-Unie de Tanzanie, l'OMS a contribué à renforcer l'application de la loi par le biais de groupes spéciaux multisectoriels et d'outils mobiles de notification.

1
2
3

FIG. 1. État de ratification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dans la Région africaine de l'OMS, 2025



4
5
6



©OMS / Ricci Shryock

4.4 Sécurité routière

Les traumatismes dus à des accidents de la circulation figurent parmi les cinq principales causes de décès dans la Région, et touchent en particulier les jeunes, les piétons et les cyclistes. L'OMS a soutenu des stratégies fondées sur des données probantes alignées sur la Décennie d'action pour la sécurité routière 2021-2030.

Principaux résultats enregistrés :

-  quinze pays⁶¹ ont révisé leurs politiques de lutte contre l'alcool, y compris en matière de prévention de l'alcool au volant ;
-  le Burkina Faso et le Ghana ont actualisé leurs politiques de sécurité routière en s'appuyant sur le module technique de l'OMS sur la sécurité routière intitulé Sauver des VIES.

Les améliorations suivantes ont été apportées à la collecte de données et aux soins de traumatologie :

-  des registres des traumatismes et des systèmes de surveillance des accidents de la circulation ont été établis en Ouganda, au Bénin et en Sierra Leone en vue d'éclairer les mesures de contrôle de la vitesse et les interventions d'urgence ;
-  en Éthiopie, en Namibie et au Nigéria, plus de 3000 agents de santé et intervenants spécialisés dans les situations d'urgence ont été formés au triage, à l'orientation et aux premiers secours psychologiques.

Plusieurs pays ont intégré des modules de sécurité routière dans la préparation aux situations d'urgence dans le cadre des soins de santé primaires.

L'OMS a également apporté son appui à :

-  l'amélioration de la sécurité des infrastructures au Mozambique et au Togo, y compris au niveau des ralentisseurs, des abords des établissements scolaires et des passages pour piétons ;
-  des campagnes de sensibilisation du public ciblant la ceinture de sécurité, le port du casque et la conduite responsable.



©OMS

61 Angola, Burkina Faso, Congo, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée équatoriale, Kenya, Maurice, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, Rwanda et Seychelles.

1

2

3

4

5

6

4.5 Nutrition et sécurité sanitaire des aliments

La malnutrition sous toutes ses formes continue de toucher la population de la Région. L'OMS a apporté un appui aux États Membres dans leurs efforts de lutte contre la dénutrition, l'obésité et les risques pour la sécurité sanitaire des aliments par le biais d'une action multisectorielle.

Faits saillants spécifiques à la nutrition :



26 pays⁶² ont actualisé ou mis en œuvre des stratégies nationales de nutrition axées sur la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant ;



12 pays⁶³ ont étendu les services de prise en charge de la malnutrition aiguë au niveau des soins de santé primaires.

– Les taux de guérison ont atteint 85 % en Éthiopie et 92 % au Soudan du Sud.

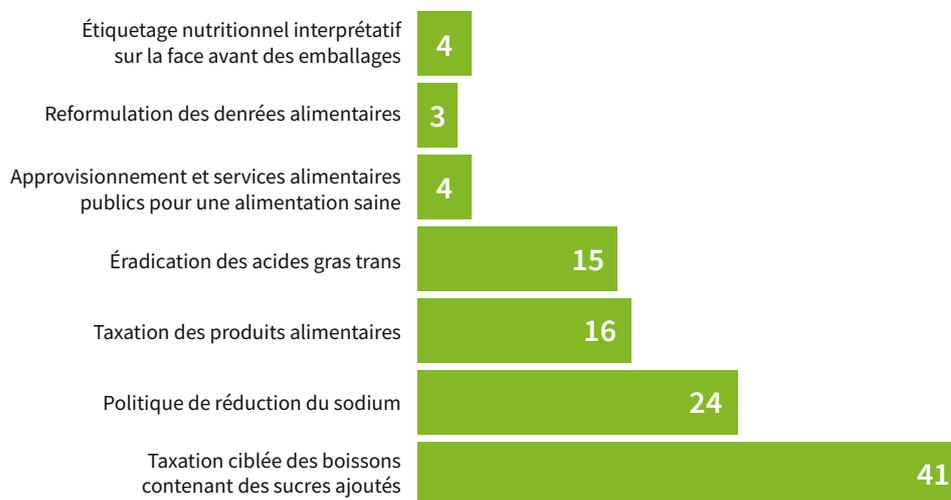
Pour lutter contre l'obésité et la mauvaise alimentation :



18 pays⁶⁴ ont élaboré des politiques alimentaires qui comprenaient :

- l'étiquetage sur le devant des emballages ;
- la réglementation de la commercialisation des aliments nocifs pour la santé ;
- la nutrition dans les programmes de santé scolaire.

FIG. 2. Nombre de pays de la Région africaine de l'OMS mettant en œuvre les politiques recommandées pour promouvoir une alimentation saine



Source : Base de données mondiale de l'OMS sur la mise en œuvre des actions en matière de nutrition (GIFNA).

62 Afrique du Sud, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

63 Burkina Faso, Éthiopie, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo, Sierra Leone, Soudan du Sud et Tchad.

64 Afrique du Sud, Botswana, Cameroun, Comores, Eswatini, Ghana, Kenya, Lesotho, Maurice, Namibie, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Seychelles, Zambie et Zimbabwe.



©OMS / Billy Miaron



Les progrès accomplis par le Burkina Faso montrent comment un appui technique ciblé et une collaboration multisectorielle peuvent contribuer au maintien des services essentiels dans des situations de crise humanitaire.

ZOOM SUR LE BURKINA FASO

Améliorer l'accès à la nutrition dans les zones touchées par une crise

L'escalade de la violence et de l'insécurité au Burkina Faso a gravement limité l'accès humanitaire et perturbé les services de santé essentiels, en particulier dans les régions accueillant un grand nombre de personnes déplacées à l'intérieur du pays. Dans ce contexte de fragilité, combler les lacunes en matière de nutrition est devenu une priorité afin d'enrayer la dégradation des résultats sanitaires, en particulier chez les enfants et les femmes.

L'OMS a apporté son appui au ministère de la santé pour renforcer la gouvernance et la prestation de services dans le domaine de la nutrition tant au niveau national qu'au niveau communautaire. Parmi les principales réalisations, il convient de citer la révision du protocole national de prise en charge des cas de malnutrition aiguë sévère, qui visait à garantir sa mise en conformité avec les normes mondiales et la possibilité de l'adapter à l'évolution des situations de crise dans le pays.

Afin de favoriser une planification éclairée, l'OMS a prêté son concours à la réalisation d'un examen complet des données et des besoins nutritionnels dans trois des régions les plus durement touchées. Les résultats obtenus ont directement contribué à l'élaboration de la nouvelle stratégie nationale du Burkina Faso relative à la nutrition pour la période 2025-2029. Par ailleurs, plus de 350 décideurs nationaux et régionaux ont bénéficié d'une formation sur l'intégration de la nutrition dans les interventions en cas de crise et la planification sanitaire à long terme.

L'OMS a également soutenu l'extension des services de nutrition communautaires à 120 sites dans des zones mal desservies. Ces services fournissent désormais un dépistage, des soins thérapeutiques et une éducation sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, tout en luttant contre la dénutrition maternelle et l'insécurité alimentaire au sein des populations déplacées.

Plus de 250 établissements de santé offrent désormais des services intégrés de nutrition et de lutte contre la violence basée sur le genre, et fournissent des soins psychosociaux et médicaux à plus de 50 000 personnes survivantes et à plusieurs milliers d'autres personnes vulnérables. Ces mesures renforcées de riposte dans le domaine de la nutrition s'inscrivent en complément d'interventions sanitaires plus larges, notamment la vaccination et la prévention du paludisme.

Les progrès accomplis par le Burkina Faso montrent comment un appui technique ciblé et une collaboration multisectorielle peuvent contribuer au maintien des services essentiels dans des situations de crise humanitaire.



Les avancées en matière de sécurité sanitaire incluaient le renforcement des systèmes de contrôle des aliments, la formation d'inspecteurs des denrées alimentaires et l'amélioration des capacités d'analyse en laboratoire.

Au Botswana et à Maurice, l'OMS a apporté son soutien à l'élaboration de normes relatives aux repas scolaires et a promu des environnements alimentaires sains. Eswatini et Maurice ont élaboré des feuilles de route intégrées pour la prévention de l'obésité dans le cadre de consultations multisectorielles.

Les avancées en matière de sécurité sanitaire incluaient :

-  le renforcement des systèmes de contrôle des aliments dans 15 pays;⁶⁵
-  la formation d'inspecteurs des denrées alimentaires et l'amélioration des capacités d'analyse en laboratoire ;
-  le renforcement des systèmes de surveillance, en partenariat avec le CDC-Afrique.

Intégration des systèmes de données et des politiques :

-  l'OMS a apporté son concours à l'amélioration des systèmes nationaux d'information nutritionnelle dans quatre pays;⁶⁶
-  les indicateurs nutritionnels ont été intégrés dans les systèmes nationaux d'information sanitaire et les plateformes numériques telles que le Système d'information sanitaire au niveau des districts, version 2 (DHIS2) ont été améliorées ;
-  des tableaux de bord et des cadres de suivi ont été élaborés.

L'OMS a également apporté son appui à :

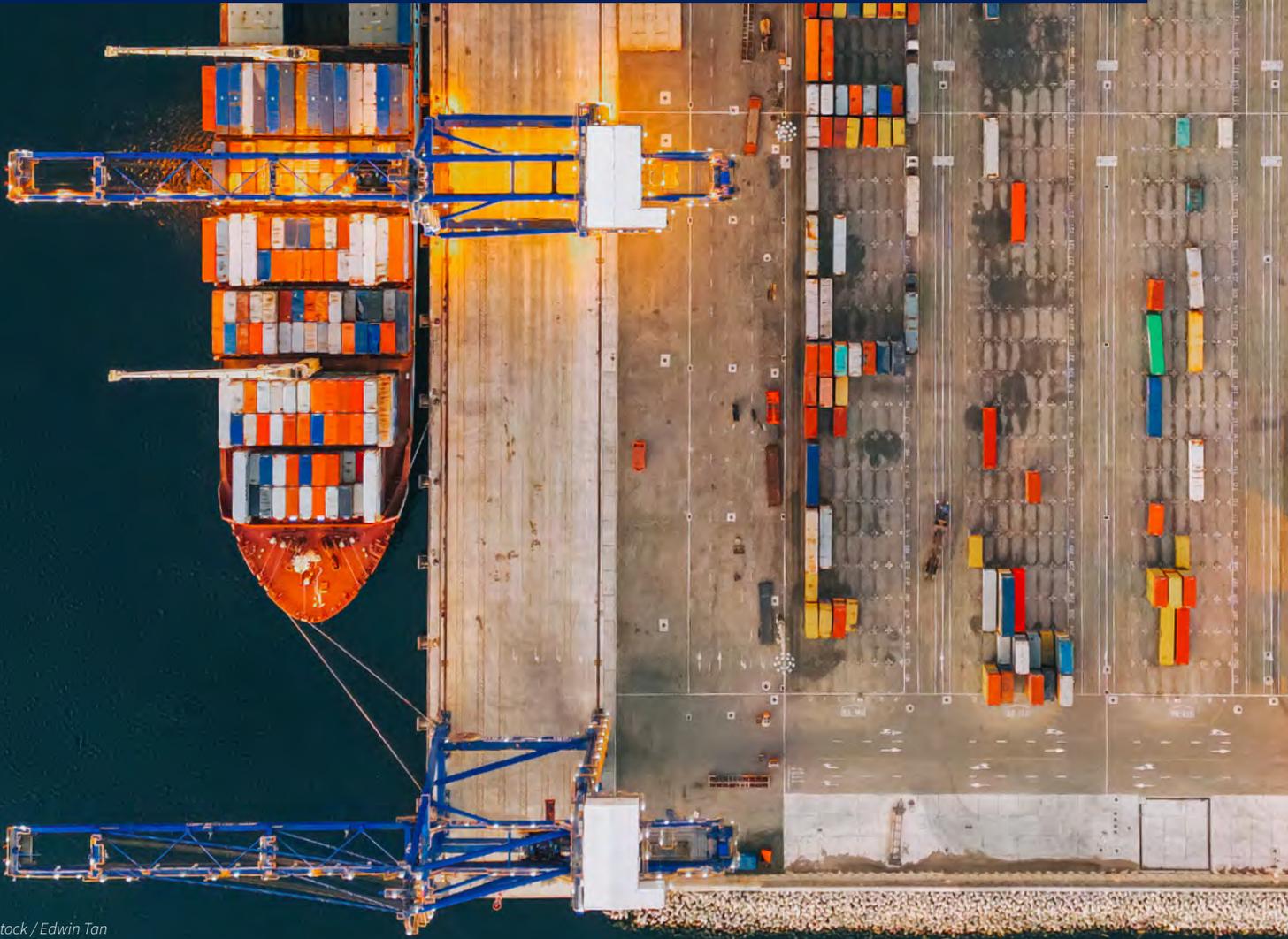
-  l'élaboration de profils de pays pour suivre les cibles fixées pour 2025 et planifier les cibles mondiales concernant la nutrition à l'horizon 2030 ;
-  une concertation sur les politiques portant sur des questions telles que la taxation des boissons sucrées, les mesures de protection de l'allaitement maternel et l'élargissement des programmes d'alimentation scolaire.

65 Angola, Bénin, Botswana, Burkina Faso, Cabo Verde, Congo, Gabon, Guinée-Bissau, Libéria, Malawi, Mauritanie, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal et Tchad.

66 Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ouganda et Zambie.

5

Action intégrée pour une meilleure santé – leadership africain, innovation et résilience des systèmes



Principales réalisations :



21 États Membres africains

s'engagent à verser plus de 21 millions de dollars É.-U. au cycle d'investissement de l'OMS



Plus de 20 pays

ont accéléré l'élaboration et le déploiement de stratégies pour la santé numérique, avec l'appui de l'OMS



113 millions de dollars É.-U.

ont été mobilisés dans le cadre du Plan de mobilisation des ressources pour la riposte aux crises du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique



Les 47 pays

ont tous établi les profils de performance du treizième programme général de travail



Les 47 pays

ont tous adopté des plans d'action nationaux de lutte contre la résistance aux antimicrobiens



27 pays

ont soumis des données sur la résistance aux antimicrobiens au système mondial de surveillance de l'OMS



De nouveaux partenariats ont été conclus

avec UNITAID, le Children's Investment Fund Foundation et la Fondation Theophilus Yakubu Danjuma

La transformation de la santé dans la Région africaine exige des investissements audacieux et portés par l'Afrique dans les facteurs structurels de progrès que constituent notamment le leadership, la gouvernance, le financement, l'innovation, les données, les cadres juridiques et les partenariats. Ces domaines transversaux jouent un rôle fondamental dans l'atteinte des résultats escomptés en matière de santé. Ils déterminent la rapidité avec laquelle les innovations sont adoptées, le degré d'inclusivité dont il est fait preuve dans l'utilisation des données et l'efficacité avec laquelle les systèmes répondent à l'évolution des besoins et des crises.

En 2024-2025, les États Membres ont réaffirmé leur engagement à façonner l'avenir de la Région dans le secteur de la santé, moyennant des investissements financiers importants, une gouvernance améliorée et des mesures décisives dans plusieurs domaines clés, dont la résistance aux antimicrobiens, la recherche en santé, la transformation numérique et l'utilisation des données. L'action de l'OMS en lien avec ces facteurs permet de renforcer la souplesse, la responsabilisation et la durabilité des systèmes de santé nationaux.

5.1 Investissements menés par l'Afrique



« Nous ne nous contentons pas de participer à la transformation de la santé dans le monde – nous en sommes aux avant-postes. »

D^{re} Matshidiso Moeti,
Directrice régionale
émérite de l'OMS
pour l'Afrique

Un changement transformateur dans le leadership et l'appropriation du secteur de santé est engagé dans toute la Région. Depuis le lancement du cycle d'investissement de l'OMS en mai 2024, 21 États Membres africains se sont engagés à consacrer plus de 21 millions de dollars É.-U. à des priorités régionales communes.

Des contributions supplémentaires ont été annoncées à hauteur de 45 millions de dollars É.-U. lors de la soixante-quatorzième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique en août 2024 et pour un montant de 210 millions de dollars É.-U. à l'occasion de la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2025, respectivement.

Faits saillants :



de nouvelles annonces de contributions ont été faites pour la première fois par l'Angola et le Gabon, et la République-Unie de Tanzanie a multiplié par deux le montant de sa contribution par rapport à sa contribution précédente ;



les annonces de contributions témoignent d'une forte confiance dans le leadership de l'OMS et de l'importance d'un financement souple et prévisible ;



les pays ont accordé la priorité aux investissements dans la couverture sanitaire universelle, la résilience des systèmes de santé et la préparation aux pandémies, dans un esprit de solidarité régionale.

Les États Membres suivants de la Région africaine de l'OMS ont annoncé des contributions :

Afrique du Sud, Angola, Botswana, Cabo Verde, Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Libéria, Maurice, Namibie, Niger, République centrafricaine, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Seychelles et Tchad.



L'Afrique a joué un rôle de premier plan dans l'élaboration de l'Accord sur les pandémies, qui a été adopté à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a également lancé un plan de mobilisation des ressources pour la riposte aux crises (en mars 2025) afin de combler les déficits de financement. Les résultats suivants ont été obtenus :

-  113 millions de dollars É.-U. ont été mobilisés en juin 2025;
-  23 millions de dollars É.-U. ont été récupérés grâce à une reprogrammation interne;
-  de nouveaux partenariats ont été établis avec la CIFF, UNITAID, la fondation TY Danjuma, la Fondation pour l'OMS et la Fondation Susan Thompson Buffett.

La participation stratégique du secteur privé a été renforcée en Côte d'Ivoire, en Éthiopie et au Ghana par le biais de concertations de haut niveau sur les politiques et de missions techniques. Parmi les avancées en matière de gouvernance figurent la révision du Règlement intérieur du Comité régional et l'établissement de forums virtuels en direct pour la désignation des candidats au poste de Directeur régional. L'Afrique a également joué un rôle de premier plan dans l'élaboration de l'Accord sur les pandémies, qui a été adopté à l'occasion de la soixante-dix-huitième Assemblée mondiale de la Santé.



©OMS



©OMS



Le résultat a été l'élaboration de la première stratégie nationale de financement de la santé (2025-2032) de Sao Tomé-et-Principe, un cadre historique désormais validé au niveau national et qui est en passe d'être entériné par la loi.

1

2

3

4

5

6

ZOOM SUR SAO TOMÉ-ET-PRINCIPE

Financer la santé pour l'avenir

Jusqu'à récemment, Sao Tomé-et-Principe était confronté à un obstacle majeur sur la voie de la couverture sanitaire universelle : l'absence d'un système de financement de la santé cohérent et durable. Le financement de la santé était fragmenté et fortement tributaire de sources extérieures. Il n'existait pas non plus de cadre unifié fondé sur des données probantes pour orienter les investissements.

Les efforts visant à renforcer la mobilisation des ressources nationales étaient limités et le pays ne disposait pas de mécanismes officiels pour aligner les décisions de financement sur les priorités de développement ou les réalités budgétaires nationales.

Reconnaissant la nécessité d'une réforme, Sao Tomé-et-Principe, avec l'appui de l'OMS et du Partenariat pour la couverture sanitaire universelle, s'est lancé dans une démarche novatrice pour remodeler son paysage du financement de la santé. L'OMS a dirigé la toute première évaluation de la matrice des progrès en matière de financement de la santé dans le pays, apportant son expertise technique dans l'analyse des comptes nationaux de la santé, les schémas de dépenses catastrophiques et les inefficacités dans l'allocation des ressources.

L'OMS s'est ensuite appuyée sur les résultats obtenus pour guider la création d'un groupe spécial national sur le financement de la santé et faciliter les discussions stratégiques entre le ministère de la santé et le ministère des finances. Ces consultations ont permis de définir une stratégie de financement qui reflète la situation budgétaire du pays, ses priorités de santé publique et son engagement au titre de l'Agenda de Lusaka.

Le résultat a été l'élaboration de la première stratégie nationale de financement de la santé (2025-2032) de Sao Tomé-et-Principe, un cadre historique désormais validé au niveau national et qui est en passe d'être entériné par la loi. Cette stratégie présente un plan visant à accroître les investissements nationaux dans la santé, en particulier dans les soins de santé primaires, tout en protégeant les ménages contre les dépenses directes catastrophiques.

Le processus ainsi engagé a également contribué à renforcer la gouvernance. Pour la première fois, une collaboration régulière entre les autorités sanitaires et financières a été officialisée et un cadre de responsabilisation commun est en cours d'élaboration. Le soutien de l'OMS s'est étendu au lancement public de la stratégie, ce qui a contribué à renforcer l'appropriation nationale et l'engagement au niveau de l'État en faveur d'une couverture sanitaire universelle durable.

À l'avenir, Sao Tomé-et-Principe s'attachera à mettre en œuvre la stratégie, l'OMS continuant d'apporter un appui technique. Les principales priorités comprennent l'intégration du financement de la santé dans les cycles budgétaires, l'augmentation de la mobilisation des ressources au sein même du pays et le maintien de la collaboration intersectorielle afin d'assurer la cohérence et la responsabilisation à long terme.

5.2 Résistance aux antimicrobiens

La résistance aux antimicrobiens menace des décennies de progrès dans la lutte contre les maladies infectieuses et compromet la sécurité sanitaire. L'OMS a intensifié son appui dans les domaines de la gouvernance, de la surveillance, du bon usage des antimicrobiens et de la sensibilisation du public.

Principales réalisations :

-  les 47 États Membres ont tous élaboré et adopté des plans d'action nationaux de lutte contre la résistance aux antimicrobiens ;
-  27 pays⁶⁷ ont soumis des données sur la plateforme du Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (GLASS) de l'OMS, ce qui représente une augmentation de 35 % ;
-  les programmes de formation et de mentorat de l'OMS ont permis d'étendre la surveillance en laboratoire au Cameroun, au Ghana, au Malawi et en Ouganda ;
-  27 pays⁶⁸ ont renforcé les performances des laboratoires en instaurant des mesures d'assurance externe de la qualité, en partenariat avec l'Institut national sud-africain des maladies transmissibles.



L'OMS a concouru à l'institutionnalisation des audits des prescriptions et à la promotion des outils numériques de suivi de l'utilisation des antibiotiques.

Des plateformes « Une seule santé » ont été mises en route en Éthiopie, au Nigéria et en République-Unie de Tanzanie, faisant le lien entre les efforts de lutte contre la résistance aux antimicrobiens dans les secteurs de la santé humaine, animale et environnementale.

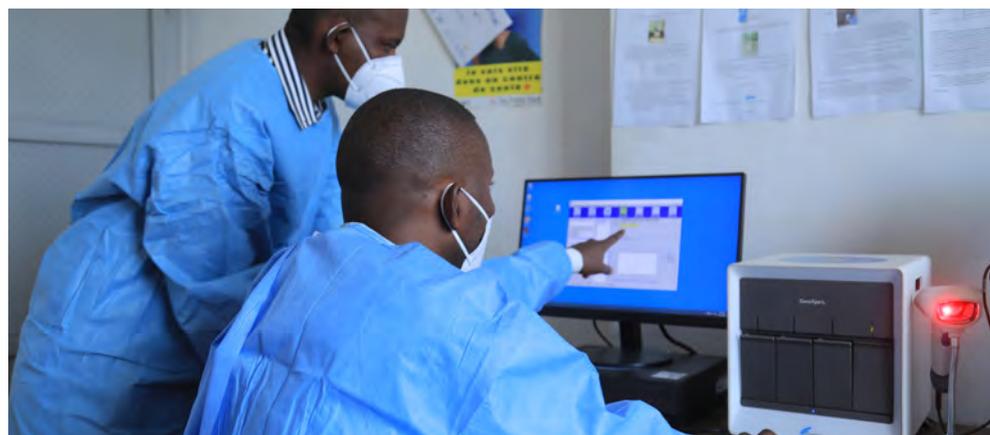
Les changements de comportement ont été au centre des préoccupations :

-  plus de 40 pays ont organisé des événements pour marquer la Semaine de sensibilisation à la résistance aux antimicrobiens 2024 ;
-  des champions de la résistance aux antimicrobiens ont été désignés dans les pays francophones pour promouvoir le bon usage des antimicrobiens.

Les initiatives en faveur du bon usage des antimicrobiens ont gagné du terrain dans les hôpitaux de Côte d'Ivoire, du Sénégal et de Zambie. L'OMS a concouru à l'institutionnalisation des audits des prescriptions et à la promotion des outils numériques de suivi de l'utilisation des antibiotiques.

67 Afrique du Sud, Algérie, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Côte d'Ivoire, Eswatini, Éthiopie, Ghana, Guinée, Kenya, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Tchad, Togo et Zambie.

68 Algérie, Angola, Burkina Faso, Cameroun, Cabo Verde, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Ghana, Guinée-Bissau, Kenya, Libéria, Malawi, Mali, Mauritanie, Maurice, Mozambique, Ouganda, République démocratique du Congo, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sénégal, Seychelles, Tchad, Togo et Zimbabwe.



©OMS / Daniel Paluku Kahandukya

5.3 Recherche en santé

Les systèmes fondés sur des données probantes reposent sur des écosystèmes de recherche solides entre les mains des responsables locaux. L'OMS a apporté son appui aux pays pour renforcer la gouvernance, l'éthique et l'accès aux connaissances mondiales.

Principaux résultats :

-  une enquête a été menée auprès des comités nationaux d'éthique de la recherche dans les 47 États Membres ;
-  des examens juridiques des cadres éthiques ont été entrepris au Mozambique et au Rwanda ;
-  plus de 30 pays ont élargi l'accès aux bases de données mondiales (telles que Hinari et Research4Life) ;
-  le Ghana et le Malawi ont mis en place des entrepôts nationaux de données de recherche.

L'OMS a également contribué à la mise en œuvre de cadres de gestion des risques biologiques au Kenya et en Ouganda et s'est attachée à assurer leur conformité avec les normes mondiales de recherche responsable en sciences de la vie.

La collaboration à l'échelle continentale s'est renforcée grâce à la plateforme de l'Observatoire africain de la santé. Ce dernier a finalisé le profil du système de santé du Nigéria, et quatre autres profils sont en cours d'élaboration pour l'Éthiopie, le Kenya, le Rwanda et le Sénégal, respectivement.

5.4 Santé numérique et innovation

La transformation numérique permet d'améliorer les diagnostics, le flux de données et la prestation de services. L'OMS a apporté un appui à 12 pays⁶⁹ dans la mise en œuvre de stratégies de cybersanté et d'initiatives de télémédecine.

Principales réalisations :

-  le Ghana, le Kenya, le Malawi et le Rwanda ont élargi les plateformes de cybersanté pour faciliter la mise en place des dossiers médicaux électroniques, l'orientation des patients, le suivi de la chaîne d'approvisionnement et les examens a posteriori de la riposte à la pandémie de COVID-19 ;
-  le Libéria et la Sierra Leone ont mis à l'essai des systèmes de téléconsultation dans les districts ruraux ;
-  le Sénégal et la Zambie ont entrepris des évaluations des risques liés à l'intelligence artificielle ;
-  un guide régional sur l'architecture et l'interopérabilité des données sanitaires a été lancé ;
-  plus de 400 personnels de santé ont été formés à la cybersécurité, à la télémédecine et à la gouvernance des données.

En République-Unie de Tanzanie, des applications mobiles visant à améliorer le suivi de la santé maternelle ont été fournies aux agents de santé communautaires. En parallèle, l'Ouganda a étendu sa plateforme numérique de surveillance communautaire.

69 Botswana, Cabo Verde, Cameroun, Éthiopie, Guinée-Bissau, Lesotho, Malawi, Mozambique, Nigéria, République-Unie de Tanzanie, Rwanda et Zambie.



« L'Afrique ne se contente pas de participer à la révolution technologique — elle en dessine les contours. »

Ngozi Okonjo-Iweala,
Directrice générale,
Organisation mondiale
du commerce



©OMS

ZOOM SUR LA NAMIBIE

La Namibie intensifie ses efforts de lutte contre la résistance aux antimicrobiens

En juin 2024, une pneumonie résistante à tous les antibiotiques, sauf la tigécycline, a été diagnostiquée chez un patient âgé de 66 ans à Windhoek. Ce cas a sonné comme un sérieux avertissement mettant en lumière la menace croissante que représente la résistance aux antimicrobiens en Namibie. Déterminé à éviter que ce type de cas ne deviennent la norme, le Gouvernement namibien, avec le soutien du Partenariat de l'OMS pour la couverture sanitaire universelle, a intensifié ses efforts de lutte multisectorielle contre la résistance aux antimicrobiens dans l'année qui a suivi.

Parmi les principales mesures prises pendant la période visée par le présent rapport, il convient de citer l'atelier de coordination nationale qui s'est tenu en octobre 2024 et qui a réuni les ministères de la santé, de l'agriculture, de l'environnement et de l'eau dans le but de renforcer les mécanismes de gouvernance du pays et de piloter la mise en œuvre du Plan d'action national de lutte contre la résistance aux antimicrobiens. L'organisation de cet atelier faisait suite à la soumission par la Namibie des premières données de surveillance de la résistance aux antimicrobiens sur la plateforme GLASS de l'OMS en décembre 2023, après que les équipes nationales ont suivi avec succès une formation à l'utilisation du logiciel WHONET.

La mise en œuvre de la Stratégie tripartite « Une seule santé » (2024-2028) s'est également poursuivie au cours de cette période. Cette stratégie établit un lien entre la lutte contre la résistance aux antimicrobiens et la santé environnementale, la santé animale et la santé humaine, et vise à garantir une



la Namibie s'impose peu à peu comme un modèle régional pour la lutte durable contre la résistance aux antimicrobiens et pour la mise en place d'un système de santé plus fort et plus résilient qui s'aligne sur les objectifs de la couverture sanitaire universelle.

approche coordonnée et intersectorielle de la sécurité sanitaire et du bon usage des médicaments.

Ces avancées se sont appuyées sur des investissements opérés au cours des années précédentes. La première Semaine mondiale pour la sensibilisation aux antimicrobiens organisée en 2021 en Namibie a en effet marqué un tournant vers la participation du public. Elle a été suivie d'une campagne nationale en 2023 dont le slogan était : « Antimicrobiens : à utiliser avec précaution », incluant notamment des actions de proximité en milieu scolaire, des marches publiques et la mobilisation des médias en vue de sensibiliser l'ensemble des secteurs.

Pour renforcer les pratiques cliniques, la Namibie a lancé son plan d'action national de lutte anti-infectieuse et les lignes directrices connexes fin 2023. L'OMS a apporté un appui à leur déploiement en dispensant une formation à l'hygiène, en distribuant du matériel de communication et en intégrant la lutte anti-infectieuse dans les systèmes d'amélioration de la qualité.

L'ensemble de ces efforts démontre le leadership croissant dont fait preuve la Namibie dans la lutte contre la résistance aux antimicrobiens grâce à une approche intégrée qui englobe la gouvernance, la participation du public, la pratique clinique et la surveillance. Avec le soutien continu de l'OMS, la Namibie s'impose peu à peu comme un modèle régional pour la lutte durable contre la résistance aux antimicrobiens et pour la mise en place d'un système de santé plus fort et plus résilient qui s'aligne sur les objectifs de la couverture sanitaire universelle.

Parmi les innovations dans le domaine des interventions d'urgence, il convient de citer les éléments suivants :



l'adoption de tableaux de bord des flambées épidémiques en temps réel en République démocratique du Congo et au Mozambique;



la mise à l'essai de la distribution de médicaments par drone à Madagascar, dans le cadre d'un projet pilote.

1

2

3

Malgré ces avancées, les systèmes restent cloisonnés. L'OMS apporte désormais son appui au développement d'infrastructures de santé publique numérique intégrées et de feuilles de route pour les investissements à long terme alignées sur la couverture sanitaire universelle.

4

5.5 Analyse des données et gestion des connaissances

5



L'OMS a mis l'accent sur le renforcement des systèmes de données, l'analyse de l'équité et les plateformes régionales de connaissances.

Les données constituent un atout stratégique pour les systèmes de santé. L'OMS a mis l'accent sur le renforcement des systèmes de données, l'analyse de l'équité et les plateformes régionales de connaissances.

6

Principales avancées :



des profils de pays ont été établis au titre du treizième programme général de travail pour les 47 États Membres;



les pays se sont appuyés sur ces profils pour les concertations sur les politiques et pour la planification des investissements (par exemple, le Ghana, la Namibie, le Togo);



un centre régional de données est en cours d'élaboration ; il permettra l'agrégation et l'analyse des données en temps réel.

Plus de 250 planificateurs et analystes ont bénéficié d'un renforcement des capacités en analyse des données, y compris dans des États fragiles comme la République centrafricaine et le Tchad. L'adoption à plus grande échelle de classifications internationales et de protocoles internationaux de certification des décès a constitué une avancée dans le domaine de la normalisation.

Le déploiement de l'outil d'évaluation économique des effets sanitaires HEAT dans plus de 10 pays a permis une analyse des indicateurs de santé ventilée par niveau de revenu, zone géographique, âge, sexe et handicap. Des pays comme le Kenya et la Zambie se sont appuyés sur les résultats de l'évaluation HEAT pour affiner les plans de prestation de services et cibler les investissements de manière plus équitable.

Parallèlement, l'Observatoire africain de la santé a continué d'évoluer et s'impose comme la principale plateforme d'information sanitaire de la Région. Il a publié des synthèses régionales sur la santé maternelle, le financement et les personnels de santé, et héberge des tableaux de bord et des portails sur les maladies tropicales négligées, les interventions d'urgence et les maladies sensibles au climat. Les États Membres ont de plus en plus recours à l'Observatoire pour l'analyse comparative entre pairs et l'application des résultats de la recherche.

L'OMS a également facilité la transformation numérique des systèmes de santé en mettant à disposition des outils de formation en ligne multilingues. Cela a permis à plus de 40 pays d'appliquer la Famille des classifications internationales et contribué ainsi à la normalisation des données sur la mortalité et la santé. Grâce à un appui ciblé, l'utilisation de protocoles d'autopsie verbale et d'établissement du certificat médical de la cause de décès a pu progresser, ce qui a amélioré l'exactitude de la notification des décès au niveau de la communauté et des établissements de santé.



©OMS

ZOOM SUR LE GHANA

Mesurer ce qui compte

Au Ghana, les maladies non transmissibles telles que les maladies cardiaques, le diabète et les accidents vasculaires cérébraux représentent près de 45 % de l'ensemble des décès. Toutefois, jusqu'à récemment, le pays ne disposait pas d'une image complète et représentative au niveau national des facteurs de risque pouvant expliquer cette charge sanitaire croissante.

Pour combler cette lacune, le Ghana a mené sa première enquête STEPS à l'échelle nationale en 2024, marquant une étape importante dans la surveillance de la santé publique. Conduite avec l'appui technique et financier de l'OMS et le soutien du Foreign, Commonwealth and Development Office (FCDO) du Royaume-Uni, l'enquête a réuni les principales parties prenantes nationales, notamment le ministère de la santé, le Service de santé du Ghana et le Service de statistiques du Ghana. L'OMS a fourni des outils normalisés, une formation et un appui logistique, y compris 168 glucomètres, des tensiomètres et des tablettes. Cela a permis la collecte de données en temps réel et de qualité garantie dans les 16 régions du pays.

Plus de 160 agents de terrain ont été formés à la méthodologie STEPS, à la collecte de biomarqueurs et à la saisie électronique des données. En parallèle, des journalistes ont été invités à assister à des séances d'information ayant pour objectif d'assurer une communication précise des résultats auprès du grand public.



Pour combler cette lacune, le Ghana a mené sa première enquête STEPS à l'échelle nationale en 2024, marquant une étape importante dans la surveillance de la santé publique.

Dans le cadre de l'enquête, des réponses et des données sur les biomarqueurs ont été recueillies auprès de 5438 adultes âgés de 18 à 69 ans. Les conclusions, qui ont été présentées lors d'un événement de haut niveau auquel ont participé plus de 400 personnes, ont mis en lumière une sombre réalité :

- 21,7 % des adultes étaient atteintes d'hypertension artérielle ;
- 5,2 % avaient une glycémie élevée ;
- 23,1 % présentaient un taux de cholestérol élevé ;
- 76 % mangeaient moins de cinq portions de fruits et légumes par jour ;
- 9,9 % étaient physiquement inactifs, et le manque d'activité physique était plus marqué chez les femmes.

L'enquête a également ouvert de nouvelles perspectives dans la surveillance de la santé mentale et du dépistage du cancer. Elle a révélé que 8 % des Ghanéens sont atteints de dépression et que 3,8 % avaient eu des idées suicidaires au cours de l'année écoulée avant l'enquête. Pour la première fois, des données nationales ont également été collectées sur la santé bucco-dentaire et sur le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Les conclusions de l'enquête servent d'ores et déjà à éclairer les concertations sur les politiques, la planification régionale et les travaux de recherche universitaire. Dix manuscrits sont en cours d'examen par les pairs et des fiches d'information adaptées ont été élaborées pour la sensibilisation et l'éducation du public.

6

Conclusion et perspectives d'avenir



Bien qu'elle traverse l'une des crises de financement les plus graves de son histoire, l'OMS dans la Région africaine a continué d'obtenir des résultats probants dans les 47 États Membres. Entre juillet 2024 et juin 2025, les États Membres, avec le soutien de l'OMS, ont élargi l'accès aux services essentiels, lancé de nouvelles campagnes de vaccination et répondu à plus de 160 urgences de santé publique.

Ces réalisations, obtenues en dépit de contraintes opérationnelles et financières importantes, témoignent d'un leadership national solide, de partenariats résilients et du dévouement indéfectible de l'OMS aux priorités définies par les pays. Elles illustrent également la ferme détermination collective de la Région à protéger des vies et à tenir la promesse de la santé pour tous.

Les progrès vers la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire se sont accélérés dans des domaines clés, notamment l'élimination des maladies tropicales négligées, le déploiement des vaccins antipaludiques et l'expansion des soins communautaires. Cependant, ces acquis restent fragiles.

La couverture des services de santé est inégale au niveau infranational, les personnels de santé sont mis à rude épreuve et les capacités fondamentales en matière de santé publique continuent de pâtir d'un sous-financement chronique. La crise mondiale du financement a exacerbé ces problèmes, exposant au grand jour les vulnérabilités systémiques et imposant des compromis difficiles.

Néanmoins, les pays ont su faire preuve de l'agilité et de l'innovation nécessaires pour s'adapter. Les outils numériques ont permis d'améliorer la surveillance et la riposte. Les structures communautaires ont joué un rôle central dans l'atteinte des populations vulnérables. Une importance plus grande a été accordée aux cadres relatifs à l'équité et à la dimension de genre dans la planification des politiques nationales. Ces changements indiquent une capacité croissante à impulser et mener une transformation au niveau local.



Les donateurs et les partenaires internationaux sont invités à investir dans des solutions portées par l'Afrique et qui ont déjà un impact mesurable.

Priorités stratégiques pour 2025-2026

À l'avenir, l'OMS renforcera son appui aux États Membres en mettant l'accent sur un ensemble clair de priorités stratégiques alignées sur le quatorzième programme général de travail, l'Agenda de Lusaka et les cadres régionaux africains, et contribuera à réaliser les objectifs suivants :

-  renforcer les soins de santé primaires et les fonctions essentielles de santé publique pour améliorer la résilience et l'équité des services ;
-  soutenir la mobilisation des ressources et la viabilité financière au niveau national par le biais de stratégies et de réformes nationales d'investissement ;
-  développer les innovations numériques et respectueuses du climat afin d'accélérer l'accès et l'adaptation dans les contextes de fragilité ;
-  promouvoir des approches fondées sur le genre, l'équité et les droits à tous les niveaux des politiques et de la prestation de services ;
-  améliorer les systèmes de données et l'utilisation des connaissances pour faciliter la responsabilisation, la planification et la participation communautaire ;
-  favoriser des partenariats multisectoriels alignés sur les priorités nationales et amplifier l'impact régional ;
-  renforcer les capacités nationales de préparation aux situations d'urgence et de riposte, en particulier dans les situations de conflit et de vulnérabilité climatique.

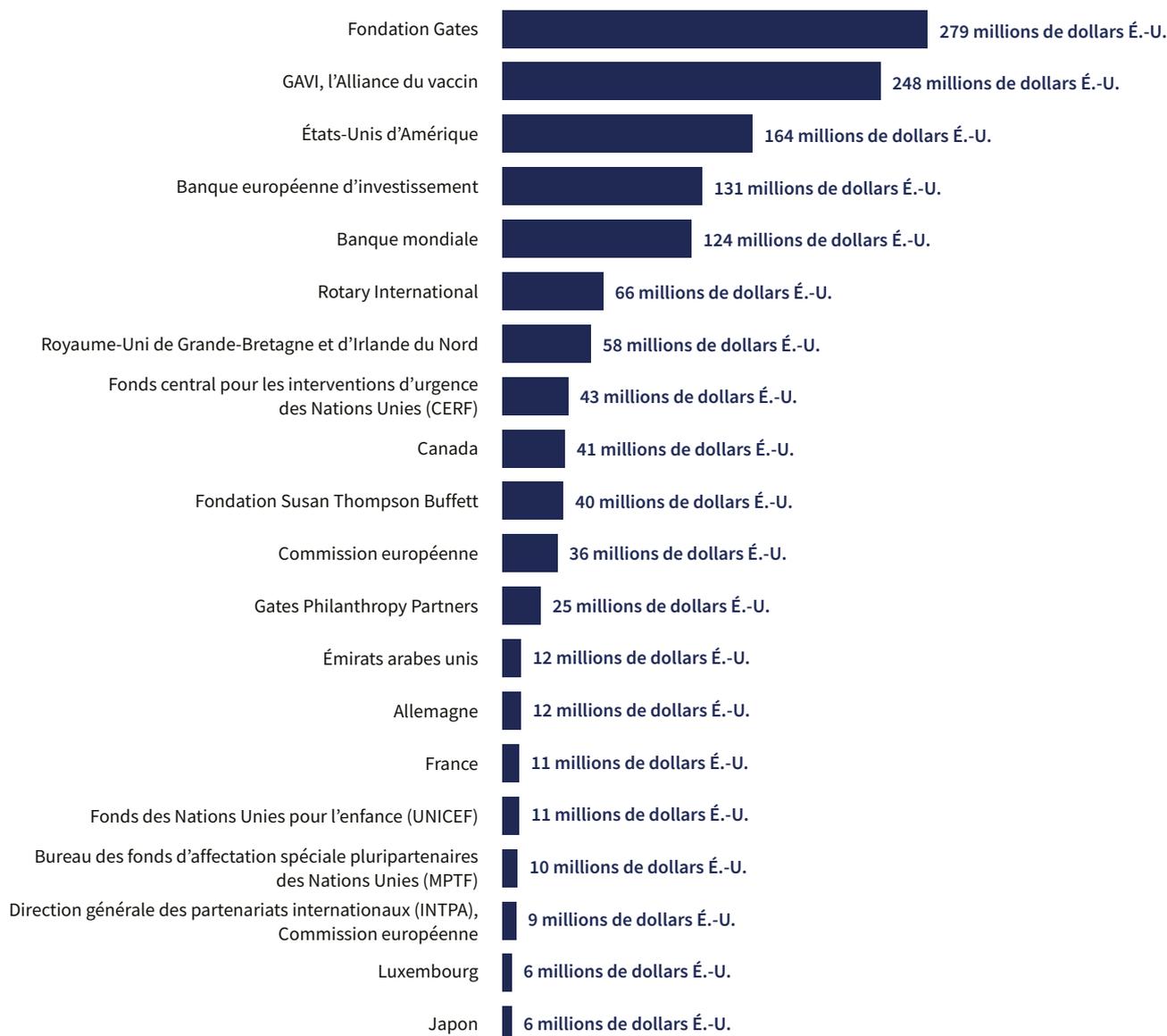
Pour atteindre ces objectifs, une plus grande cohérence, un financement prévisible et une responsabilisation partagée entre toutes les parties prenantes seront indispensables. Les donateurs et les partenaires mondiaux sont invités à investir dans des solutions menées par l'Afrique qui ont déjà un impact mesurable.

Les décideurs politiques devraient soutenir les réformes qui renforcent les capacités des systèmes, protègent les populations vulnérables et favorisent une gouvernance inclusive. Pour les communautés de la Région, la voie à suivre réside dans une transformation qui soit ancrée dans l'équité, l'appropriation et la confiance, et pas seulement dans le relèvement.

L'OMS reste déterminée à œuvrer aux côtés des États Membres pour concrétiser cette vision d'une Région africaine en meilleure santé, plus sûre et plus autonome, où personne n'est laissé de côté.

Annexe :

les 20 principaux donateurs du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique





Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) est une institution spécialisée du système des Nations Unies créée en 1948 qui dirige et coordonne l'action sanitaire internationale et les questions de santé publique. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique est l'un des six bureaux régionaux répartis dans le monde. Chaque bureau régional a son propre programme adapté aux conditions sanitaires spécifiques aux pays qu'il dessert.

États Membres

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

Organisation mondiale de la Santé Bureau régional de l'Afrique

Cité du Djoué
Boîte postale 6, Brazzaville
Congo

Téléphone : +(47 241) 39402

Télécopie : +(47 241) 39503

Courriel : afrgocom@who.int

Site Web : www.afro.who.int