

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

Rapport du Directeur régional,
1^{er} juillet 2025 – 30 juin 2026



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

Rapport du Directeur régional,
1^{er} juillet 2025 – 30 juin 2026



**Organisation
mondiale de la Santé**

Région africaine

© Organisation mondiale de la Santé, 2026

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 BYNC-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 cidessous. 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, 1er juillet 2025–30 juin 2026. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2026. 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.

Toutes les photos : © OMS

Conception graphique : Brazzaville, République du Congo

Sommaire

Avant-propos

v

Remerciements

vii

Sigles et abréviations

viii

Résumé d'orientation

xii

Chapitre 1. Mise en contexte : les facteurs qui redessinent le paysage sanitaire de la Région africaine

1

- 1.1. Cinq facteurs, un choc : l'environnement extérieur qui a façonné l'année.....2
- 1.2. Les obstacles internes : pourquoi des systèmes de santé pourtant performants peinent encore à produire les résultats attendus.....3
- 1.3. Des répercussions inégales : qui a été le plus durement touché et quels programmes ont payé le plus lourd tribut.....4
- 1.4. Comment la Région a tenu bon et où elle n'y est pas parvenue.....7
- 1.5. Être aux côtés des pays : l'appui fourni par l'OMS et l'aide supplémentaire apportée par les partenaires.....7
- 1.6. En quoi consiste ce rapport et pourquoi chaque chapitre est important.....8

Chapitre 2. Obtenir des résultats pour la santé et le bien-être universels

11

- 2.1. Couverture sanitaire universelle : état de situation dans la Région.....12
- 2.2. Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.....13
- 2.3. Lutte contre les maladies transmissibles et élimination.....16
- 2.4. Maladies non transmissibles et santé mentale.....18
- 2.5. Capacité en matière de services et accès aux services....19
- 2.6. Genre, prévention et lutte contre l'exploitation, les abus et le harcèlement sexuels.....20
- 2.7. Recommandations du Secrétariat aux États Membres....22

Chapitre 3. Protéger les populations grâce au renforcement de la sécurité sanitaire

25

- 3.1. Des pays prêts à faire face aux menaces pour la santé publique et à prévenir la propagation transfrontalière des agents pathogènes.....26
- 3.2. Les 47 États Membres renforcent leurs systèmes de surveillance et de laboratoires afin d'accélérer la détection des menaces sanitaires.....27
- 3.3. Une riposte plus rapide aux urgences de santé publique, tout en renforçant durablement les capacités nationales.....29
- 3.4. Résilience : la continuité des services de santé essentiels a permis de protéger les populations pendant les situations d'urgence.....34
- 3.5. Infrastructures de lutte contre la poliomyélite dans la Région : une protection qui va aujourd'hui bien au-delà de cette seule maladie.....36
- 3.6. Lutte contre la résistance aux antimicrobiens : un combat mené grâce à la gouvernance, à la surveillance et au bon usage promu par l'approche «Une seule santé».....37

Chapitre 4. Améliorer la santé des populations et s'attaquer aux facteurs de morbidité

41

- 4.1. La fiscalité sur le tabac, levier principal de ressources intérieures de la Région et première mesure à s'autofinancer.....42
- 4.2. Le financement de l'action climatique, devenu une capacité mesurable du secteur de la santé.....43
- 4.3. Alimentation, protection des aliments et de l'eau : passage de la politique à la législation nationale et à la mise en œuvre sur le terrain.....44
- 4.4. La protection communautaire, une plateforme permanente pour agir sur les déterminants commerciaux et comportementaux.....45
- 4.5. La sécurité routière et la violence interpersonnelle, toujours les causes les moins visibles de décès prématuré dans la Région.....46
- 4.6. Défis et priorités.....46



Chapitre 5. Obtenir des résultats tangibles : un Bureau régional recentré, plus proche des pays

49

- 5.1. Mesures prises et résultats obtenus.....50
- 5.2. Défis et priorités.....52

Chapitre 6. Financement, appropriation et partenariat

53

- 6.1. Le premier cycle d'investissement de l'OMS : un bloc régional historique d'engagements souverains.....54
- 6.2. Défis à relever.....57
- 6.3. Priorités pour l'avenir.....57
- 6.4. Recommandations du Secrétariat aux États Membres.....58

Chapitre 7. Assurer l'avenir du secteur de la santé en Afrique : la voie à suivre d'ici à 2027 et au-delà

59

- 7.1. Le chemin parcouru – et les lacunes qui mettent encore des vies en péril.....60
- 7.2. Les facteurs qui influenceront les cinq prochaines années – et leurs implications pour la santé.....60
- 7.3. L'Afrique, un continent pleinement acteur, et non simple bénéficiaire, de la santé mondiale.....61
- 7.4. Le programme défini par le Directeur régional.....62
- 7.5. Les engagements attendus des États Membres – et des partenaires.....63

Annexe Tableaux

67

- Tableau A1. Les principales réalisations et les défis persistants de la période considérée, par thème.....68
- Tableau A2. Les perspectives d'ici 2027 et au-delà, et leurs implications pour la santé publique.....68
- Tableau A3. Cadre à moyen terme : les trois horizons temporels et leurs principaux livrables.....69
- Tableau A4. Les sept axes phares de mise en œuvre et les étapes clés correspondantes.....69

Avant-propos



Dr Mohamed Yakub Janabi
Directeur régional pour l'Afrique
Organisation mondiale de la Santé

La période couverte par le présent rapport, à savoir du 1er juillet 2025 au 30 juin 2026, a été l'une des plus exigeantes de l'histoire récente de notre Région. Elle marque également la première année complète de mon mandat en tant que Directeur régional, au cours de laquelle la Région africaine a amorcé une nouvelle trajectoire visant à renforcer sa souveraineté sanitaire, son leadership en matière de gestion des situations d'urgence et sa réforme institutionnelle. Pour nous, en tant que Région, la souveraineté en matière de santé est synonyme de systèmes nationaux plus robustes, d'une plus grande capacité de fabrication au niveau régional, d'un financement plus résilient et d'un leadership africain plus actif dans la définition et dans la mise en œuvre des priorités de santé publique.

Au cours de cette période, la Région a été confrontée à de multiples défis sanitaires concomitants, dont la survenue simultanée est exceptionnelle. Il s'agit notamment de la toute première flambée de maladie à virus Marburg en Éthiopie, de la seizième flambée de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo, d'un épisode de fièvre de la Vallée du Rift en Mauritanie et au Sénégal. Parallèlement à ces diverses flambées épidémiques, la Région a maintenu une riposte face à la transmission soutenue du choléra, de la variole simienne et de la rougeole.

Ces événements sont survenus dans un contexte marqué par la plus importante remise à plat financière de l'Organisation mondiale de la Santé depuis une génération. Cependant, malgré les contraintes financières sans précédent qui en ont découlé, nous avons protégé les fonctions techniques essentielles et maintenu notre appui aux États Membres tout en accélérant les réformes institutionnelles.

Au moment où le présent rapport est mis sous presse, notre Région riposte à sa dix-septième flambée de maladie à virus Ebola, due au virus Bundibugyo, dans la province de l'Ituri, en République démocratique du Congo. J'adresse ma profonde gratitude aux agentes et agents de santé, aux communautés et aux partenaires qui sont en première ligne de cette riposte, ainsi qu'à toutes celles et tous ceux qui ont dirigé ou soutenu les interventions face aux flambées épidémiques sur l'ensemble du continent tout au long de la période considérée. La Région vous est profondément reconnaissante pour votre engagement et votre dévouement.

Le titre du présent rapport traduit les trois engagements fondamentaux qui ont guidé notre action au cours de l'année écoulée. Nous avons obtenu des résultats : les principales flambées épidémiques ont été maîtrisées dans les délais recommandés ; le nombre de décès dus à la tuberculose dans la Région a diminué de 46 % entre 2015 et 2024 ; l'Initiative d'achat groupé des petits États insulaires en développement d'Afrique a reçu le Prix 2025 des partenariats des Nations Unies pour les PEID, dans la catégorie « Économie » ; enfin, les États Membres ont approuvé le premier Cadre régional global pour la santé bucco-dentaire. Nous avons mené la réforme : le Bureau régional a mis à profit les contraintes financières de la période considérée pour accélérer, plutôt que différer, son programme de modernisation. Des progrès ont été accomplis dans le renforcement de la hiérarchisation des priorités, de la responsabilisation, de la transparence, des systèmes de données et numériques, ainsi que de l'appui apporté aux bureaux de pays. Nous avons œuvré à garantir l'avenir sanitaire de l'Afrique, notamment en faisant progresser l'initiative Accra Reset et l'Agenda de Lusaka, en soutenant la mise en œuvre de l'Accord sur les pandémies et des amendements de 2024 au Règlement sanitaire international, en promouvant l'Agence africaine du médicament, en élaborant le cadre régional pour la production locale et en renforçant le partenariat avec la Commission de l'Union africaine et les Centres africains de contrôle et de prévention des maladies.

L'année à venir exigera des efforts soutenus et une attention constante. Nous devons mener à son terme la riposte en cours à la maladie à virus Ebola en Ituri, dans des conditions de sécurité. Nous devons consolider le modèle opérationnel mis en place au cours des 12 derniers mois et préserver les services de santé essentiels, notamment les soins de santé primaires, la vaccination, la lutte contre les maladies non transmissibles, ainsi que la préparation et la riposte aux urgences sanitaires, contre toute nouvelle dégradation. Dans le même temps, nous devons étendre les mécanismes d'achat groupé et la production locale au-delà de leur portée actuelle, et positionner la Région africaine de manière cohérente dans le cadre de l'initiative ONU80 et de la réforme plus large de l'architecture mondiale de la santé. Cela nécessitera un alignement sur le Quatorzième Programme général de travail et sur le Nouvel ordre de santé publique pour l'Afrique de l'Union africaine. Enfin, nous devons continuer à nous concentrer sur les communautés que nous servons. Derrière chaque chiffre de ce rapport se trouvent des vies protégées, des familles soutenues et des communautés rendues plus résilientes.

Je remercie nos États Membres, nos partenaires du système des Nations Unies et des initiatives mondiales en faveur de la santé, les organisations de la société civile, les communautés, ainsi que le personnel du Bureau régional et de nos bureaux de pays pour leur engagement tout au long de cette année exceptionnelle. Je rends hommage à la mémoire du Dr Faustine Ndugulile, dont le décès prématuré m'a conduit à assumer les responsabilités de cette fonction, ainsi qu'au Dr Chikwe Ihekweazu pour le leadership dont il a fait preuve durant la période de transition.

L'Afrique est prête. L'OMS dans la Région africaine est prête à jouer pleinement son rôle.

Remerciements

Le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique remercie les États Membres pour leur collaboration, ainsi que pour les données communiquées, qui ont rendu possible l'élaboration du présent rapport. Le Bureau régional tient également à saluer les efforts collectifs déployés par les équipes qui ont contribué à l'élaboration de ce rapport.

Les rédacteurs principaux étaient Bridget Farham et Nicola Richards, du groupe organique Promotion de la santé, prévention et lutte contre les maladies, tandis que la revue technique a été assurée par Stephan Ngami. Les rédacteurs ont travaillé en étroite collaboration avec les programmes techniques des différents groupes organiques du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et avec les bureaux de pays de l'OMS, qui ont fourni les informations de base ayant servi à l'élaboration du rapport, de même que des retours d'information et effectué des travaux de révision tout au long du processus de rédaction. La revue technique et les observations ont quant à elles été assurées par Dorothy Achu, Yahaya Ali Ahmed, Cedric Bayiha, Marie Roseline Belizaire, Dick Chamla, Mark Chimombe, Ogochukwu Chukwujekwu, Julianne Drews, Thomas Fedjo, Faiza Hassan, Akudo Ikpeazu, Elizabeth Juma, Akpaka Kalu, Francis Kasolo, Janet Kayita, Doris Kirigia, Andrea Luciani, Agnes Midi, Younghong Min, Etienne Minkoulou, Jeremiah Mushosho, Joseph Ngom, Kofi Nyarko, Adelheid Onyango, Laeticia Ouedraogo, Patrick Ramadan, Egide Rwamatwara, Daniel Walter et Ibiteye Mubarak Yusuf.

Le Bureau régional tient également à remercier les membres du Groupe d'experts chargé de la revue, qui se sont réunis à Kintélé (République du Congo) pour la revue finale du projet de rapport. Il s'agit de Abba Abakar, Victor Alegana, Magaran Bagagayoko, Celestin Danwang, Thomas Fedjo, Humphrey Karamagi, Akpaka Kalu, Neema Kimambo, Lucien Manga, Franck Mboussou, Kizito Nsarhaza, Olu Oluseun et Vincent Sodjinou.

De plus, le Bureau régional salue la contribution de l'équipe dirigeante de l'OMS. La conceptualisation, la préparation et la coordination de la rédaction et de la production du rapport ont été réalisées sous la supervision de Benido Impouma, grâce aux efforts de mobilisation des groupes organiques Prévention et lutte contre les maladies, Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours, ainsi que du groupe organique Administration générale et coordination, en collaboration avec d'autres programmes. Par ailleurs, le Bureau régional tient à exprimer sa reconnaissance au Cabinet du Directeur régional et à la Direction de la gestion des programmes, notamment pour les contributions apportées par Diallo Abdourahmane, Owen Kaluwa, Yvonne Mburu et Aschalew Workineh.

Sigles et abréviations

AGNU	Assemblée générale des Nations Unies
AMPR-SC	Acétate de médroxyprogestérone retard sous-cutané
AMS	Assemblée mondiale de la Santé
ASCEND	Accélérer la lutte et l'élimination durables des maladies tropicales négligées
AUDA-NEPAD	Agence de développement de l'Union africaine — Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique
AVMA	Accélérateur de la production des vaccins en Afrique
AVoHC-SURGE	Corps des volontaires africains de la santé - Renforcer et utiliser les groupes d'intervention en cas d'urgence
BDBV	Maladie à virus Ebola Bundibugyo
CARMMA (Plus)	Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique
CDC-Afrique	Centres africains de prévention et de contrôle des maladies
CEDEAO	Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest
CEEAC	Communauté économique des États de l'Afrique centrale
CEMAC	Communauté Économique et Monétaire de l'Afrique Centrale
CER	Communauté économique régionale
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019
CSU	Couverture sanitaire universelle
DHIS2	Systèmes d'information sanitaire de district 2
DTC3	Troisième dose de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche
ECDC	Centre européen de prévention et de contrôle des maladies
ECSA-HC	Communauté de santé de l'Afrique orientale, centrale et australe
EEC	Évaluation externe conjointe
EMRO	Bureau régional de la Méditerranée orientale
ENDISA	Stratégie pour mettre fin aux maladies en Afrique
Enquêtes STEPS	Approche STEPS pour la surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles
EWENE	Programme Every Woman, Every Newborn, Everywhere (Chaque femme, chaque nouveau-né, partout)
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
G7	Groupe des sept
GER	Égalité des genres, équité en santé et droits humains
GLASS	Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens et de leur usage
GMC	Centre mondial de gestion (pôle de Pretoria)

HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (agence des Nations Unies pour les réfugiés)
HEAT & HEAT Plus	Outils d'évaluation de l'équité en santé de l'OMS
IA	Intelligence artificielle
IGAD	Autorité intergouvernementale pour le développement
IHME	Institute of Health Metrics and Evaluation
IPC	Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (tel que cité dans une référence du chapitre 1)
MNT	Maladie non transmissible
MOPAN	Réseau d'évaluation de la performance des organisations multilatérales
MTN	Maladie tropicale négligée
MVE	Maladie à virus Ebola
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OCHA	Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies
ODD	Objectifs de développement durable (Nations Unies)
OMM	Organisation météorologique mondiale
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OMSA	Organisation mondiale de la santé animale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONU80	Initiative de réforme lancée à l'occasion du quatre-vingtième anniversaire des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OOAS	Organisation Ouest Africaine de la Santé
PABS	Accès aux agents pathogènes et partage des avantages (système)
PAM	Programme alimentaire mondial
PANSS	Plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire
Partenariat RBM pour en finir avec le paludisme	Anciennement « Faire reculer le paludisme » ; RBM est conservé dans le nom actuel du partenariat
PATH	Organisation mondiale à but non lucratif dans le domaine de la santé. « PATH » est aujourd'hui son nom officiel et ne constitue plus un acronyme
PDX	Preparedness Data Exchange
PEID	Petits États insulaires en développement
PEN-Plus	Programme d'extension de l'ensemble des interventions essentielles de lutte contre les maladies non transmissibles de l'OMS aux maladies non transmissibles graves dans les établissements de santé d'orientation-recours de premier niveau
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'environnement
PRSEAH	Prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels et mesures destinées à y remédier
PVH	Papillomavirus humain

Quatorzième PGT	Quatorzième programme général de travail
RAEP	Rapport annuel d'autoévaluation de l'application du RSI par les États Parties
RAM	Résistance aux antimicrobiens
RC76	Soixante-seizième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique
RSI	Règlement sanitaire international
SADC	Communauté de développement de l'Afrique australe
SAFER	Initiative de l'OMS visant à réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool (cinq domaines d'action : renforcer les restrictions relatives à la disponibilité de l'alcool ; promouvoir et appliquer des mesures de répression de la conduite en état d'ébriété ; faciliter l'accès au dépistage, aux interventions brèves et au traitement ; appliquer des interdictions ou d'importantes restrictions relatives à la publicité et à la promotion de l'alcool, ainsi qu'au parrainage par des fabricants d'alcool ; augmenter les prix de l'alcool au moyen de taxes d'accise et d'autres politiques relatives au prix)
Sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SRMNEA	Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
SSP	Soins de santé primaires
TrACSS	Enquête d'autoévaluation nationale sur la résistance aux antimicrobiens
UA-BIRA	Bureau interafricain pour les ressources animales de l'Union africaine
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Unitaid	Initiative mondiale pour la santé, hébergée par l'OMS, qui investit dans des produits de santé innovants
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
USPPI	Urgence de santé publique de portée internationale
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WASH	Eau, assainissement et hygiène
WHO-PEN	Ensemble OMS d'interventions essentielles pour lutter contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires
WUENIC	Estimations OMS/UNICEF de la couverture vaccinale nationale



Le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique, le Dr Mohamed Janabi, se joint aux autorités tanzaniennes pour inaugurer une unité de soins maternels et néonataux dans le district de Kwimba, région de Mwanza – 28 février 2026 – Tanzanie

©OMS/Clémence Eliah Sinkamba

Résumé d'orientation

Contexte régional

Au cours de la période considérée, les services de santé en Afrique ont continué de fonctionner malgré la plus forte réduction du financement international de la santé enregistrée depuis une génération, tandis que plusieurs flambées de maladies étaient combattues simultanément. Les résultats ont été nettement meilleurs que ce que l'ampleur des réductions de financement aurait pu laisser prévoir à elle seule : **huit pays**ⁱ ont franchi une étape majeure dans l'élimination de maladies ; **71 %** des flambées ont été détectées dans un délai d'une semaine, et les interventions d'urgence ont laissé en héritage des infrastructures durables, plutôt que de disparaître une fois la crise passée. Cette marge de résilience est toutefois restée limitée : certains indicateurs se sont dégradés et, au moment de la rédaction du présent rapport, moins de la moitié des financements promis pour combler les déficits restants avaient été effectivement versés. Les décisions que prendront les ministres et les partenaires au cours de l'année à venir détermineront si les progrès accomplis cette année pourront être consolidés ou s'ils seront perdus.

Une année de changements et de défis

En l'espace d'une année, le financement international de la santé a diminué d'environ **20 %** à l'échelle mondiale. La Région africaine de l'OMS a subi la part la plus importante de cette réduction parmi toutes les régions de l'Organisation, alors même qu'elle supporte la charge mondiale la plus lourde de paludisme et de nouvelles infections par le VIH. Ces réductions sont intervenues dans un contexte où les effectifs des personnels de santé ne représentaient déjà que moins de **50 %** des besoins estimés, et leurs répercussions ont été inégalement réparties. Les pays déjà confrontés à des conflits ou à des déplacements de population, ainsi que ceux fortement tributaires des financements extérieurs, ont été les plus durement touchés. Au sein de ces pays, les populations les plus vulnérables ont supporté une part disproportionnée des conséquences : en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, les femmes et les enfants représentaient, selon les estimations, **80 %** des **12,7 millions** de personnes déplacées par les conflits au cours de la période considérée.

Cette réduction des financements est en outre intervenue dans un contexte opérationnel d'une complexité exceptionnelle. La Région a été confrontée à plusieurs flambées de maladies concomitantes, notamment de maladie à virus Ebola, de maladie à virus Marburg et de mpox, ainsi qu'à une vague de choléra d'une ampleur sans précédent, sur fond d'aggravation des inondations, des sécheresses et de l'insécurité alimentaire, qui a atteint des niveaux records. Cette période correspondait également à la première année complète de mandat du nouveau Directeur régional et à la première année complète de mise en œuvre de l'actuelle stratégie mondiale quadriennale de l'OMS.

Réponse des systèmes de santé et principales réalisations

On estime que **21,7 millions** de personnes vivant avec le VIH ont bénéficié d'un traitement ininterrompu, tandis que la couverture du traitement de la tuberculose est remontée à 74 %, contre 52 % en 2020.

Au total, 28,4 millions de doses de médicaments donnés pour lutter contre les maladies tropicales négligées ont été distribuées malgré le gel de financements d'un montant de 170 millions de dollars des États-Unis.

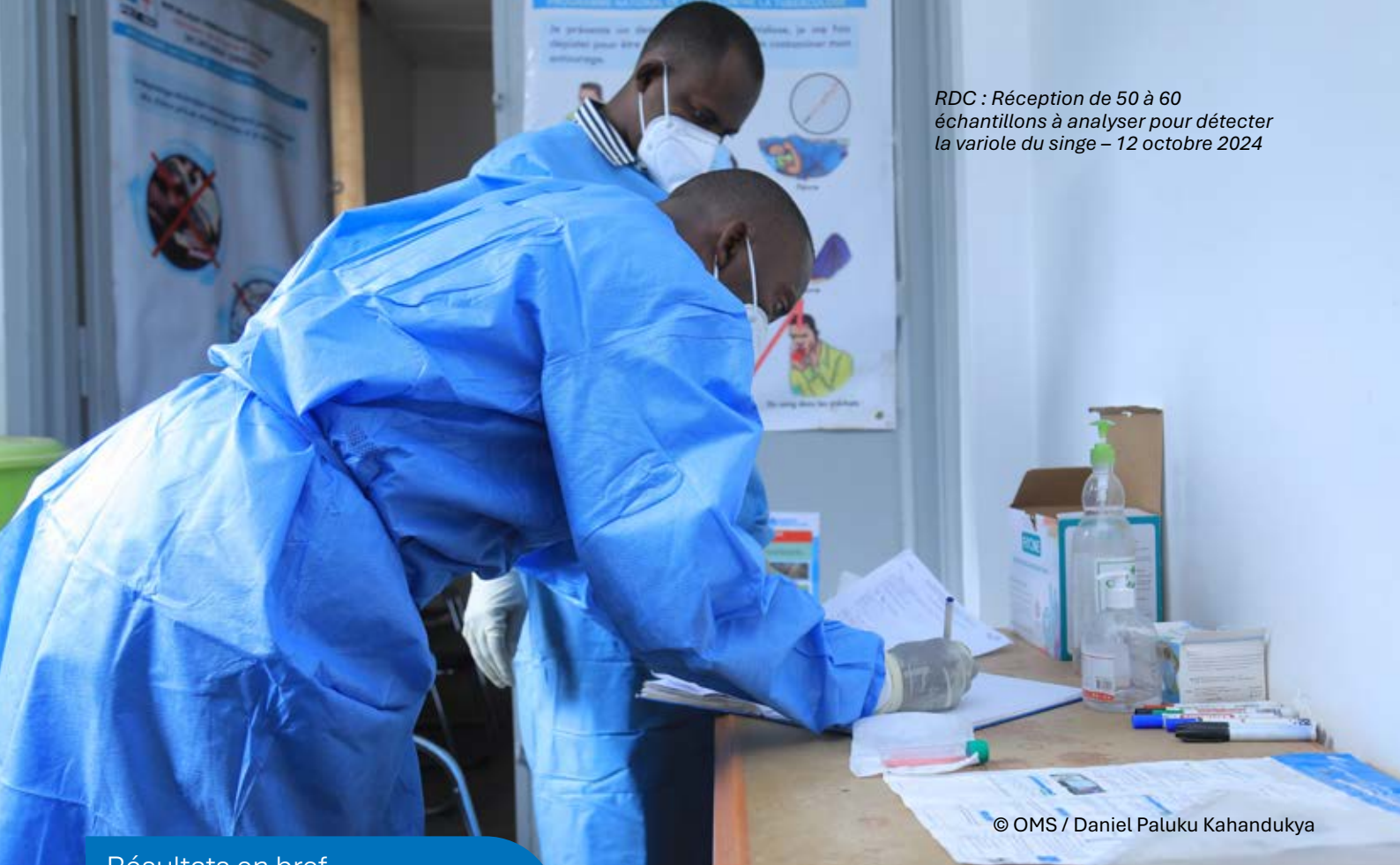
Huit pays ont franchi cette année une étape majeure dans l'élimination de maladies, soit le meilleur résultat enregistré depuis une décennie : trois ont éliminé le trachome, deux la maladie du sommeil et trois la rougeole et la rubéole. Le Botswana est devenu le premier pays à forte charge de morbidité au monde à atteindre un stade avancé de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH.

En 2025, 71 % des flambées de santé publique ont été détectées dans la semaine suivant leur apparition, ce qui a permis de poursuivre une amélioration constante sur plusieurs années et d'accélérer la maîtrise des épidémies.

Une flambée de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo a été maîtrisée en 88 jours. La toute première flambée de maladie à virus Marburg en Éthiopie a également été maîtrisée en moins de trois mois. Par ailleurs, l'urgence de santé publique de portée internationale déclarée pour le mpox a été levée après une diminution de plus de 60 % du nombre de cas. Au moment de la rédaction du présent rapport, une autre flambée de maladie à virus Ebola, provoquée par un virus contre lequel il n'existe ni vaccin homologué ni traitement autorisé, continuait toutefois de se propager en République démocratique du Congo et en Ouganda, ce qui rend sa maîtrise particulièrement difficile.

À l'issue d'une flambée de maladie à virus Ebola, plus de **20 000 habitants** d'une communauté touchée en République démocratique du Congo ont bénéficié d'un meilleur approvisionnement en eau, d'une alimentation en électricité solaire et d'un hôpital reconstruit, des acquis dont la communauté continuera de bénéficier bien après la fin de l'urgence. Ce même principe s'applique à plus grande échelle : les laboratoires et les équipes d'intervention rapide mis en place pour éliminer la poliomyélite permettent désormais également de détecter la rougeole, la fièvre jaune, le mpox et le choléra.

i. Algérie, Burundi, Cabo Verde, Guinée, Kenya, Maurice, Sénégal et Seychelles



RDC : Réception de 50 à 60 échantillons à analyser pour détecter la variole du singe – 12 octobre 2024

© OMS / Daniel Paluku Kahandukya

Résultats en bref



21,7 millions de personnes ont bénéficié d'un traitement ininterrompu contre le VIH malgré les réductions de financement intervenues au cours de l'année.



Huit pays ont franchi une étape majeure dans l'élimination de maladies, soit le meilleur résultat enregistré depuis dix ans.



90 jours ont suffi pour maîtriser la toute première flambée de maladie à virus Marburg en Éthiopie.



71 % des flambées ont été détectées dans les 7 jours suivant leur apparition, contre des délais de détection beaucoup plus longs les années précédentes.



88 jours ont été nécessaires pour maîtriser la flambée de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo.



28,4 millions de doses de médicaments donnés pour lutter contre les maladies tropicales négligées ont été distribuées malgré le gel de financements d'un montant de 170 millions de dollars É.-U.



769 millions de dollars É.-U. de contributions volontaires ont été mobilisés en 2024-2025, 22 des 47 États Membres ayant pris des engagements financiers lors du tout premier cycle d'investissement mondial de l'OMS.



23 % de personnel en moins, 75 % plus près du terrain
Le Bureau régional de l'OMS a réduit ses effectifs de 23 % et redéployé les trois quarts de son personnel restant dans les bureaux de pays.



15 pays ont réformé leur fiscalité sur le tabac. Au Ghana, le tabagisme a diminué d'un tiers, tandis que les recettes fiscales ont presque quadruplé.



139 millions de dollars É.-U. de financements destinés aux programmes consacrés au climat et à la santé ont été obtenus dans 21 pays.

Le rôle de l'OMS et de ses partenaires

Aucun de ces résultats n'a été obtenu de manière isolée. L'OMS a élaboré les normes et orientations techniques applicables aux programmes de lutte contre les maladies, aidé les pays à renforcer leurs systèmes de détection et de riposte aux urgences afin de détecter plus rapidement les flambées, accompagné les réformes des mécanismes de mobilisation et de gestion des financements de la santé et défendu les intérêts de la Région dans les processus décisionnels mondiaux. À cette fin, l'OMS a d'abord engagé sa propre transformation. Au cours de l'année, le Bureau régional a réduit ses coûts et ses effectifs de **23 %**, passant de **2540 à 1948** membres du personnel, et a redéployé **les trois quarts** de ses effectifs restants vers les bureaux de pays, au plus près des ministères et des communautés qu'ils servent. Cette réorganisation a permis de dégager plus de **8 millions de dollars É.-U.** d'économies par an, désormais réaffectés aux opérations menées au niveau des pays.

Un large éventail de partenaires a apporté des capacités complémentaires à celles de l'OMS. L'Union africaine et le CDC-Afrique ont dirigé la stratégie continentale. Gavi, l'Alliance du Vaccin, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la Banque mondiale et d'autres institutions de financement ont apporté un appui direct aux programmes de vaccination ainsi qu'aux programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme. Les organismes des Nations Unies ont, quant à eux, soutenu les interventions humanitaires en faveur des populations déplacées. Les activités de lutte contre les maladies non transmissibles, y compris les problèmes de santé mentale, ont bénéficié du soutien du Wellcome Trust, du Leona M. and Harry B. Helmsley Charitable Trust et du NCDI Poverty Network.

Des ressources supplémentaires ont également été mobilisées. Au total, **22 des 47 États Membres de la Région** ont pris des engagements financiers dans le cadre du tout premier cycle d'investissement mondial de l'OMS et, à la fin de la période considérée, **48 %** de ces engagements avaient été convertis en contributions effectives, contre **12 %** un an auparavant. Les contributions volontaires destinées à la Région ont atteint **769 millions de dollars É.-U.** en 2024-2025, une part croissante de ces financements provenant désormais de donateurs privés et de fondations.

Défis persistants

Quatre grands défis demeurent. Le premier concerne le sous-financement des fonctions essentielles de l'Organisation. Même après les engagements financiers pris cette année, les coûts de fonctionnement de base de l'OMS dans la Région présentent encore un déficit de financement de **662 millions de dollars É.-U.** pour les deux prochaines années. Les paiements directs à la charge des patients représentent encore environ **33 %** de l'ensemble des dépenses de santé dans la Région, un niveau suffisamment élevé pour faire basculer des familles dans la pauvreté dans **35ⁱⁱ** des **47 États Membres**.

Deuxièmement, les urgences de santé publique continuent de s'intensifier. La menace n'est pas écartée. La flambée de maladie à virus Ebola particulièrement difficile, mentionnée plus haut continuait de se propager au moment de la finalisation du présent rapport, tandis que le nombre de cas de choléra a atteint un niveau record dans la Région,

avec plus de **245 000** cas en 2025, principalement en raison de l'insuffisance des services d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement.

Troisièmement, la continuité des soins demeure un défi majeur. Les services nécessitant un suivi régulier au sein du système de santé restent les plus fragiles. Le nombre estimé de personnes ayant bénéficié de services de santé mentale est passé de **982 000** en **2024** à **207 000** en **2025**, selon les projections. **Un seul pays** satisfait à la norme recommandée en matière de soins prénatals pour les femmes enceintes, tandis que les maladies non transmissibles, qui sont déjà responsables de 37 % de l'ensemble des décès, demeurent le problème de santé le plus difficile à surveiller.

Quatrièmement, les lacunes en matière de données masquent les inégalités en santé. La Région ne dispose toujours pas d'informations suffisamment fiables pour déterminer quels groupes de population sont laissés pour compte. **Dans 44 des 47 pays**, les données sur les causes réelles de décès de la population sont limitées, ce qui complique le ciblage de l'allocation des ressources financières.

Ce qu'il faut faire ensuite

Pour combler le déficit de financement, les États Membres doivent transformer les engagements pris cette année en décaissements effectifs selon un calendrier précis, amener les pays qui ne se sont pas encore engagés à participer à la campagne de mobilisation de ressources et définir, dans chaque pays, un calendrier national clair pour atteindre l'objectif de longue date de la Région consistant à consacrer au moins 15 % des dépenses publiques à la santé.

Pour mettre fin aux urgences sanitaires en cours, les pays doivent maîtriser définitivement et en toute sécurité les flambées actives de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo et en Ouganda, tout en faisant en sorte que les capacités mises en place dans le cadre de la riposte deviennent des acquis durables au niveau local. Ils doivent également investir spécifiquement dans l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement afin de parvenir à éliminer le choléra.

Pour renforcer les services qui accusent un retard et remédier aux insuffisances des systèmes de surveillance, les pays devraient mettre pleinement en œuvre des systèmes de surveillance permettant de détecter les décès maternels et néonataux évitables, préserver les financements afin que les progrès réalisés cette année en matière d'élimination ne soient pas remis en cause, rétablir les services de santé mentale à leur niveau antérieur et veiller à ce que tous les pays communiquent, dans un délai de deux ans, des données sanitaires de base ventilées par sexe et par âge.

Ces objectifs appellent une action ciblée de la part de chaque catégorie d'acteurs. Les ministres devraient considérer la santé comme un investissement plutôt que comme une dépense. Ainsi, ils devraient établir et financer un calendrier national permettant d'atteindre l'objectif de 15 %, protéger les programmes essentiels de première ligne qui ont rendu possibles les résultats obtenus cette année contre de nouvelles réductions et traduire les engagements déjà pris en matière de personnel et de financement par le pourvoi effectif des postes et le décaissement des ressources. Les partenaires et les donateurs doivent fournir un financement direct et prévisible en appui aux plans nationaux, plutôt qu'au travers de multiples projets distincts, honorer les engagements financiers déjà pris et investir dans les capacités de production pharmaceutique de l'Afrique.

La Région africaine de l'OMS a démontré ce qu'elle est capable d'accomplir, même au cours de l'année la plus difficile de son histoire récente. La pérennisation des progrès réalisés cette année dépend désormais d'un financement adéquat et du respect des engagements pris.

ii. Algérie, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gabon, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Kenya, Libéria, Madagascar, Mali, Maurice, Mauritanie, Niger, Nigéria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, République du Congo, République-Unie de Tanzanie, Sénégal, Seychelles, Sierra Leone, Soudan du Sud, Tchad et Togo



Sensibilisation et services de santé
sexuelle et reproductive à Samburu,
Kenya

©Genna Print / OMS



L'OMS fournit des fournitures médicales essentielles à Rubaya, au Nord-Kivu, en République démocratique du Congo – 11 février 2026.

©OMS / Daniel Paluku

Chapitre

1.

Mise en contexte : les facteurs qui redessinent le paysage sanitaire de la Région africaine

Au début de la période considérée, qui s'étend du 1er juillet 2025 au 30 juin 2026, la Région africaine de l'OMS supportait environ un cinquième de la charge mondiale de morbidité, tout en ne représentant qu'un septième de la population mondiale (1). Au cours des 12 mois qui ont suivi, presque tous les paramètres extérieurs sur lesquels reposait la réponse sanitaire dans la Région depuis deux décennies ont été profondément remis en question : l'aide au développement s'est fortement contractée, plusieurs urgences sanitaires se sont produites simultanément et les règles régissant le système mondial de santé ont été redéfinies en temps réel.

Le présent chapitre plante le décor de l'ensemble du rapport. La période de 12 mois considérée peut être envisagée comme un enchaînement d'événements déclenchés par des facteurs extérieurs, auxquels les systèmes de santé ont répondu du mieux qu'ils ont pu en absorbant les chocs qui en ont résulté, avec des répercussions variables selon les pays et les programmes. La Région a dû apporter une réponse coordonnée à une charge de morbidité croissante, lutter contre des inégalités persistantes, faire face à des urgences récurrentes et absorber un choc majeur en matière de financement. Le présent rapport montre comment le secteur de la santé s'est adapté avec l'appui de l'OMS et de ses partenaires. Les soins de santé primaires (SSP) constituent le fil conducteur de cette évolution. Ils forment le socle sur lequel reposent la planification, le financement, la gouvernance et l'amélioration des services de santé. Tout au long du rapport, l'équité est envisagée non pas comme un simple objectif à atteindre, mais comme le principe directeur qui oriente la définition des priorités dans la Région, afin que

les ressources les plus limitées soient affectées en priorité aux populations et aux territoires supportant la plus grande charge combinée de morbidité.

La période considérée correspond également à la première année complète de mise en œuvre du Quatorzième Programme général de travail, la stratégie mondiale de l'OMS pour 2025-2028, ainsi qu'à la première année complète du mandat du Dr Mohamed Yakub Janabi en tant que Directeur régional. La réponse apportée dans la Région a été dynamique. Elle a permis d'assurer la continuité des services de santé essentiels malgré la plus forte contraction des financements observée depuis une génération, tout en transformant l'Organisation elle-même afin de la rapprocher des populations qu'elle sert. Cette transformation est toutefois loin d'être achevée : sa consolidation exigera encore des investissements soutenus et des partenariats solides. Le présent chapitre définit le contexte dans lequel doivent être interprétés les résultats obtenus, les réformes engagées et le repositionnement stratégique de la Région.

1.1. Cinq facteurs, un choc : l'environnement extérieur qui a façonné l'année

Aucun système de santé ne fonctionne indépendamment du monde qui l'entoure. Cinq grandes catégories de facteurs externes (sociaux, technologiques, économiques, environnementaux et politiques : le cadre STEEP) ont façonné l'environnement dans lequel s'inscrivent tous les résultats présentés dans le présent rapport (2). Aucun de ces facteurs ne trouve son origine dans le secteur de la santé, mais tous ont influencé son fonctionnement au cours de la période considérée. Chacun est examiné ci-après au regard de ses effets sur le secteur de la santé en général, puis plus particulièrement sur le secteur de la santé dans la Région africaine.

Facteurs sociaux : une population jeune, urbanisée et de plus en plus touchée par les déplacements forcés. La population africaine a dépassé 1,5 milliard d'habitants en 2024 et devrait approcher 2,5 milliards d'ici à 2050. Environ 60 % de la population de la Région africaine de l'OMS a moins de 25 ans (3). Cette évolution constitue la plus grande opportunité démographique du siècle, mais elle a également deux conséquences majeures pour le secteur de la santé. La première est une demande durablement élevée de services de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SRMNEA), parallèlement à une augmentation rapide de la charge des maladies non transmissibles (MNT) chez les adultes, au sein des mêmes ménages. La seconde est une opportunité : une population jeune et sous-employée fait du secteur de la santé l'un des moteurs les plus crédibles de la création d'emplois décents sur le continent. La population urbaine de la Région devrait passer d'environ 700 millions à 1,4 milliard d'habitants d'ici à 2050, absorbant l'essentiel de la croissance démographique (4). L'urbanisation concentre à la fois les risques — les flambées étant amplifiées dans les quartiers informels densément peuplés où l'accès à l'eau potable et à l'assainissement est insuffisant — et les opportunités, la forte densité de population permettant de réduire le coût unitaire des interventions. Les déplacements forcés ont atteint des niveaux records, avec une augmentation de 48 % depuis 2020. En Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale seulement, 12,7 millions de personnes étaient déplacées de force ou apatrides. Les femmes et les enfants représentent environ 80 % de cette population déplacée (5).

Incidences sur le secteur de la santé : la demande augmente le plus rapidement précisément là où les systèmes de santé sont les plus fragiles, ce qui accentue les inégalités en matière de couverture et de recours aux services et exerce une pression particulièrement forte sur les services de SRMNEA, ainsi que sur les soins dispensés dans les contextes fragiles et touchés par les conflits.

Facteurs technologiques : une transition en matière de données et de production susceptible de réduire ou d'accentuer les écarts. Les outils numériques, les systèmes de données et l'intelligence artificielle (IA) ont transformé la capacité des systèmes de santé à détecter les problèmes de santé et à y répondre rapidement. Au cours de l'année considérée, ces évolutions ont été intégrées aux pratiques courantes de la Région grâce à plusieurs innovations : un tableau de bord régional de la santé mentale fondé sur l'IA ; une plateforme d'échange de données sur la préparation aux situations d'urgence reliant les données relatives aux aléas, à la préparation et aux systèmes de santé ; la collecte de renseignements épidémiologiques à partir de sources ouvertes dans 44 États Membres ; ainsi que des tableaux de bord en temps réel au niveau des districts pour orienter les campagnes de vaccination. La Région produit actuellement moins de 1 % des vaccins qu'elle utilise. L'Union africaine s'est fixé pour objectif que 60 % des vaccins utilisés en Afrique soient produits localement d'ici à 2040 (6). Par ailleurs, seulement 38 % environ de la population africaine utilisait Internet en 2024, soit le taux le plus faible de toutes les régions de l'OMS, avec un écart particulièrement marqué entre les zones urbaines et rurales (7).

Incidences sur le secteur de la santé : la technologie devient un déterminant majeur de la performance des systèmes de santé et un levier essentiel de souveraineté sanitaire. Toutefois, en l'absence d'investissements ciblés en faveur de l'accès, de l'interopérabilité et de la gouvernance des données, ces outils risquent d'accentuer les inégalités plutôt que de les réduire.

Facteurs économiques : une reconfiguration structurelle du financement de la santé. Le paysage du financement de la santé a connu une profonde transformation, sous l'effet de trois évolutions concomitantes. Tout d'abord, l'aide au développement consacrée à la santé a diminué d'environ 21 % entre 2024 et 2025, principalement en raison d'une baisse d'environ 67 % des contributions du principal donateur bilatéral. L'Afrique subsaharienne a été la région la plus durement touchée, l'aide y ayant reculé d'environ un quart (8). Par ailleurs, plusieurs programmes bilatéraux qui soutenaient une part importante des activités de lutte contre les maladies ont été interrompus ou restructurés. Le programme britannique ASCEND (Accélérer la lutte et l'élimination durables des maladies tropicales négligées) a pris fin de manière anticipée, tandis que le gel, par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), des financements destinés au programme Act to End Neglected Tropical Diseases a perturbé près de 170 millions de dollars É.-U. de financements dans 16 États Membres. Dans le même temps, les principaux mécanismes de financement multilatéraux ont revu leurs ambitions à la baisse. Tant Gavi 6.0, la nouvelle stratégie de Gavi, l'Alliance du Vaccin, que la huitième reconstitution des ressources du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme se sont conclues avec des montants inférieurs aux objectifs fixés (9). Les conséquences de cette évolution sont plus importantes que celles des précédents chocs financiers pour plusieurs raisons. Premièrement, les financements extérieurs représentent en moyenne un quart des dépenses de santé dans la Région. Deuxièmement, dans cinq États Membres, ils comptent pour 45 % ou plus des dépenses

de santé. Troisièmement, 27 États Membres présentent une forte vulnérabilité aux réductions de financement, alors même que près de la moitié d'entre eux sont déjà en situation de surendettement, ou exposés à un risque élevé de surendettement (10). Les dépenses publiques consacrées à la santé ne représentent en moyenne que 7,3 % des dépenses publiques totales, soit moins de la moitié de l'objectif de 15 % fixé par la Déclaration d'Abuja de 2001 (11).

Incidences sur le secteur de la santé : l'époque où les financements extérieurs pouvaient être considérés comme le socle des budgets de la santé est révolue. La mobilisation des ressources nationales, l'amélioration de l'efficacité et le renforcement de l'autonomie régionale ne relèvent plus de simples ambitions, mais constituent désormais des impératifs. Les programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose, le paludisme et les maladies tropicales négligées demeurent les plus vulnérables, car ils sont ceux qui dépendaient le plus fortement des financements extérieurs.

Facteurs environnementaux : le changement climatique comme multiplicateur de menaces et une insécurité alimentaire à des niveaux records. L'Afrique se réchauffe plus rapidement que la moyenne mondiale. Bien qu'elle soit responsable de moins de 4 % des émissions mondiales de dioxyde de carbone, elle est le continent le plus vulnérable aux effets du changement climatique (12). En 2025, les phénomènes météorologiques extrêmes ont touché au moins 13 millions de personnes et provoqué la mort de plus de 3000 personnes sur le continent africain, les inondations et les sécheresses étant les principaux aléas en cause (13). Par ailleurs, 167 millions de personnes, soit la sixième augmentation annuelle consécutive, ont été confrontées à une insécurité alimentaire aiguë, principalement dans les pays touchés par des conflits (14). L'exposition environnementale influe également sur la qualité de l'air. La pollution de l'air ambiant, imputable à l'augmentation des émissions liées aux transports, au développement des activités industrielles, à la hausse de la consommation d'énergie et à une mauvaise gestion des déchets, conjuguée à la pollution domestique résultant de l'utilisation de combustibles solides pour la cuisson des aliments, serait responsable de 23 à 28 décès prématurés sur 100 dans la Région (15).

Incidences sur le secteur de la santé : le changement climatique agit comme un multiplicateur de menaces. Il modifie la répartition géographique et la saisonnalité des maladies à transmission vectorielle, aggrave la malnutrition infantile, favorise les inondations et les sécheresses à l'origine de flambées récurrentes de choléra, endommage les infrastructures et provoque des situations d'urgence liées au climat. Pourtant, moins de 1 % des financements mondiaux consacrés au climat sont destinés au secteur de la santé.

Facteurs politiques : une nouvelle architecture mondiale de la santé en construction et l'affirmation de la souveraineté sanitaire de l'Afrique. Plusieurs évolutions structurelles ont défini le cadre d'action pour la décennie à venir. Le 20 mai 2025, la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a adopté l'Accord de l'OMS sur les pandémies, premier cadre mondial consacré à la prévention, à la préparation et à la riposte face aux pandémies à être négocié depuis l'adoption du Règlement sanitaire international (2005). Les amendements adoptés en 2024 à ce Règlement sont entrés en vigueur le 19 septembre 2025 (16). Parallèlement, des progrès ont été accomplis dans la mise en œuvre du programme africain en faveur de la souveraineté sanitaire. Le Nouvel ordre de santé publique pour l'Afrique et

l'Agenda de Lusaka, dont la Feuille de route continentale a été approuvée par le Comité régional de l'Afrique en août 2025, reposent sur cinq transformations majeures visant à mieux aligner les initiatives mondiales en matière de santé sur les priorités nationales et à stimuler la mobilisation des ressources nationales (17, 18). Par ailleurs, le Plan d'action de l'initiative ONU80 comprend 87 mesures destinées à moderniser le système des Nations Unies (19). Cette nouvelle structure est encore en cours d'élaboration. À la suite de l'Assemblée mondiale de la Santé, une grande partie de ce nouveau cadre prendra forme au cours de l'année à venir, tandis que les principes stratégiques de l'initiative Accra Reset et de l'Agenda de Lusaka continueront d'en orienter le développement.

Incidences sur le secteur de la santé : les modalités selon lesquelles les ministres de la santé de la Région négocient, notamment la définition des priorités, les modalités de financement et les conditions qui y sont attachées, sont en pleine évolution. De plus en plus, la Région participe à l'élaboration de ces nouvelles règles plutôt que de se limiter à les appliquer (voir le chapitre 7).

Une convergence de facteurs déterminante. Les facteurs décrits ci-dessus n'ont pas agi indépendamment les uns des autres. La reconfiguration du financement est intervenue dans une Région qui ne dispose que de 46 % des agents de santé dont elle a besoin, répartis entre des programmes fragmentés, verticaux et centrés sur des maladies spécifiques. Les chocs climatiques et les déplacements de population ont accru la demande précisément dans les contextes les plus fragiles, là où les financements et les effectifs de santé étaient déjà les plus insuffisants. Les trois facteurs qui ont le plus marqué l'année, à savoir la contraction des financements, les insuffisances persistantes des effectifs et des capacités des systèmes de santé, ainsi que la multiplication des urgences récurrentes liées au changement climatique, se sont combinés pour exercer des pressions cumulatives sur l'ensemble des résultats présentés dans le présent rapport. Cette analyse fondée sur le cadre STEEP constitue le point de départ du rapport et sera de nouveau mobilisée dans le chapitre de conclusion.

1.2. Les obstacles internes : pourquoi des systèmes de santé pourtant performants peinent encore à produire les résultats attendus

Les facteurs externes se sont exercés sur des systèmes de santé dont les capacités intrinsèques ont déterminé à la fois l'ampleur des chocs qu'ils pouvaient absorber et les résultats qu'ils étaient encore en mesure d'obtenir. Il peut être tentant d'établir une distinction artificielle entre le faible indice de couverture des services de santé dans le cadre de la couverture sanitaire universelle (CSU) de la Région (51, contre une moyenne mondiale de 71) et le niveau des dépenses publiques de santé, qui représente moins de la moitié de l'objectif fixé par la Déclaration d'Abuja. Il est toutefois plus juste de considérer ces deux indicateurs comme les manifestations d'un même déficit de capacité, à la fois en matière de financement et de prestation des services. Quatre capacités transversales déterminent les performances des systèmes de santé : l'accès aux services, la qualité des soins, le recours aux services de santé et la résilience face aux chocs. Elles reposent sur six piliers qui ont tous été mis à l'épreuve au cours de la période considérée. Les éléments

factuels concernant chacun d'eux sont présentés ci-après.

Personnel de santé. La Région ne dispose que d'environ 46 % des agents de santé nécessaires pour répondre aux besoins de sa population et devrait faire face à une pénurie d'environ 6,1 millions d'agents de santé. Les réductions de financement pourraient encore aggraver cette pénurie, qui pourrait alors atteindre entre 6,4 et 6,6 millions de professionnels, si la capacité à recruter les nouveaux diplômés diminuait, alors même que cette capacité d'absorption n'était estimée qu'à environ 70 % avant les réductions budgétaires (20). On estime qu'environ un million d'agents de santé qualifiés sont sans emploi ou en situation de sous-emploi, alors même que les établissements de santé continuent de manquer de personnel. Cette situation traduit une défaillance du marché du travail, liée moins à la capacité de formation qu'aux niveaux de rémunération, à la répartition géographique des effectifs et aux mécanismes de réglementation.

Financement et protection financière. Au-delà de la dépense publique moyenne de 7,3 % consacrée à la santé, inférieure au seuil de 15 % fixé par la Déclaration d'Abuja, les paiements directs représentent environ 36 dollars sur 100 dépensés pour la santé et dépassent le seuil de 20 % associé aux difficultés financières dans 35 États Membres (10). Dans le présent rapport, le financement est considéré non seulement comme une contrainte, mais aussi comme le principal moteur des réformes (voir les chapitres 5 et 6).

Gouvernance et gestion stratégique. Dans le présent rapport, la gouvernance est entendue au sens de gestion stratégique, c'est-à-dire comme la capacité des ministères de la santé à définir les priorités, à orienter l'ensemble des ressources (publiques, privées et extérieures) vers ces priorités et à rendre compte des résultats obtenus, plutôt que comme une simple réforme des structures organisationnelles. La période considérée a mis en évidence à la fois les insuffisances du système, notamment une planification fragmentée et largement dictée par les donateurs, et une dynamique de progrès, illustrée par la multiplication des réformes fiscales en faveur de la santé et par l'inscription de la santé au rang des priorités examinées au niveau des chefs d'État.

Prestation des services et intégration. Comme indiqué précédemment, les insuffisances en matière de prestation de services sont les plus marquées là où les besoins sont les plus importants, en particulier dans les domaines des maladies non transmissibles et de la santé mentale, ainsi que dans les communautés vivant dans des contextes fragiles. L'intégration ne se limite pas dans ce contexte à la réalisation de plusieurs interventions lors d'une même consultation ; elle implique une planification, un financement, une gouvernance, une gestion de l'information et des effectifs et une responsabilisation intégrés dans des plateformes de soins de santé publique communes, ce qui constitue la stratégie essentielle de prestation de services mise en œuvre dans la Région.

Chaînes logistiques et produits. La Région reste massivement dépendante des médicaments, vaccins et produits de diagnostic importés. Les chocs d'approvisionnement survenus pendant l'année, allant de la pénurie de doses de vaccin anticholérique oral à la perturbation des circuits de dons de médicaments, ont montré à quelle vitesse la dépendance vis-à-vis de l'extérieur peut conduire à une interruption de services. Le programme de réglementation, de mutualisation des achats et de fabrication au niveau local (chapitre 6) est la réponse structurelle à cette situation.

Données, surveillance et (in)capacité à voir les inégalités. La Région a réalisé des progrès mesurables : l'exhaustivité de la surveillance est passée de 70 % à 88 % et 71 % des événements de santé publique ont été détectés en sept jours (chapitre 3). Cependant, 44 des 47 États Membres ne disposent toujours pas de données sur les causes de décès conformes aux normes de l'OMS et trop peu d'indicateurs clés peuvent à ce jour être ventilés par sexe, âge, handicap ou lieu. Des outils d'analyse de l'équité, tels que Health Equity Assessment Toolkit (HEAT et HEAT Plus) de l'OMS, existent précisément pour mettre en évidence ces lacunes ; un système qui ne voit pas les inégalités ne peut pas les corriger.

Des capacités qui ne sont pas toutes affectées de la même manière : les contraintes les plus lourdes en matière d'effectifs et de systèmes d'information pèsent sur les sous-régions de l'Afrique centrale et du Sahel ; les financements et la protection financière sont les plus restreints dans les zones où la couverture est la plus faible ; et la continuité de la prestation de services est la moins bonne dans les États fragiles et touchés par des conflits. Cette ventilation est importante, car les moyennes nationales présentées plus haut masquent les variations au sein des pays, décrites dans la Partie 3.

1.3. Des répercussions inégales : qui a été le plus durement touché et quels programmes ont payé le plus lourd tribut

Si l'on examine les facteurs extérieurs et intérieurs en jeu, il apparaît clairement que les effets combinés des événements survenus au cours de l'année ont été graves mais très inégaux. La Région n'a pas été touchée de manière uniforme ; l'analyse ci-dessous présente ces répercussions selon différentes perspectives : le pays et les pays voisins, la sous-région et la Région, et le contexte mondial. Les critères utilisés sont précisés explicitement.

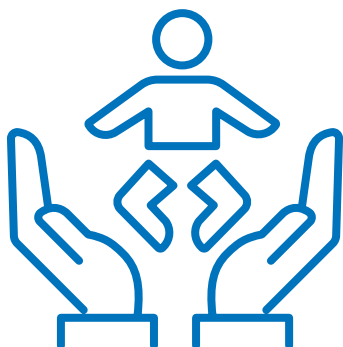
Le pays et les pays voisins. Les effets combinés les plus lourds se sont fait sentir dans les États Membres où trois facteurs de vulnérabilité se chevauchent : une forte dépendance à l'égard du financement extérieur de la santé, des conflits ou déplacements prolongés et une charge élevée de paludisme et de VIH. De ce fait, le groupe le plus durement frappé se concentre dans les zones fragiles et touchées par les conflits du Sahel et du bassin du lac Tchad et dans les zones d'Afrique centrale et orientale qui ont connu une crise prolongée, où les déplacements et l'insécurité ont aggravé le choc financier, ainsi que dans les économies d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe où la prévalence du VIH est élevée, qui recevaient les volumes les plus importants de l'aide extérieure à la santé désormais retirée. Environ les trois quarts de cette aide étaient alloués à 10 États Membres, lesquels étaient tous, sauf un, situés en Afrique de l'Est et en Afrique australe (10). Les économies à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et des petites îles de la Région, où le financement extérieur ne représente qu'une faible part des dépenses de santé et où les systèmes nationaux peuvent prendre le relais, se sont révélées les moins vulnérables. Aucun classement des États Membres n'est établi dans cette section : les critères sont énoncés de sorte que chaque ministre puisse situer son propre pays dans le schéma identifié. La répartition sous-régionale est présentée dans le **Tableau 1**.

La sous-région et la Région. Au niveau sous-régional, les contraintes varient. La dépendance financière et l'exposition au VIH prédominent en Afrique de l'Est et en Afrique australe ; les conflits, les déplacements et la pénurie de main-d'œuvre prévalent en Afrique centrale et au Sahel ; tandis que l'insécurité alimentaire et le choléra liés au climat priment dans le Sahel et la Corne de l'Afrique. À l'échelle de la Région, le schéma de cause à effet était cohérent : le retrait des financements extérieurs a affecté les services par l'intermédiaire des programmes qui en bénéficiaient le plus.

Qui est laissé de côté ? Dans toutes les sous-régions, ce sont toujours les mêmes populations qui ont été les plus durement touchées : les femmes et les enfants, qui représentent environ 80 % des personnes déplacées (5) ; les enfants des districts les plus pauvres et les plus reculés, où se concentrent les « enfants zéro dose » (n'ayant reçu aucun vaccin) ; les adolescentes et les jeunes femmes, qui représentent une part disproportionnée des nouvelles infections par le VIH ; les personnes vivant avec des maladies non transmissibles et des problèmes de santé mentale, pour lesquelles la couverture était la plus faible avant le début de la contraction ; et les agents de santé eux-mêmes, dans les zones où des postes restaient vacants. La Région n'est pas encore en mesure de rendre compte de façon systématique de ces données. Comme indiqué dans la partie 2, trop peu d'indicateurs clés peuvent être ventilés par sexe, âge, handicap ou lieu. Les mesures visant à combler les lacunes en la matière sont une priorité abordée dans les chapitres 2 à 4.

Le cadre mondial. Comparativement au reste du monde, la Région a absorbé la plus forte réduction régionale de l'aide au développement pour la santé tout en supportant les plus lourdes charges de paludisme et de nouvelles infections par le VIH. C'est là l'illustration la plus claire qui soit de l'importance que revêt un investissement durable et reposant de plus en plus sur des ressources intérieures.

Quels sont les programmes qui ont payé le plus lourd tribut ? Les effets se sont répercutés sur les programmes selon un mécanisme clair : plus un programme était financé par des sources extérieures et plus il était financé par les États-Unis, plus il était touché. Environ 75 % de l'aide sanitaire allouée par les États-Unis à la Région était destinée à financer la lutte contre le VIH (et d'autres infections sexuellement transmissibles) et le paludisme (10) ; les programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose, le paludisme et les maladies tropicales négligées étaient par conséquent les plus exposés. La santé de la mère et de l'enfant et les opérations d'urgence menées dans des contextes fragiles ont ensuite été les plus touchées, le financement de l'aide humanitaire ayant lui aussi diminué. Les programmes menés sur des plateformes gérées sur le plan intérieur ou financées séparément, notamment les programmes d'éradication de la poliomyélite et certains éléments de la vaccination systématique, ont été relativement plus épargnés, bien qu'ils dépendent eux aussi de systèmes partagés et qu'on ne puisse pas considérer qu'ils soient sécurisés. **Le Tableau 1** illustre le schéma identifié.



Rwanda : Accès aux soins de santé primaires pour renforcer la couverture sanitaire universelle, novembre 2022.



© OMS / Isaac Rudakubana

Tableau 1 Les programmes les plus durement touchés par les facteurs en jeu cette année, par sous-région

Sous-région	États Membres	Facteurs les plus fortement ressentis	Zones fragiles et touchées par des crises	Pays où la charge épidémiologique de paludisme est élevée	Programmes les plus exposés
Afrique du Nord	1	Faible dépendance au financement extérieur de la santé	0	0	Exposition limitée ; financement intérieur prédominant
Afrique de l'Ouest	12	Financement ; paludisme	1	2	Paludisme, VIH, SRMNEA, MTN, vaccination
Sahel et bassin du lac Tchad	5	Conflits et déplacements ; financement ; climat ; paludisme	4	3	Paludisme, vaccination, SRMNEA, nutrition, opérations d'urgence
Afrique centrale	8	Conflits et déplacements ; financement ; paludisme	3	3	VIH, paludisme, vaccination, SRMNEA, opérations d'urgence
Afrique de l'Est	12	Financement ; conflits et déplacements ; climat	3	2	VIH, SRMNEA, paludisme, vaccination, nutrition
Afrique australe	9	Financement (VIH) ; climat	1	1	VIH, tuberculose, SRMNEA, paludisme
Région	47		12	11	

Critères : les principaux facteurs et l'exposition des programmes présentés ici correspondent à une synthèse analytique fondée sur la dépendance au financement extérieur de la santé (10), la charge épidémiologique de paludisme (20) et les zones de crise et de déplacements prolongés reconnues (Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés et Bureau de coordination des affaires humanitaires). Les chiffres indiqués dans les colonnes correspondant aux zones fragiles et touchées par des crises et aux pays où la charge épidémiologique de paludisme est élevée sont tirés de ces sources. Les États Membres ne font pas l'objet d'une évaluation individuelle de l'exposition au risque lié au financement. La répartition sous-régionale est conforme aux conventions du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique ; les États insulaires sont comptabilisés dans leur sous-région géographique respective.



Réfugiés soudanais à Adré, au Tchad, juillet 2024.
© OMS / Nicolò Filippo Rosso

1.4. Comment la Région a tenu bon et où elle n'y est pas parvenue

La Région s'est adaptée à cet environnement, et c'est précisément grâce à cette adaptation que des progrès peuvent être présentés dans les chapitres sur les résultats. Quatre mécanismes expliquent en grande partie la résilience dont elle a su faire preuve.

Premièrement, **le ciblage** : l'exploitation par les pays des données de routine pour orienter les maigres ressources vers les districts prioritaires (par le biais de tableaux de bord en temps réel guidant les interventions de vaccination et de lutte antipaludique, ainsi que les campagnes de Grand rattrapage et d'élimination ciblée), ce qui a permis de mobiliser moins de ressources avec plus de précision.

Deuxièmement, **l'intégration dans les plateformes de soins de santé primaires** : l'intégration de programmes verticaux dans les dispositifs communs de prestation de services, d'achats mutualisés et de gestion des ressources humaines, de sorte qu'un même établissement, un même agent de santé et une même consultation puissent apporter une valeur ajoutée plus élevée.

Troisièmement, **les mesures de financement intérieur** : notamment les réformes fiscales en faveur de la santé, les réaffectations budgétaires et l'absorption de déficits de financement extérieur spécifiques. L'Afrique du Sud, par exemple, a résorbé un déficit important en cours d'année dans sa riposte au VIH, les ressources nationales finançant déjà environ les trois quarts du programme.

Quatrièmement, la refonte institutionnelle pour protéger la prestation de services (voir chapitre 5).

Les réussites enregistrées : les services essentiels ont été largement maintenus et plusieurs étapes ont été franchies dans l'élimination des maladies au cours de l'exercice financier le plus difficile depuis des décennies. Cela démontre que le ciblage et l'intégration peuvent contribuer à pérenniser les résultats avec moins de ressources.

Les écueils rencontrés : là où les contractions de financement ont dépassé la capacité des systèmes nationaux à compenser, les campagnes ont dérapé et les chaînes d'approvisionnement se sont resserrées. Les États Membres n'ont reçu que 61 % des doses de vaccin anticholérique oral qu'ils ont demandées ; plus de 5 millions de comprimés de praziquantel devaient expirer (bien que des adaptations rapides au niveau des pays aient préservé bon nombre de ces doses) ; et le soutien suivi en matière de santé mentale a reculé et ne représente plus qu'une fraction de son niveau de 2024.

Les fragilités persistantes : des avancées qui continuent de dépendre de financements extérieurs, de capacités limitées en personnel et de chaînes d'approvisionnement que la Région ne maîtrise pas encore pleinement. En toute franchise, on peut dire que la Région a tenu bon dans la plupart des domaines, qu'elle a perdu du terrain à certains égards, et qu'elle s'est appuyée pour ce faire sur des bases qui doivent maintenant être renforcées.

1.5. Être aux côtés des pays : l'appui fourni par l'OMS et l'aide supplémentaire apportée par les partenaires

Tout au long de l'année, l'OMS dans la Région africaine, notamment par le biais du Bureau régional et de ses 47 bureaux de pays, a aidé les États Membres à faire face à ces pressions tout en restructurant simultanément sa propre institution pour qu'elle fonctionne au plus près des populations qu'elle sert. Le Dr Mohamed Yakub Janabi a pris ses fonctions de Directeur régional le 1er juillet 2025. En août 2025, le Bureau régional avait achevé la refonte de son modèle de fonctionnement la plus vaste depuis deux décennies : les groupes techniques sont passés de six à quatre, les postes de directeur de neuf à six et les postes de chef d'équipe de 49 à 33, et les effectifs ont été réduits d'environ un quart, passant de plus de 2500 à moins de 2000 personnes, face à un déficit d'environ 29 millions de dollars É.-U en matière de fonds souples. En janvier 2026, les 47 bureaux de pays avaient tous adopté le nouveau Modèle de base pour les bureaux de pays et près des trois quarts des postes du personnel de la Région sont désormais situés au niveau des pays. Au-delà de cette réforme interne, l'appui de l'OMS a été fourni par quatre canaux : le leadership technique et les orientations normatives pour les programmes de lutte contre les maladies et de SRMNEA (tels qu'indiqués aux chapitres 2 et 4) ; la détection et la riposte aux situations d'urgence, y compris les systèmes de données et de surveillance qui ont renforcé la détection dans les sept jours et la riposte aux flambées épidémique (chapitre 3) ; le soutien aux réformes du financement et de gestion stratégique menées par les pays, allant des réformes fiscales en faveur de la santé à la gestion des finances publiques (chapitres 5 et 6) ; et la mobilisation et la négociation d'un soutien qui a fait progresser les priorités de la Région dans l'architecture sanitaire mondiale (chapitre 7). Le cadre stratégique de l'OMS, intitulé *Une nouvelle ère pour la santé en Afrique : une action concertée en faveur de la Vision 2030*, a été publié le 19 septembre 2025 et est examiné de façon plus approfondie dans le chapitre de conclusion.

Les partenaires ont apporté des contributions tout aussi décisives, qui sont saluées ici et décrites plus en détail dans les chapitres suivants : l'Union africaine et le CDC-Afrique par le biais de la stratégie continentale, du nouvel ordre de santé publique et de la fabrication locale ; Gavi, le Fonds mondial, la Banque mondiale et d'autres partenaires financiers par le soutien apporté à la vaccination, à la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme et au renforcement des systèmes, en mettant de plus en plus l'accent sur l'appropriation et l'intégration par les pays ; les organismes des Nations Unies par le biais d'interventions humanitaires dans les domaines de la santé, des déplacements de population et de la nutrition ; et les institutions de recherche, la société civile et les communautés par la prestation de services et la responsabilisation. L'ordre des éléments a toute son importance : le rôle normatif et fédérateur de l'OMS reste une constante, tandis que les ressources et la portée des partenaires sont alignées sur les priorités des pays et de plus en plus mobilisées selon les modalités définies par la Région elle-même.

1.6. En quoi consiste ce rapport et pourquoi chaque chapitre est important

Le présent rapport est un compte rendu faisant autorité du Directeur régional sur la manière dont les facteurs politiques, sociaux, économiques et environnementaux ont influencé les résultats sanitaires dans la Région africaine entre le 1er juillet 2025 et le 30 juin 2026. Il décrit comment les États Membres ont fait face à ces pressions, les progrès accomplis collectivement par la Région et les contributions spécifiques apportées par l'OMS à l'appui de ces efforts. Le rapport s'articule autour de la mission du quatorzième programme général de travail, qui est de promouvoir, garantir et protéger la santé, et autour du thème de la soixante-seizième session du Comité régional : obtenir des résultats, conduire la réforme et garantir l'avenir du secteur de la santé en Afrique. Chaque chapitre renvoie aux facteurs décrits dans cette section.

Le chapitre 2 analyse la prestation de services essentiels et les progrès accomplis vers la santé et le bien-être universels. Il montre comment la Région a maintenu les soins et protégé la couverture face au choc financier, mettant directement à l'épreuve les capacités en termes de demande et d'accès décrites dans la partie 2.

Le chapitre 3 examine comment la Région a protégé les populations contre les situations d'urgence sanitaire. Il présente la riposte opérationnelle à un environnement caractérisé par des situations d'urgence et fait ressortir les capacités de résilience évoquées ci-dessus.

Le chapitre 4 met en évidence la façon dont la Région a promu la santé en agissant sur les déterminants sociaux, commerciaux et environnementaux qui déterminent les résultats sanitaires. Il reflète la réponse apportée par le secteur de la santé aux facteurs sociaux et environnementaux décrits dans la partie 1.

Les chapitres 5 et 6 traitent des réformes institutionnelles et des mesures de financement qui ont permis de réaliser des progrès dans les trois domaines. Ensemble, ils illustrent comment les adaptations décrites dans la partie 4 se sont traduites par des changements organisationnels, les pressions financières agissant comme un moteur de la réforme.

Le chapitre 7 étudie le positionnement de la Région dans une architecture sanitaire mondiale en pleine évolution. Il montre comment la dynamique politique décrite dans la partie 1 a été convertie en capacité d'action stratégique.

Le chapitre de conclusion se veut tourné vers l'avenir et s'appuie sur le cadre STEEP établi comme référence ici pour fixer le cap de la Région à l'horizon 2027 et au-delà. Un lecteur qui comprend ce chapitre comprend l'année ; les chapitres qui suivent montrent en détail ce que ces facteurs, décisions et réformes ont signifié pour les populations de la Région.

Références du chapitre 1

1. Organisation mondiale de la Santé Bureau régional de l'Afrique (2026)
2. Suivi de la couverture sanitaire universelle : rapport mondial de suivi 2025. Brazzaville: OMS Bureau régional de l'Afrique. Disponible à l'adresse : <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2026-02/WHO-AFRO-2026-13148-52922-82461.pdf> (consulté le [date]).
3. Heydarifard, Z., Veisi, M., Heydari, M. et al. (2026) 'Investigation of the role of political participation in health: A scoping review', Health Science Reports, 9, e72167. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1002/hsr.72167>.
4. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2024) World Population Prospects 2024. New York: United Nations. Disponible à l'adresse : <https://population.un.org/wpp/> (Consulté le [date]).
5. OECD, African Development Bank, Cities Alliance and United Cities and Local Governments of Africa (2025) Africa's Urbanisation Dynamics 2025: Planning for Urban Expansion. Paris: OECD Publishing. Disponible à l'adresse : <https://doi.org/10.1787/2a47845c-en>.
6. United Nations High Commissioner for Refugees (2025) Regional trends: Forced displacement in West and Central Africa in 2025. Geneva: UNHCR. Disponible à l'adresse : <https://www.unhcr.org/sites/default/files/2025-06/west-central-africa-regional-trends-forced-displacement-2025.pdf> (Consulté le [date]).
7. United Nations High Commissioner for Refugees (2025) Mid-Year Trends 2025. Geneva: UNHCR. Disponible à l'adresse : <https://www.unhcr.org/media/mid-year-trends-2025> (Consulté le [date]).
8. Africa Centres for Disease Control and Prevention (2024) Africa's progress towards sustainable local manufacturing of health products. Addis Ababa: Africa CDC. Disponible à l'adresse : <https://allafrica.com/stories/202502120025.html> (Consulté le [date]).
9. International Telecommunication Union (2025) Measuring digital development: Facts and figures 2025 – Africa. Geneva: ITU. Disponible à l'adresse : <https://www.itu.int/> (Consulté le [date]).
10. Institute for Health Metrics and Evaluation (2025) Financing Global Health 2025: Cuts in aid and future outlook. Seattle, WA: IHME.
11. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2025) AIDS, crisis and the power to transform: 2025 Global AIDS Update. Geneva: UNAIDS. Disponible à l'adresse : <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2025/2025-global-aids-update> (Consulté le [date]).

12. World Health Organization Regional Office for Africa (2025) Assessment of the potential impact of external aid reductions on health systems and health financing vulnerabilities in Africa. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa. Disponible à l'adresse : <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ede79e73-3ea5-4522-a774-869ecd3f61eb/content> (Consulté le [date]).
13. World Health Organization Regional Office for Africa (2024) WHO African Region health expenditure atlas 2023. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa. Disponible à l'adresse: <https://www.africareach.org/wp-content/uploads/2024/11/WHO-Afro-financing-atlas.pdf> (Consulté le [date]).
14. World Meteorological Organization (2025) State of the climate in Africa 2025. Geneva: WMO. Disponible à l'adresse: <https://wmo.int/resources/publication-series/state-of-climate-africa/state-of-climate-africa-2025> (Consulté le [date]).
15. Global Carbon Project (2024) Global Carbon Budget 2024. Exeter: Global Carbon Project. Disponible à l'adresse: <https://globalcarbonbudget.org/gcb-2024/>
16. World Meteorological Organization (2025) Extreme weather and climate events impact millions in Africa in 2025. Geneva: WMO. Disponible à l'adresse : <https://wmo.int/media/news/extreme-weather-and-climate-events-impact-millions-africa-2025> (Consulté le [date]).
17. Food and Agriculture Organization of the United Nations and World Food Programme (2025) Hunger hotspots and acute food insecurity in Africa 2025 (IPC/FAO–WFP). Rome: FAO and WFP. Disponible à l'adresse : https://www.un.org/unispal/wp-content/uploads/2025/06/HungerHotspots2025_CD5684EN-compressed.pdf (Consulté le [date]).
18. World Health Organization (2026) WHO ambient air quality database. 8th edn. Geneva: WHO. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/data/gho/data/themes/air-pollution> (Consulté le [date]).
19. World Health Assembly (2025) WHA78.1: WHO Pandemic Agreement. Geneva: World Health Organization. Disponible à l'adresse : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_R1-en.pdf (Consulté le [date]).
20. World Health Organization Regional Office for Africa (2024) Roadmap for implementation of the Lusaka Agenda in Africa. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa. Disponible à l'adresse : <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/4a93e967-a4ee-40e1-997c-f412dade3650/content> (Consulté le [date]).
21. Africa Centres for Disease Control and Prevention (2022) The New Public Health Order. Addis Ababa: Africa CDC. Disponible à l'adresse : <https://khub.africacdc.org/records/resource/africas-health-security-and-sovereignty-agenda-a-new-way-forward-1> (Consulté le [date]).
22. United Nations (2025) UN80 Initiative Action Plan: 87 actions across three workstreams. New York: United Nations. Disponible à l'adresse : <https://www.un.org/un80-initiative/en/un80-initiative-action-plan>. (Consulté le [date]).
23. World Health Organization Regional Office for Africa (2026) WHO African Region health outcomes: Thematic analysis 2026. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.
24. Institute for Health Metrics and Evaluation (2024) Global Burden of Disease 2021: Findings from the GBD 2021 Study. Seattle, WA: IHME. Disponible à l'adresse : https://www.healthdata.org/sites/default/files/2024-05/GBD_2021_Booklet_FINAL_2024.05.16.pdf (Consulté le)
25. World Health Organization (n.d.) Global Health Observatory. Geneva: World Health Organization. Disponible à l'adresse: <https://www.who.int/data/gho> (Consulté le).
26. World Health Organization and United Nations Children's Fund (2025) WHO/UNICEF Estimates of National Immunization Coverage (WUENIC) 2025. Geneva: World Health Organization and UNICEF. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/global-monitoring/immunization-coverage/who-unicef-estimates-of-national-immunization-coverage>. (Consulté le)
27. World Health Organization (2025) World malaria report 2025: Addressing the threat of antimalarial drug resistance. Geneva: World Health Organization. Disponible à l'adresse : <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/be20b8dc-cbfa-42a6-ad17-7679ceb75360/content> (Consulté le).

G AREA



Riposte de l'OMS face à la maladie à virus Ebola causée par le virus Bundibugyo, Ouganda, 25 juin 2026.

©OMS/Natalie Ridgard



Riposte de l'OMS face à la flambée de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo (RDC), 1er juin 2026

© OMS / Joël Lumbala

Chapitre

2.

Obtenir des résultats pour la santé et le bien-être universels

La couverture sanitaire universelle est l'objectif central de ce chapitre ; elle comporte trois dimensions à l'aune desquelles les progrès accomplis par la Région au cours de l'année écoulée doivent être évalués : **la couverture de la population**, c'est-à-dire qui sont les personnes atteintes et si celles qui étaient historiquement laissées pour compte sont désormais intégrées ; **la couverture des services**, à savoir quels sont les services fournis tout au long de la vie, des soins prénatals à la prise en charge des affections chroniques chez les personnes âgées ; et **la protection contre les risques financiers**, autrement dit si les personnes ont la possibilité d'accéder aux services dont elles ont besoin sans être précipitées dans la pauvreté. Ces trois dimensions sont les moyens, la fin étant l'amélioration du bien-être : une vie plus longue vécue en bonne santé, mesurée par l'espérance de vie en bonne santé, et une protection contre les difficultés financières que la maladie peut entraîner.

Les soins de santé primaires ne constituent pas seulement le cadre dans lequel ces résultats sont obtenus ; ils sont le principe directeur qui permet de les atteindre, grâce à la prestation intégrée de services, à l'action multisectorielle sur les déterminants de la santé et à l'autonomisation des communautés et des agents de santé. L'intégration est apparue comme le thème principal de la période visée dans le présent rapport. Dans ce chapitre, ce concept s'entend au sens large et englobe non seulement la prestation conjointe de services (par le biais d'une même consultation, d'un même agent de santé et d'une même plateforme), mais aussi la planification, le financement, le développement du personnel, les systèmes d'information intégrés et la responsabilisation partagée.

Le chapitre s'ouvre sur la situation générale de la Région au regard de la couverture sanitaire universelle et sur le test qu'ont représenté les difficultés rencontrées au cours de l'année. Il rend ensuite compte des résultats obtenus dans les quatre domaines qui constituent la base de l'indice de couverture des services en vue de la couverture sanitaire universelle : santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ; lutte contre les maladies transmissibles et élimination ; maladies non transmissibles et santé mentale ; et capacité des services à l'appui des trois premiers domaines. Les travaux transversaux sur le genre et sur la prévention et la lutte contre l'exploitation, les abus et le harcèlement sexuels sont examinés dans une dernière section. Les résultats présentés tout au long du chapitre sont ceux des États Membres. La contribution apportée par le Bureau régional et les 47 bureaux de pays de l'OMS réside dans les orientations, l'appui technique, le pouvoir fédérateur et le travail normatif qui ont aidé les pays à atteindre ces résultats ; elle est présentée en détail pour chacun des domaines.

2.1. Couverture sanitaire universelle : état de situation dans la Région

La couverture augmente, mais le rythme des progrès a diminué de moitié

L'indice de couverture des services en vue de la couverture sanitaire universelle (indicateur 3.8.1 des ODD) pour la Région africaine de l'OMS est passé de 30 points en l'an 2000 à 51 points en 2023, dernière année d'observation (1). Les progrès se sont surtout concentrés au début de cette période : 17 des 21 points de progression avaient été enregistrés dès 2015. Depuis lors, le rythme des progrès a nettement marqué le pas pour s'établir à environ un demi-point par an, avec une période de stagnation à 48 points de quatre ans, entre 2017 et 2020. Les variations entre les 47 États Membres de la Région restent importantes : un écart d'environ 54 points d'indice est à noter entre les pays les plus performants et les moins performants, près de la moitié des pays si situant autour du milieu de la distribution. Étant donné que le Nigéria, la République démocratique du Congo et l'Éthiopie représentent à eux trois environ les deux cinquièmes de la population de la Région et qu'ils affichent tous un score d'indice inférieur ou égal à 50 points, le tableau pondéré par la population est moins favorable que ne le porte à croire la moyenne régionale. L'accélération des progrès au niveau régional repose désormais sur la mobilisation des grands pays qui restent à la traîne.

La composition de l'indice explique à la fois la progression rapide enregistrée lors la période précédente et le ralentissement observé actuellement, et définit les enjeux prioritaires pour le reste de ce chapitre. Parmi les quatre sous-indices qui le composent, c'est la couverture des maladies infectieuses qui a été le moteur principal des progrès régionaux, passant d'un score de 11 points d'indice en l'an 2000 à 42 points en 2023, portée par l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral, l'extension de la recherche des cas de tuberculose et des interventions durables de lutte contre le paludisme. Le sous-indice de la santé reproductive et de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant a progressé, passant de 41 points d'indice à 54 points sur la même période, mais il n'a gagné que quatre points depuis 2010. Le sous-indice des maladies non transmissibles affiche le score le plus élevé, soit 69 points, bien qu'il soit le moins révélateur de la prestation des

services, car il est influencé en partie par la prévalence des facteurs de risque plutôt que par la couverture thérapeutique. La capacité des services et l'accès aux services, qui englobe la disponibilité des agents de santé, la densité des lits d'hôpitaux et la capacité en matière de sécurité sanitaire, restent le maillon faible : après avoir stagné à 32 points tout au long des années 2000, ce sous-indice n'a atteint que 43 points en 2023. Les progrès à venir doivent maintenant provenir des deux composantes qui évoluent le plus lentement : l'achèvement de la mise en œuvre des points restés en suspens du programme de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SRMNEA) et le renforcement des capacités.

L'analyse des indicateurs de référence fait ressortir un même schéma. La couverture est élevée lorsqu'il existe des programmes bien établis. La couverture du traitement antirétroviral a atteint 83 % des personnes vivant avec le VIH en 2024 tandis que la couverture du traitement contre la tuberculose s'élève à 74 % et que la couverture par la troisième dose de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche s'établit à 76 %. La couverture est faible lorsqu'une collaboration soutenue avec le système de santé est nécessaire : 58 % seulement des femmes en âge de procréer voient leurs besoins en matière de planification familiale satisfaits au moyen de méthodes modernes ; la couverture par la deuxième dose du vaccin contre la rougeole est de 55 % ; et environ un quart seulement des adultes nécessitant un traitement contre l'hypertension artérielle en bénéficient. Les variations au sein de la Région sont aussi prononcées pour les indicateurs de référence individuels que pour l'indice global, les huit à dix mêmes pays représentant l'essentiel des besoins non satisfaits en matière de vaccination, d'accouchements assistés par du personnel qualifié et de services de prise en charge. C'est la concentration géographique, et non le type de service, qui constitue toujours le principal défi en matière de couverture des services dans la Région.

La protection contre les risques financiers reste la dimension la plus faible de la couverture sanitaire universelle. Les paiements directs des ménages représentent environ 36 % sur chaque tranche de 100 dollars consacrée à la santé et dépassent le seuil au-delà duquel ils entraînent un risque de difficultés financières dans 35 États Membres. Dans les 42 États Membres disposant de données, l'incidence médiane des dépenses de santé directes catastrophiques est de 5,1 %. L'analyse de la couverture par rapport aux difficultés fait ressortir trois problématiques politiques distinctes : les pays où la couverture et la protection restent faibles parce que les services ne sont tout simplement pas disponibles ; les pays où les gains enregistrés en matière de couverture sont financés en grande partie par les ménages ; et les pays où la couverture et la protection progressent ensemble. Les pays qui affichent les progrès les plus rapides partagent une approche commune : des investissements soutenus dans les soins de santé primaires, l'intégration des services dans des plateformes uniques et des réformes du financement intérieur qui rendent la couverture abordable tant pour les pouvoirs publics que pour les ménages.

Équité : les écarts relatifs se réduisent, les écarts absolus restent importants. Depuis l'an 2000, les pays du quartile inférieur de la distribution ont gagné 23 points d'indice, contre 16 points pour ceux du quartile supérieur. Au cours de la même période, le ratio du quatre-vingt-dixième au dixième percentile s'est réduit, passant de 2,7 à 1,8. Pourtant, l'écart interquartile s'est creusé, passant de 10 à 15,5 points,

la convergence dans la partie inférieure de la distribution étant contrebalancée par une progression continue dans la partie supérieure. Les progrès dans la partie inférieure de la distribution sont réels, mais l'écart reste important.

Le socle des services essentiels a tenu bon face aux épreuves de cette l'année

La contraction des financements décrite au chapitre 1 faisait redouter des interruptions de traitements, une suspension des campagnes de prévention et la rupture des circuits d'approvisionnement en médicaments et en vaccins. Les services menacés s'étendaient bien au-delà des principaux programmes de lutte contre les maladies : soins prénatals et soins à l'accouchement, planification familiale, vaccination de proximité et services de nutrition, tous dépendent des mêmes systèmes de transport, de supervision et d'approvisionnement en produits de santé soutenus depuis longtemps par le financement extérieur.

Au regard des dimensions de continuité des services et de protection financière de la couverture sanitaire universelle, le socle a tenu bon. Les traitements antirétroviraux ont été préservés pour 21,7 millions de personnes vivant avec le VIH, d'après les estimations (2) ; les dons de médicaments contre les maladies tropicales négligées ont continué d'affluer malgré un gel des financements d'un montant de 170 millions de dollars É.-U. ; et les campagnes de chimioprévention du paludisme saisonnier et de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été protégées dans 21 pays. Les résultats spécifiques aux programmes sont présentés dans la section 2.3.

Le socle a tenu car les services partageaient une même plateforme. La stratégie de riposte face à la situation a reposé sur l'intégration au service de l'efficacité plutôt que sur le repli. Vingt-six États Membres ont ainsi révisé leurs plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH, la tuberculose et l'hépatite en les réunissant dans un cadre de conception intégré unique, ce qui a permis de présenter un argumentaire de financement intérieur cohérent aux ministères des finances plutôt que trois demandes concurrentes. Là où les ressources étaient les plus limitées, les données de routine ont été utilisées pour les orienter district par district vers les populations et les lieux les plus touchés.

Les mesures prises par le Bureau régional. Le Bureau régional a maintenu la base analytique régionale à l'aune de laquelle ces évaluations sont effectuées ; aidé les États Membres à produire et à utiliser des données ventilées sur la couverture et la protection financière ; élaboré le cadre de conception intégré et fourni un appui à sa mise en œuvre ; et travaillé en collaboration avec les pays pour les aider à prendre des décisions éclairées en matière de ciblage au niveau des districts à la lumière des résultats des analyses de la couverture.

Ce qui continue d'entraver les progrès. La marge reste étroite, et les fonctions qui ont absorbé le choc, à savoir les capacités en matière de surveillance, de laboratoire et de validation et le personnel spécialisé pour les zones fragiles, sont les plus difficiles à reconstruire une fois perdues. L'intégration est en outre entravée par une question de gouvernance non résolue : qui détient le pouvoir de décision et l'autorité budgétaire nécessaires pour réaliser l'intégration au niveau des districts ? Le fait que les dialogues sur le financement intérieur aient été intégrés dans moins de la moitié des plans stratégiques révisés reflète un problème d'espace de décision et non un retard de planification.

Coups de projecteur sur les pays

Afrique du Sud. La riposte au VIH reposant sur un financement intérieur a absorbé un déficit de financement estimé à 420 millions de dollars É.-U. au cours de l'année sans interruption des traitements, les ressources nationales couvrant déjà environ 74 % du programme.

Ghana. La contraction des financements est devenue un catalyseur de la réforme des soins de santé primaires : les ressources transitant par l'Autorité nationale d'assurance-maladie ont augmenté d'environ 60 % et la gratuité des soins de santé primaires a été lancée, ce qui a permis de faire progresser à la fois la couverture de la population et la protection financière.

2.2. Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

La survie dépend encore de l'arrivée des soins à temps

Où en est la Région. Dans une grande partie de la Région africaine, la survie d'une mère et de son nouveau-né dépend moins de ce que les médicaments peuvent faire que de la question de savoir si les soins leur parviennent à temps. La Région n'est toujours pas sur la bonne voie pour atteindre les cibles des objectifs de développement durable relatives à la survie de la mère et de l'enfant. En 2023, la mortalité maternelle s'élevait à 442 décès pour 100 000 naissances vivantes, et on dénombrait près de 900 000 mortinaissances à la même période. En 2024, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans était de 70 décès pour 1000 naissances vivantes et le taux de mortalité néonatale était de 26 décès pour 1000 naissances vivantes (3). Le taux de natalité chez les adolescentes reste le plus élevé au monde, avec 97 naissances pour 1000 filles âgées de 15 à 19 ans en 2024 (4). Les moyennes régionales dissimulent de profondes inégalités : l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale sont systématiquement à la traîne par rapport aux autres sous-régions, ce qui reflète les effets combinés de la croissance démographique rapide, de la fragilité, des conflits, des chocs climatiques, des ressources intérieures limitées et de la baisse du financement extérieur.

La tendance reste toutefois positive. L'indice de couverture des services de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est passé de 50 points en 2015 à 54 points en 2023, 30 États Membres affichant désormais un score supérieur à la moyenne régionale, et la proportion de femmes dont les besoins en matière de planification familiale sont satisfaits par des méthodes modernes est passée de 52,7 % à 58,1 % entre 2015 et 2024.

Les résultats comparés aux cibles du programme « Every Woman, Every Newborn, Everywhere » (Chaque femme, chaque nouveau-né, partout). La Région évalue désormais ses performances au regard des sept cibles d'accélération, qui donnent aux ministres un tableau de bord unique pour suivre la continuité des soins (Tableau 2). Le tableau de bord présente deux constatations d'égale importance. La première est la structure du continuum : l'accouchement assisté par du personnel qualifié est l'élément le plus solide, tandis que les soins prénatals restent le maillon faible. Un seul État Membre a atteint le seuil cible de quatre consultations de soins prénatals, ce qui signifie que les femmes continuent

de recourir aux soins tardivement. La période postnatale, **au cours de laquelle surviennent la plupart des décès maternels et néonataux, est couverte dans moins d'un tiers des États Membres.** La deuxième constatation est l'absence de données pour les deux cibles des soins d'urgence. La Région n'est en effet pas encore en mesure de déterminer si une femme en cas de dystocie ou un

nouveau-né incapable de respirer sans aide peut bénéficier à temps de la prise en charge nécessaire pour lui sauver la vie. Il ne s'agit pas là d'une faille dans le rapport, mais bien d'une lacune dans la vision dont dispose la Région, et les mesures visant à combler ce manque de données constituent un investissement prioritaire.

Tableau 2. États Membres atteignant le seuil des cibles du programme « Chaque femme, chaque nouveau-né, partout », 2026

Programme « Every Woman, Every Newborn, Everywhere » (Chaque femme, chaque nouveau-né, partout)	Seuil	États Membres atteignant le seuil
Soins prénatals (quatre consultations ou plus)	Supérieur ou égal à 90 %	1 (5)
Accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	Supérieur ou égal à 90 %	17 (6)
Soins postnatals pour les mères	Supérieur ou égal à 80 %	14 (7)
Soins postnatals pour les nouveau-nés	Supérieur ou égal à 80 %	15 (8)
Districts dont au moins 50 % de la population se trouve à moins de deux heures d'un service de soins obstétricaux d'urgence	Supérieur ou égal à 80 %	Les données ne sont pas encore disponibles
Districts disposant d'au moins une unité d'hospitalisation néonatale de niveau 2 dotée de ventilation en pression positive continue	Supérieur ou égal à 80 %	Les données ne sont pas encore disponibles
Femmes à même de prendre leurs propres décisions en toute connaissance de cause et en toute autonomie	Supérieur ou égal à 65 %	5 (9)

Source : Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), Base de données mondiale sur l'indicateur 5.6.1 des ODD, via la Base de données des Nations Unies relative aux indicateurs de suivi des objectifs de développement durable, dernière mise à jour en octobre 2025. Organisation mondiale de la Santé, Observatoire mondial de la santé, dernière mise à jour en avril 2026.

Maurice, agent de santé communautaire au poste de santé de Musovu, administre des suppléments de vitamine A à la fille de Dative, dans le district de Bugesera, au Rwanda.



Les résultats obtenus. Plusieurs États Membres considèrent désormais ce programme comme une priorité nationale en matière de développement et d'équité plutôt que comme une préoccupation propre au secteur de la santé. Au Kenya, le Président et la Première Dame ont lancé le plan d'accélération du programme « Every Woman, Every Newborn, Everywhere » (Toutes les femmes, tous les nouveau-nés, partout) pour 2026-2028, ciblant 26 comtés qui affichent une forte charge de morbidité grâce à l'adoption de mesures visant à renforcer la responsabilisation, améliorer la préparation des services, augmenter le financement intérieur, moderniser les équipements et recruter 5000 personnels infirmiers et sage-femmes supplémentaires. La Sierra Leone et le Libéria ont élevé la mortalité maternelle et la mortalité de l'enfant évitables au rang d'urgence de santé publique, tandis que la République centrafricaine a lancé une feuille de route nationale pour la santé maternelle au niveau présidentiel. Depuis sa nomination en février 2026 comme ambassadrice de l'Union africaine pour la santé de la mère et de l'enfant, la Présidente de la République-Unie de Tanzanie a joué un rôle de chef de file continental pour accélérer les progrès dans la Région.

La surveillance des décès maternels et périnatals et la riposte sont devenues le pilier central des stratégies en faveur de la qualité des soins dans la Région. La République démocratique du Congo a numérisé la surveillance des décès maternels, réduisant à neuf heures les délais de notification. Le pays a renforcé la mise en œuvre des audits, passant de 25 % des cas en 2024 à 65 % en 2025 et a ainsi établi que 95 % des décès étaient évitables. Le Malawi a renforcé la surveillance dans 90 établissements de santé à forte fréquentation, ce qui a abouti à l'adoption de plus de 120 mesures d'amélioration de la qualité et permis de réduire la mortalité maternelle de 439 à 224 décès pour 100 000 naissances vivantes. Ces efforts se sont accompagnés d'une amélioration des normes et des ressources humaines : le Malawi a déployé la série d'interventions E-MOTIVE pour les hémorragies du post-partum dans 180 établissements ; l'Éthiopie a adapté 16 lignes directrices nationales et réhabilité les foyers d'hébergement pour futures parturientes et les unités de soins intensifs néonataux ; et le Burkina Faso a intensifié l'auto-injection de DMPA-SC par l'intermédiaire de 32 640 agentes et agents de santé communautaires, ce qui a permis d'augmenter la prévalence de la contraception de 23,8 % à 24,6 % et de réduire les besoins non satisfaits en méthodes modernes de 19 % à 15,7 %.

Des progrès ont également été enregistrés pour les enfants et les adolescents. Quarante-deux États Membres mettent en œuvre la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et 33 ont adopté des politiques de développement du jeune enfant. Le nombre d'États Membres disposant de référents pour la santé des adolescents est passé de 20 à 41, tandis que le nombre d'États Membres ayant adopté des normes de service nationales adaptées aux adolescents est passé de 28 à 36. Un cadre régional de responsabilisation a permis de regrouper 25 ministères de la santé et de l'éducation d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale sur une plateforme commune. En Afrique australe, la Communauté de développement de l'Afrique australe a mis en place un tableau de bord biennal prévoyant le suivi de 20 indicateurs dans 16 États Membres, qui constitue un mécanisme de responsabilisation par les pairs pour les ministres.

Les mesures prises par le Bureau régional. Le Bureau régional a aidé les États Membres à traduire l'engagement pris au niveau politique en actions concrètes en intégrant les priorités en matière d'accélération dans les plans nationaux et infranationaux et en renforçant les interventions essentielles qui favorisent la survie : soins obstétricaux et néonataux d'urgence, soins aux nouveau-nés malades et de petit poids, surveillance des décès et riposte, soins respectueux à l'accouchement, systèmes d'orientation-recours, produits de santé et exploitation des données de routine. Il a élaboré la feuille de route régionale sur les interventions d'auto-prise en charge pour la santé sexuelle et reproductive et les droits connexes et a aidé sept États Membres à institutionnaliser l'auto-prise en charge dans les cadres politiques nationaux. Il a travaillé par le biais de plateformes conjointes avec le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), ONU-Femmes, les communautés économiques régionales et les associations professionnelles. Le Bureau régional a également préparé le document technique sur l'accélération des progrès en matière de santé et de bien-être des femmes, des enfants et des adolescents qui a été examiné par le Comité régional à sa soixante-quatrième session.

Ce qui continue d'entraver les progrès. L'engagement politique a pris le pas sur la mise en œuvre. Les contraintes sont systémiques : financements imprévisibles, pénurie et mauvaise répartition des agents de santé, produits de santé et infrastructures sanitaires peu fiables, et faible coordination multisectorielle sur les déterminants de la santé qui ne relèvent pas du secteur de la santé. La plupart des États Membres ont adopté la surveillance des décès maternels et périnatals et la riposte, mais leur mise en œuvre reste sous-optimale. Les enfants plus âgés, les jeunes adolescents et les personnes âgées sont toujours les populations les moins bien prises en charge.

Coups de projecteur sur les pays

Burkina Faso. L'auto-prise en charge a été institutionnalisée dans le cadre de la politique nationale avec l'intensification de l'auto-injection de DMPA-SC et de la distribution communautaire de contraceptifs oraux par 32 640 agents de santé communautaires. Ce programme a permis d'accroître la prévalence de la contraception, de réduire les besoins non satisfaits et d'atteindre des régions touchées par une insécurité aiguë.

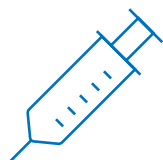
Soudan du Sud. La mortalité des patients hospitalisés à l'hôpital pour enfants Al-Sabah de Juba est passée de 27 % à 3,7 % dans le cadre d'un plan d'amélioration de la qualité soutenu par le Bureau régional.

2.3. Lutte contre les maladies transmissibles et élimination



La dynamique de deux décennies de progrès a été mise à l'épreuve par la contraction des financements intervenue au cours de l'année

Les programmes de lutte contre les maladies infectieuses ont été l'élément moteur de l'amélioration de la couverture dans la Région depuis l'an 2000 et ils représentent toujours la plus grande part de la charge restante. Ces programmes ont également été les plus touchés par la contraction des financements intervenue au cours de l'année écoulée. Les résultats présentés ci-dessous sont évalués par rapport aux cibles mondiales établies pour chaque programme.



La couverture vaccinale a été maintenue et la Région a comblé les lacunes immunitaires consécutives à la pandémie

Les résultats obtenus. Selon les dernières estimations de l'OMS et de l'UNICEF sur la couverture vaccinale nationale, la couverture par la première dose de vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche est restée stable et s'établissait à 83 % en 2024 et en 2025. La couverture par la troisième dose (DTC3) a légèrement augmenté, passant de 75 % à 76 %, tandis que la couverture par la première dose de vaccin à valence rougeole s'est maintenue à 71 % au cours de la même période (10). Seize États Membres ont atteint ou dépassé la cible de 90 % de couverture par le DTC3, tandis que neuf affichaient une couverture inférieure à 70 %. En 2025, la Région comptabilisait 6,6 millions de nouveaux enfants « zéro dose » et 3,0 millions de nouveaux enfants sous-vaccinés, des chiffres globalement inchangés par rapport à l'année 2024 (6,7 millions et 3,1 millions, respectivement). Selon les estimations, 1,9 million de décès futurs ont été évités grâce à la vaccination en 2024 (11).

Le Grand rattrapage, lancé en 2023 par l'OMS, l'UNICEF et Gavi, l'Alliance du vaccin, s'est achevé en juin 2026. Mise en œuvre dans 23 pays prioritaires de la Région, cette initiative a permis d'administrer une première dose du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche à 10,2 millions des 12,4 millions d'enfants ciblés âgés de 12 à 59 mois (82 %). En outre, l'initiative a réussi à intégrer le suivi des personnes non vaccinées, la microplanification et la notification numérique dans les systèmes de routine (12).

Eu égard aux objectifs d'élimination établis dans le Programme pour la vaccination à l'horizon 2030, l'élimination du tétanos maternel et néonatal a été certifiée dans 43 des 47 États Membres (91 %). Les quatre pays qui ne sont pas encore parvenus à éliminer cette maladie sont l'Angola, le Nigéria, la République centrafricaine et le Soudan du Sud, le Nigéria ayant adopté une approche progressive par zone. Le nombre de pays ayant notifié des cas confirmés de rougeole a diminué, passant de 43 en 2024 à 40 en 2025, et sept

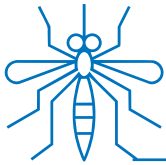
pays n'ont enregistré aucun cas confirmé. L'élimination de la rougeole et de la rubéole a été certifiée à Cabo Verde, à Maurice et aux Seychelles. Les 47 États Membres ont introduit le vaccin contre la rougeole, mais deux d'entre eux n'ont pas encore mis en place la deuxième dose, et 11 pays n'ont pas encore introduit le vaccin contre la rubéole (13).

L'accélération de l'introduction de nouveaux vaccins.

Vingt-cinq des 42 États Membres où le paludisme est endémique ont introduit le vaccin antipaludique avec l'appui de Gavi, l'Alliance du vaccin. La vaccination contre le papillomavirus humain (PVH) est désormais proposée dans 36 États Membres, contre 12 en 2019, six l'ayant introduite pour la première fois en 2025 et le Burundi ayant lancé le vaccin dans tous les districts sanitaires en avril 2026. La couverture par la première dose de PVH est passée de 18 % en 2019 à 43 % en 2024, dépassant la moyenne mondiale de 31 %, ce qui place la Région au deuxième rang, derrière la Région des Amériques (14). De plus en plus souvent, les campagnes visaient à mener plusieurs interventions simultanément : le Kenya a associé le vaccin contre la rougeole et la rubéole au vaccin antityphoïdique conjugué ; l'Éthiopie a administré la vaccination antirougeoleuse parallèlement à la supplémentation en vitamine A et au dépistage de la malnutrition ; et des campagnes d'administration du vaccin antiméningococcique pentavalent ont permis de protéger 3,3 millions de personnes au Tchad, au Niger et au Nigéria.

Les mesures prises par le Bureau régional. Le Bureau régional de l'OMS a apporté un appui aux pays participant au Grand rattrapage en leur fournissant des systèmes de microplanification et de suivi des personnes non vaccinées. Il a également permis d'accroître la capacité de séquençage génomique dans la Région, passant de deux à quatre laboratoires, ce qui a porté de 47 % à 97 % la part des isolats de poliovirus de type 2 séquencés en Afrique. En outre, le Bureau a aidé 12 États Membres d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale à mener des campagnes de vaccination contre la rougeole ou contre la rougeole et la rubéole, touchant 69,6 millions d'enfants.

Ce qui continue d'entraver les progrès. La qualité des données reste l'écueil principal, la sous-estimation des populations cibles conduisant à une surestimation de la couverture administrative. La couverture par la troisième dose a plafonné et la couverture par le vaccin contre le papillomavirus humain reste bien en deçà de la cible de 90 %, en particulier dans les pays où la charge de morbidité est élevée. La transition après la fin de l'appui apporté par Gavi, l'Alliance du vaccin, supposera également que les États Membres assument des coûts qui n'étaient pas supportés auparavant par les mécanismes de financement intérieur.

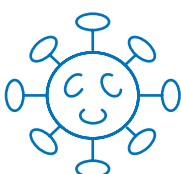


La lutte antipaludique s'est concentrée sur la protection des campagnes visant à prévenir la résurgence de la maladie

Les résultats obtenus. Le paludisme représente toujours la principale charge de morbidité infectieuse dans la Région : responsable de 265 millions de cas et de 580 000 décès en 2024 d'après les estimations, soit 94 % à 95 % de la charge mondiale totale de cette maladie, il touche de manière disproportionnée les enfants de moins de cinq ans. Étant donné que les interventions qui permettent de maîtriser la charge de morbidité sont basées sur des campagnes et qu'elles doivent être mises en œuvre dans des délais précis, la lutte contre le paludisme est particulièrement vulnérable aux perturbations en matière de financement. Malgré ces contraintes, l'exécution des campagnes a été maintenue. La distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et les campagnes saisonnières de chimioprévention du paludisme se sont poursuivies pendant la période de contraction des financements, en s'appuyant sur un cadre des risques de résurgence établi au niveau des districts. Parallèlement, la phase pilote de mise en œuvre du vaccin antipaludique a pris fin, laissant place à l'intégration de ce vaccin dans les calendriers nationaux de vaccination systématique.

Les mesures prises par le Bureau régional. Le Bureau régional a élaboré, en partenariat avec le Partenariat RBM pour en finir avec le paludisme, un cadre de gestion des risques de résurgence au niveau des districts visant à donner la priorité à la protection des campagnes et l'a partagé avec les 47 États Membres. Il a également mis en place la plateforme AMVIRA (« Accelerated Malaria Vaccine Introduction and Rollout in Africa », Introduction et déploiement accélérés des vaccins antipaludiques en Afrique) afin de coordonner l'appui des partenaires aux pays qui introduisent le vaccin antipaludique et de faciliter l'échange entre les pays des enseignements tirés sur le plan opérationnel.

Ce qui continue d'entraver les progrès. La résistance partielle à l'artémisinine a été confirmée dans quatre États Membres, menaçant l'efficacité des traitements de première intention. La couverture vaccinale antipaludique diminue fortement entre la première et la quatrième dose. En outre, comme le vaccin n'est recommandé que dans les zones de transmission modérée à élevée, le ciblage géographique du déploiement génère un sentiment d'inégalité au sein des pays.



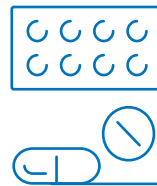
Le VIH, la tuberculose, l'hépatite et les infections sexuellement transmissibles sont une priorité dans un contexte de réduction des financements

La couverture du traitement antirétroviral, mesurée à l'aune des cibles mondiales 95-95-95, s'établit désormais à 83 % des personnes vivant avec le VIH dans la Région. La couverture du traitement contre la tuberculose s'élève à 74 %, contre 52 % en 2020, ce qui représente l'un des rétablissements des services les plus rapides après la pandémie de COVID-19. Vingt-six États Membres ont révisé leurs plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH, la tuberculose et l'hépatite dans un cadre de conception

intégrée unique (section 2.1), ce qui a permis de remplacer trois demandes de financement parallèles par un seul argumentaire de financement et d'intégrer des discussions sur le financement intérieur dans 12 d'entre eux. Le lénacapavir, un médicament injectable deux fois par an pour la prévention du VIH, a commencé à être déployé fin 2025.

Les mesures prises par le Bureau régional. Le Bureau régional a conçu et diffusé le cadre de conception intégré, a aidé les États Membres à élaborer un argumentaire de financement intérieur pour leurs plans révisés et a fourni des orientations normatives et un appui aux pays pour l'introduction d'une prévention à action prolongée du VIH.

Ce qui continue d'entraver les progrès. Un déficit de financement de la lutte contre la tuberculose d'environ 3,6 milliards de dollars É.-U., alors que les besoins annuels s'élèvent à 4,5 milliards de dollars É.-U., constitue le principal obstacle à la recherche et au traitement des cas. L'ONUSIDA a averti que des réductions durables du financement du VIH pourraient entraîner plus de quatre millions de décès supplémentaires liés au sida d'ici 2030. Alors que la Région concentre 63 % des nouvelles infections par l'hépatite B dans le monde, c'est le programme de lutte contre l'hépatite B qui se voit toujours allouer le financement le plus faible des trois programmes. Dans le cadre de la prestation de services intégrés, les services de lutte contre les infections sexuellement transmissibles sont souvent les premiers à être abandonnés lorsque l'intégration est motivée par des considérations financières plutôt que par la cohérence programmatique.



Les programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées ont permis de franchir des étapes en vue de l'élimination tout en préservant le flux des dons de médicaments

Les résultats obtenus. Les maladies tropicales négligées représentent le test le plus révélateur de la capacité de la Région à maintenir un bien public qui dépend presque entièrement des dons de produits de santé et de la logistique nécessaire pour les acheminer. Un gel des financements survenu au début de l'année 2025 a mis en péril ces deux éléments. En dépit de cette situation, plus de 28,4 millions de doses de médicaments issus de dons ont été livrées dans 16 États Membres, malgré un gel de financements d'un montant de 170 millions de dollars É.-U., le taux de gaspillage ayant été maintenu sous la barre des 3 %. Au cours de la période visée par le rapport, le Burundi, le Sénégal et l'Algérie ont éliminé le trachome en tant que problème de santé publique (15), portant à 10 le nombre de pays ayant éliminé le trachome dans la Région. Le Kenya a également éliminé la trypanosomiose humaine africaine en août 2025, après une baisse du nombre de cas dans la Région, qui est passé de 26 574 en l'an 2000 à 583 en 2024.

Ces étapes s'appuient sur des bases établies sur le long terme. Les résultats enregistrés en matière d'élimination cette année s'inscrivent dans le droit-fil des efforts engagés par les États Membres au fil des ans. En 2022, le Togo est devenu le premier pays au monde où l'élimination de quatre maladies tropicales négligées a été validée. Cabo Verde a été certifié exempt de paludisme en janvier 2024, devenant ainsi le troisième pays de la Région à obtenir ce statut après Maurice

(en 1973) et l'Algérie (en 2019). En mai 2025, le Botswana a obtenu la certification de l'étape « or » sur la voie de l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH, devenant ainsi le premier pays à forte charge de morbidité au monde à franchir cette étape. Les étapes présentées ici témoignent des efforts soutenus déployés par les programmes, les agents de santé et les communautés, mais elles sont le fruit d'un engagement de longue date. Ce chapitre fait référence à l'année où les résultats se sont concrétisés, et non à l'année où les travaux ont débuté.

Les mesures prises par le Bureau régional. Le Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées et ses partenaires ont protégé la chaîne d'approvisionnement en médicaments issus de dons pendant le gel de financements et réorienté les stocks vers des sites où ils pourraient être utilisés avant la fin de leur durée de conservation. Le Bureau régional a également apporté son appui à la Guinée et au Kenya dans la préparation et la validation de dossiers. En outre, la Conférence internationale sur la recherche sur les maladies tropicales négligées et la lutte contre ces maladies (InCORNTD), qui s'est tenue à Kigali en janvier 2025, a établi un processus de transfert de données factuelles relatives à l'élimination entre les États Membres. Ces résultats reflètent un effort conjoint du Bureau régional, des partenaires du Projet spécial élargi, des fabricants donateurs et des programmes nationaux.

Ce qui continue d'entraver les progrès. L'administration massive de médicaments dépend du financement des campagnes, qui devient de plus en plus incertain. La République démocratique du Congo supporte toujours la plus lourde charge résiduelle de trypanosomiose humaine africaine, et les ressources allouées à la surveillance post-validation restent insuffisantes dans toute la Région.

Coups de projecteur sur les pays

Rwanda. Le taux de couverture par le vaccin contre le papillomavirus humain s'élève à 98 % grâce à une campagne de vaccination en milieu scolaire, le modèle le plus reproductible de la Région.

Guinée et Kenya. L'élimination de la trypanosomiose humaine africaine en tant que problème de santé publique est le fruit de plus de 20 ans d'efforts en matière de recherche de cas, de lutte antivectorielle et de traitement menés avec l'appui du Bureau régional et des partenaires.

Nigéria. Le financement intérieur de la lutte contre la tuberculose a augmenté et l'engagement a été pris d'accroître le financement intérieur de la lutte contre le VIH, dans le cadre d'un plan national chiffré.

2.4. Maladies non transmissibles et santé mentale



La Région fait face à une lame de fond qu'elle ne peut pas repousser

Où en est la Région. Les maladies non transmissibles représentaient 37 % de l'ensemble des décès dans la Région en 2019, contre 24 % en l'an 2000, et environ 64 % des décès qui leur étaient imputables survenaient avant l'âge de 70 ans (16). En 2021, la probabilité de mortalité prématurée due à l'une des quatre principales maladies non transmissibles sévissant dans la Région était de 21 %,

un chiffre dépassant la moyenne mondiale de 18 % (17). Ce taux augmente avec le vieillissement et l'urbanisation des populations. On estime que 150 millions de personnes vivent avec un problème de santé mentale dans la Région. Les dépenses publiques consacrées à la santé mentale sont de 0,5 dollars É.-U. par personne et par an, et le taux de non-prise en charge des problèmes de santé mentale courants dépasse 80 %. Ces services comptent parmi les moins bien pris en compte par l'indice de couverture. Les mesures visant à agir sur les causes – telles que le tabac, l'alcool, la consommation de sel, la sédentarité ou encore la pollution de l'air – sont abordées au chapitre 4, tandis que cette section se concentre sur la prestation de services.

Les résultats obtenus en matière de prestation de services. L'ensemble d'interventions essentielles de l'OMS contre les maladies non transmissibles est désormais mis en œuvre au niveau des soins de santé primaires dans 31 États Membres. Le modèle « Women's Integrated Cancer Services » (services intégrés de lutte contre les cancers féminins) a permis de toucher plus de 17 000 femmes en Côte d'Ivoire, au Kenya et au Zimbabwe, soit six fois plus qu'auparavant, en combinant le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein, le traitement des lésions précancéreuses et la vaccination contre le papillomavirus humain en une seule et même consultation. La quatrième Réunion de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles, qui s'est tenue le 25 septembre 2025, a fixé des objectifs accélérés à l'horizon 2030 sur la base desquels la Région rendra désormais compte de ses progrès.

Les résultats obtenus : la prise en charge des maladies chroniques graves au niveau du district. Pour la plupart des personnes atteintes de diabète de type 1, de drépanocytose ou de cardiopathie rhumatismale dans la Région, le spécialiste le plus proche se trouve toujours à plusieurs heures de route. Il s'agit d'un problème de disponibilité des services, pas d'un problème de connaissance. Le programme PEN-Plus, qui étend la prise en charge des affections graves aux hôpitaux de premier niveau de recours où des cliniciens de district formés et encadrés fournissent des services auparavant disponibles uniquement dans les centres de niveau de soins tertiaire, est désormais actif dans plus de 120 établissements répartis dans 20 États Membres, apportant un soutien à plus de 170 000 personnes. Le Rwanda a atteint une couverture nationale du programme PEN-Plus et est ainsi devenu le premier État Membre à y parvenir. La troisième Conférence internationale sur PEN-Plus, qui s'est tenue à Dar-es-Salaam en juin 2026, a permis aux États Membres de partager leurs expériences en matière de mise en œuvre et d'identifier les priorités pour accélérer l'accès équitable.

Les résultats obtenus en matière de santé mentale. Grâce à l'Initiative spéciale du Directeur général pour la santé mentale, 1,3 million de personnes au Ghana et 2,7 millions de personnes au Zimbabwe ont eu accès à des services de santé mentale au cours de la période visée par le rapport, et plus de 50 000 ont bénéficié d'un soutien psychosocial – la plus importante expansion des soins de santé mentale au niveau communautaire documentée dans la Région. Les soins neurologiques ont été étendus dans huit États Membres dans le cadre du Plan d'action mondial intersectoriel sur l'épilepsie et les autres troubles neurologiques.

Les mesures prises par le Bureau régional. Le Bureau régional a fourni des protocoles cliniques et un modèle de mentorat pour la prise en charge des maladies chroniques graves au niveau des districts sans soutien spécialisé sur

place, et il a aidé les États Membres à faire passer PEN-Plus de projets pilotes bénéficiant d'un soutien aux programmes nationaux. Les initiatives comprenaient l'intégration des services de lutte contre le cancer du col de l'utérus et du sein à la vaccination contre le papillomavirus humain, sur une plateforme unique, et la traduction des objectifs de la quatrième Réunion de haut niveau en étapes clés nationales. Le Bureau régional a établi et lancé le premier tableau de bord de l'OMS pour la santé mentale en Afrique, qui regroupe les indicateurs de l'Atlas de la santé mentale, des enquêtes STEPS et de la base de données mondiale sur la charge de morbidité. Il a également mis en œuvre le modèle d'intégration de la santé mentale à base communautaire au Ghana et au Zimbabwe, et a aidé Eswatini à mener à bien une analyse et un plan nationaux sur la prévention du suicide.

Ce qui continue d'entraver les progrès. Seuls 38 % des États Membres ont pleinement établi des lignes directrices nationales relatives aux maladies non transmissibles et 44 des 47 États Membres ne disposent pas de données sur la mortalité par cause qui répondent aux normes de l'OMS, ce qui signifie que la Région est en train de faire face à la plus lourde charge qu'elle ait jamais supportée sans pouvoir s'appuyer sur des données fiables relatives à la mortalité. La disponibilité des médicaments essentiels, notamment l'insuline, les antihypertenseurs à dose fixe et l'hydroxyurée, reste aléatoire au niveau des établissements, et PEN-Plus n'est pas encore institutionnalisé dans les budgets nationaux. Les programmes de santé mentale ont été les plus durement touchés par la contraction des financements. Le soutien suivi est passé d'environ 981 850 personnes en 2024 à 207 030 personnes en 2025, tandis que le nombre d'agents de santé formés est passé de 55 911 à 5908 en une seule année. Sur les 34 États Membres ayant communiqué des données, 25 disposent d'une politique en matière de santé mentale, tandis que seuls sept ont mis en place une intégration effective des services de santé mentale dans les soins de santé primaires. Une politique sans intégration ne permet pas de fournir des soins.

Coups de projecteur sur les pays

Côte d'Ivoire. Le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein, le traitement des lésions précancéreuses et la vaccination contre le papillomavirus humain sont dispensés aux femmes et aux filles en une seule consultation, sur la même plateforme.

Rwanda. La couverture nationale par PEN-Plus est atteinte, ce qui montre que la prise en charge des maladies chroniques graves peut être transposée à une plus grande échelle dans le cadre d'un budget national.

Ghana et Zimbabwe. L'intégration de la santé mentale à l'échelle communautaire touche quelque 4 millions de personnes grâce à la plateforme de soins de santé primaires.



2.5. Capacité en matière de services et accès aux services



Le maillon faible a commencé à être traité comme tel au cours de l'année écoulée

Où en est la Région. La capacité en matière de services et l'accès aux services constituent le plus faible des quatre sous-indices de couverture, avec 43 points sur 100 en 2023, et ils sont à la base de tous les autres résultats présentés dans ce chapitre. La Région compte 3,1 médecins et 13,3 personnels infirmiers et obstétricaux pour 10 000 habitants (2024), soit 16,4 agents de santé au total, c'est-à-dire environ 37 % du niveau établi dans l'indicateur des objectifs de développement durable et le plus bas niveau de toutes les Régions de l'OMS. Si l'on analyse ces chiffres au regard des besoins, elle dispose de moins de la moitié (46 %) des effectifs dont elle a besoin. Le nombre d'agents de santé augmente, passant de 4,3 millions en 2018 à 5,7 millions en 2024, mais pas assez rapidement pour suivre le rythme de la croissance démographique et de la demande qui ne cesse d'augmenter. Mais le problème va au-delà du nombre : on estime qu'un million d'agents de santé formés dans la Région restent sans emploi ou sous-employés, tandis que les établissements ruraux et mal desservis continuent de faire face à des pénuries de personnel. Cela reflète une défaillance du marché du travail de la santé, en matière de rémunération, de répartition géographique et de réglementation professionnelle, que les objectifs fixés en matière de recrutement ne résoudront pas à eux seuls.

Le résultat le plus important a résidé dans une série d'engagements pris par les pays en matière d'emploi.

L'Éthiopie s'est engagée à créer 39 000 postes ; le Zimbabwe s'est engagé à en créer 32 000, parallèlement à une augmentation en termes réels du budget de la santé de plus de 30 % ; le Kenya s'est quant à lui engagé à créer 20 000 postes ; la République centrafricaine 2000 ; et Eswatini au moins 1000. Au total, ces engagements avoisinent les 100 000 postes et constituent le changement politique le plus important enregistré sur une seule année en matière d'emploi des personnels de santé dans la Région. Le gel des embauches a été levé en Eswatini. En novembre 2025, les États Membres ont adopté le Programme de gestion des personnels de santé en Afrique 2026-2035, structuré autour de la planification, de la formation et de la rétention des personnels. Des curriculums fondés sur les compétences ont été lancés pour 10 professions de santé prioritaires, et 10 États Membres ont fait progresser la Charte d'investissement dans les ressources humaines en santé en Afrique.

Trente-huit États Membres (81 %) ont mené à bien leur autoévaluation de la fonctionnalité du système d'information sanitaire en 2024, ce qui porte le niveau de maturité régionale à 59 % et le place dans la première tranche de l'échelle à cinq niveaux de l'OMS. Le profil par domaine est révélateur : le domaine de la communication et de l'utilisation des données a obtenu le score le plus élevé (64 %), tandis que celui de la production et de la gestion des données a enregistré le score le plus faible (52 %). La Région est plus performante dans l'utilisation et la présentation des données que dans la production, à la source, de données complètes et de haute qualité. DHIS2 est désormais utilisé dans 43 des 47 États Membres, offrant une plateforme sur

laquelle pourront être développées les capacités d'analyse de données de la prochaine décennie.

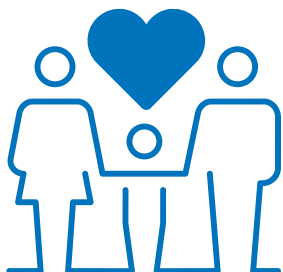
La stratégie régionale visant à renforcer la réadaptation au sein des systèmes de santé pour la période 2025-2035 a été adoptée lors de la soixante-quinzième session du Comité régional de l'Afrique, en cohérence avec l'initiative Réadaptation 2030 de l'OMS et la résolution WHA76.6 (2023). Pour la première fois, elle offre aux États Membres un cadre commun permettant d'intégrer la réadaptation dans les systèmes de santé, plutôt que de la considérer comme un service spécialisé complémentaire. Les besoins sont considérables et continuent de croître. En 2020, plus de 210 millions de personnes dans la Région africaine de l'OMS, soit environ une personne sur cinq, avaient besoin de services de réadaptation (18), et le nombre d'années vécues avec une limitation fonctionnelle a augmenté de 125 % entre 1990 et 2019. La sécurité routière, principal facteur de traumatismes dans la Région, est examinée au chapitre 4 (section 4.5) en tant que déterminant.

Les mesures prises par le Bureau régional. Le Bureau régional a élaboré le Programme de gestion des personnels de santé en Afrique ainsi que les programmes d'enseignement axés sur les compétences, avec la contribution de plus de 300 experts. Il a également coorganisé, avec le Ghana, le deuxième Forum africain sur l'investissement dans les ressources humaines en santé, tenu en mai 2026. En outre, il a aidé les États Membres dans la réalisation de l'évaluation de la fonctionnalité des systèmes d'information sanitaire et dans la mise en œuvre des mesures découlant de ses résultats, et il a élaboré la stratégie régionale pour la réadaptation adoptée par le Comité régional.

Ce qui continue d'entraver les progrès. Les engagements pris en faveur de la création de nouveaux postes ne se sont pas encore traduits par des postes effectivement financés et pourvus, alors que c'est ce taux de concrétisation qui constitue le véritable indicateur de progrès. La planification des personnels de santé demeure fragmentée entre les ministères de la santé, des Finances, de l'Éducation et du Travail, tandis que le financement des effectifs reste fortement tributaire des financements extérieurs dans au moins 14 États Membres. Les données de routine demeurent incomplètes, la couverture des systèmes d'enregistrement des faits et de statistiques d'état civil reste insuffisante, et la numérisation au niveau des établissements de santé reste limitée. Les traumatismes ne sont pas systématiquement mesurés, ce qui complique l'établissement de priorités équitables en matière de besoins de réadaptation par rapport à d'autres affections mieux documentées.

Coup de projecteur sur un pays

Éthiopie. La création de 39 000 nouveaux postes dans le cadre d'une réforme plus large des personnels de santé, couvrant les agents de santé communautaires et les services intégrés de nutrition, illustre le fait que l'investissement dans les personnels de santé constitue le socle commun sur lequel reposent tous les résultats présentés dans ce chapitre.



2.6. Genre, prévention et lutte contre l'exploitation, les abus et le harcèlement sexuels



Les résultats sanitaires dépendent des personnes atteintes, des personnes protégées et des personnes qui dispensent les soins

Le genre influence chacun des résultats présentés dans ce chapitre : il détermine qui tombe malade, qui accède à temps aux soins et qui dispense ces soins. Les femmes et les filles se heurtent à des obstacles spécifiques pour accéder aux services de santé reproductive, maternelle et des adolescents, aux services liés au VIH ainsi qu'aux soins relatifs aux maladies non transmissibles. Les femmes représentent également environ sept membres sur dix des personnels de santé et d'aide à la personne dans la Région, mais demeurent sous-représentées aux postes de direction. La prévention et la lutte contre l'exploitation, les abus et le harcèlement sexuels constituent l'autre volet de ce programme : il s'agit à la fois d'une obligation de protection et d'une condition indispensable à la confiance sur laquelle repose toute prestation de services de santé. Les risques sont les plus élevés dans les contextes de fragilité et d'urgence, où les interventions de la Région sont les plus importantes. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique met en œuvre le principe consistant à « ne laisser personne de côté » en intégrant l'égalité des genres, l'équité en santé et les droits humains, afin de veiller à ce que les besoins des populations les plus vulnérables et marginalisées soient pris en compte.

L'unité en charge de l'égalité des genres, de l'équité en santé et des droits humains a été repositionnée, avec les activités de prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels, sous l'autorité directe du Bureau du Directeur régional, afin de renforcer sa visibilité, sa supervision et son intégration transversale.

Les résultats obtenus. La capacité à intégrer les questions de genre, d'équité et de droits humains dans les politiques, stratégies et plans de santé a été renforcée par une évaluation stratégique de référence biennale menée dans 41 pays. La plupart des bureaux de pays ont atteint un niveau de maturité « en développement » ou « satisfaisant », tandis que les ministères de la santé présentaient une répartition plus homogène entre les différents niveaux, aucun n'ayant encore atteint le niveau de maturité le plus élevé. Les conclusions de cette évaluation servent à orienter un appui technique différencié au niveau des pays, et le rapport d'évaluation est en cours de préparation pour publication. Un nouvel outil de suivi a enregistré 35 demandes d'assistance technique au cours de la période considérée, contre 17 l'année précédente. Trente-cinq équipes de pays ont mis en œuvre les mesures prioritaires des Initiatives spéciales de programmation sur l'égalité des genres, l'équité en santé et les droits humains. Par ailleurs, cinq équipes de pays, à savoir le Ghana, le Malawi, le Kenya, le Sénégal et le Rwanda, ont renforcé leurs compétences et leurs capacités dans ces domaines de programmation.

Le dialogue sur les politiques, les activités de plaidoyer et les partenariats en faveur de l'intégration de l'égalité des genres, de l'équité en santé et des droits humains ont été renforcés grâce à une consultation régionale sur le projet de Plan d'action mondial pour la santé des peuples autochtones. Les activités de mobilisation des ressources ont permis d'intégrer les considérations relatives à l'égalité des genres, à l'équité en santé et aux droits humains dans les propositions de 15 pays soumises au Fonds de lutte contre les pandémies, ainsi que dans les propositions présentées à la Banque africaine de développement en vue du renforcement des systèmes de santé et de la préparation aux situations d'urgence.

L'égalité des genres, l'équité en santé et les droits humains ont été intégrés dans les lignes directrices relatives à la planification opérationnelle pour 2026-2027, et le marqueur pour l'égalité des genres a été appliqué aux produits et services prévus pour la période 2026-2027. Huit pays de référence ont été désignés pour le suivi de l'indicateur programmatique relatif à l'égalité des genres, aux droits humains et à l'équité en santé. L'unité a également soutenu l'examen des plans stratégiques nationaux de santé afin d'évaluer dans quelle mesure ils prennent en compte l'égalité des genres, l'équité en santé et les droits humains.

L'unité a poursuivi son appui à l'initiative Women's Leadership Engagement and Strategic Planning, engagement des femmes dans le leadership et la planification stratégique, financée par la Fondation Gates, afin de renforcer la responsabilité des dirigeants et la culture organisationnelle en faveur du leadership des femmes dans la Région.

Les capacités institutionnelles ont été renforcées grâce à une formation obligatoire à la PRSEAH du personnel de l'OMS, complétée par des initiatives de renforcement des capacités à grande échelle ayant bénéficié à plus de 41 000 agents des ministères de la santé et membres du personnel des partenaires d'exécution. La participation communautaire et les efforts de prévention se sont également considérablement développés : rien qu'en 2025, plus de 2600 activités de sensibilisation ont permis de diffuser les principaux messages relatifs à la PRSEAH auprès de plus de 14 millions de membres des communautés.

L'un des temps forts de la période considérée a été la première Conférence stratégique africaine sur la prévention et la lutte contre l'inconduite sexuelle dans le cadre des opérations sanitaires conjointes de l'OMS et des États Membres. Cette conférence a réuni des représentants de 42 États Membres afin de faire progresser la mise en œuvre du Cadre de responsabilisation OMS-États Membres en matière de PRSEAH, approuvé par le Conseil exécutif lors de sa 156e session et par l'Assemblée mondiale de la Santé lors de sa Soixante-Dix-Huitième session. Les États Membres ont examiné les progrès accomplis, échangé sur les bonnes pratiques et arrêté six domaines d'action prioritaires au niveau régional pour orienter la mise en œuvre au niveau national. Le Cadre d'engagement régional qui en est issu sera soumis au Comité régional de l'Afrique pour examen.

La PRSEAH est désormais pleinement institutionnalisée en tant que pilier spécifique du Système régional de gestion des incidents et est intégrée à toutes les interventions d'urgence de niveaux 2 et 3 menées dans la Région. Ainsi, la riposte actuelle à la maladie à virus Ebola comprend des capacités dédiées à la PRSEAH au sein de son équipe de gestion des incidents.

En juillet 2025, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a achevé la troisième et dernière phase de deux projets mis en œuvre par les organisations non gouvernementales locales Heal Africa et *Dynamique des Femmes Juristes*. Ces projets ont permis d'apporter un soutien médical, psychosocial, juridique et socioéconomique intégré aux victimes et aux survivants des cas historiques liés à la dixième flambée de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo. Le Bureau régional a également achevé et validé une cartographie complète des services internes et externes de soutien aux victimes et aux survivants, qui sera actualisé chaque année. Les mécanismes de partenariat et de responsabilisation ont en outre été renforcés : plus de 90 % des partenaires d'exécution intervenant dans les pays de la Région les plus exposés aux risques ont été évalués au moyen de l'outil d'évaluation commune des partenaires d'exécution et enregistrés sur le Portail des partenaires de l'ONU. En outre, des référents pour la PRSEAH ont été désignés dans plus de 90 % des ministères de la santé.

Les mesures prises par le Bureau régional. Le Bureau régional a mis en œuvre la politique institutionnelle de l'OMS relative à la prévention et à la lutte contre l'inconduite sexuelle, ainsi que le Protocole des Nations Unies sur l'assistance aux victimes et aux survivants. Il a également renforcé, dans les 47 bureaux de pays, les dispositifs relatifs aux référents, aux mécanismes de signalement accessibles et aux systèmes d'orientation centrés sur les survivants en ce qui concerne la PRSEAH. En outre, il a renforcé les capacités du personnel, des partenaires et des homologues nationaux, intégré les exigences relatives à la PRSEAH dans les accords de subvention et les contrats, et soutenu une planification tenant compte de la dimension de genre, les analyses de genre ainsi que la collecte et l'utilisation de données ventilées par sexe. Ces activités ont été rendues possibles grâce à l'appui de partenaires engagés, notamment la Fondation Gates, le Foreign, Commonwealth and Development Office du Royaume-Uni, ainsi que des partenaires des Nations Unies, dont ONU Femmes, le Fonds des Nations Unies pour la population et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance.

Les obstacles restant à surmonter pour progresser. La sous-déclaration demeure le principal obstacle : les cas d'abus continuent d'être largement sous-signalés, tandis que les services centrés sur les survivants restent inégalement disponibles. Les autres priorités consistent désormais à maintenir les capacités en matière de PRSEAH malgré la contraction des financements, à combler les lacunes dans les données ventilées par sexe et à faire passer la question du genre d'un principe d'intégration à un résultat mesurable.

2.7. Recommandations du Secrétariat aux États Membres :

- **Cibler** les districts et les populations supportant la plus grande part des besoins non satisfaits, la concentration géographique, plus que le type de services, étant désormais le principal facteur à l'origine des écarts de couverture dans la Région.
- **Comblé** les lacunes du continuum de soins pour les femmes et les nouveau-nés en rendant pleinement opérationnels les systèmes de surveillance et de riposte aux décès maternels et périnataux, et en mesurant si les services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence sont effectivement accessibles ; à ce jour, la Région n'est pas en mesure d'évaluer les progrès réalisés dans ce domaine.
- **Chiffrer** et financer les plans stratégiques intégrés révisés, en les présentant aux ministères des Finances sous la forme d'une demande consolidée plutôt que de trois demandes distinctes, et garantir la pérennité des traitements et des campagnes qui ne peuvent être rattrapés a posteriori.
- **Financer** la surveillance post-validation et les coûts liés à la transition après le soutien de Gavi au moyen de lignes budgétaires permanentes, afin que les acquis de cette année ne soient pas remis en cause l'année suivante.
- **Transformer** les engagements pris en matière de personnel de santé en postes effectivement financés et pourvus, et rendre compte du taux de concrétisation de ces engagements.
- **Investir** dans la production des données à la source, qui demeure le maillon le plus faible des systèmes d'information de la Région et explique la visibilité insuffisante des principaux fardeaux de morbidité, à savoir les maladies non transmissibles et les traumatismes.
- **Réduire** les paiements directs des ménages comme objectif explicite des politiques de santé, parallèlement à l'élargissement de la couverture des services, afin de garantir que les progrès en matière d'accès aux soins ne se fassent pas au détriment des ménages.
- **Faire** de l'objectif consistant à ne laisser personne de côté une priorité dans l'accélération de la réalisation des objectifs de développement durable et de la couverture sanitaire universelle en intégrant les considérations de genre, d'équité et de droits humains et en réduisant les inégalités liées au genre.

Références du chapitre 2

1. World Health Organization (WHO) and World Bank (2025) Tracking universal health coverage: 2025 global monitoring report. Geneva: World Health Organization.
2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2025) The path to end AIDS: 2025 global AIDS update. Geneva: UNAIDS.
3. United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group (MMEIG) (2023) Maternal mortality: Estimates of the United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group (MMEIG). New York: United Nations.
4. Organisation mondiale de la Santé (2024) Grossesse chez les adolescents : principaux repères. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Disponible à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy> (Consulté le)
5. Seychelles
6. Botswana, Seychelles, Mauritius, Algeria, Cabo Verde, the Comoros, Sao Tome and Principe, South Africa, Malawi, Namibia, Burkina Faso, Gabon, Rwanda, the Congo, Zambia, Senegal and Eswatini.
7. The Comoros, the Gambia, Algeria, Eswatini, Ghana, Cabo Verde, Sierra Leone, Lesotho, Sao Tome and Principe, Malawi, South Africa, Senegal, Zimbabwe and Togo.
8. Sao Tome and Principe, Algeria, Cabo Verde, Zimbabwe, the Comoros, Eswatini, Malawi, Ghana, South Africa, the Congo, the Gambia, Sierra Leone, Kenya, Lesotho and Togo.
9. Eswatini, Madagascar, Namibia, Lesotho and Kenya.
10. World Health Organization (WHO) and United Nations Children's Fund (UNICEF) (2026) WHO and UNICEF estimates of national immunization coverage: 2025 revision. Geneva: World Health Organization and UNICEF.
11. World Health Organization (WHO) (2026) Immunization Agenda 2030 scorecard: WHO African Region (Impact Goal 1.1). Geneva: World Health Organization.
12. World Health Organization Regional Office for Africa (WHO AFRO) (2026) Big Catch-Up regional monitoring dashboard. Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa. June.
13. Chad, the Central African Republic, Equatorial Guinea, Ethiopia, Gabon, Guinea, Guinea-Bissau, Liberia, Madagascar, the Niger and South Sudan.

14. World Health Organization (WHO) (2026) Human papillomavirus (HPV) vaccination coverage. WIISE online database. Disponible à l'adresse: [https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/human-papillomavirus-\(hpv\)-vaccination-coverage](https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/human-papillomavirus-(hpv)-vaccination-coverage) (Consulté le 24 juillet 2026).
15. Chad, the Central African Republic, Equatorial Guinea, Ethiopia, Gabon, Guinea, Guinea-Bissau, Liberia, Madagascar, the Niger and South Sudan.
16. World Health Organization (2025) Non-communicable diseases in the WHO African region: Analysis of risk factors, mortality, and responses based on WHO data. Scientific Reports, 15, 97180. Disponible à l'adresse: <https://www.nature.com/articles/s41598-025-97180-3> (Consulté le 24 juillet 2026).
17. World Health Organization (WHO) (n.d.) Probability of dying between exact ages 30 and 70 from cardiovascular disease, cancer, diabetes or chronic respiratory disease. Global Health Observatory. Disponible à l'adresse: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3354> (Consulté le 24 juillet 2026).
18. World Health Organization Regional Office for Africa (WHO AFRO) (2025) Regional strategy to strengthen rehabilitation in health systems 2025–2035 (AFR/RC75/6). Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa.



Dative serre tendrement sa fille dans la salle d'attente du poste de santé de Musovu, dans le district de Bugesera, au Rwanda.



Riposte de l'OMS face à la maladie à virus Ebola causée par le virus Bundibugyo, Ouganda, 24 juin 2026

© OMS / Natalie Ridgard

Chapitre

3.

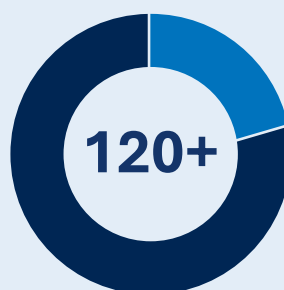
Protéger les populations grâce au renforcement de la sécurité sanitaire



UNE LOURDE ET PERSISTANTE CHARGE

+120

situations d'urgence de santé publique enregistrées chaque année dans la Région africaine



80%
Flambées épidémiques



20%
Crise humanitaire



Les situations d'urgence récurrentes, concomitantes et interconnectées continuent de menacer la santé, de perturber les services et d'accroître les vulnérabilités dans toute la Région.

Pour la Région africaine, la période 2025-2026 n'a pas été marquée par des flambées épidémiques isolées sur fond de situation sanitaire stable ; la situation de référence était celle d'urgences récurrentes. La flambée de maladie à virus Ebola (MVE) survenue à Bulape, suivie des flambées de maladie à virus Ebola due au virus Bundibugyo (BDBV) en République démocratique du Congo et en Ouganda, s'est déroulée parallèlement à des flambées de choléra, de mpox, de maladie à virus Marburg, de méningite et de dengue, ainsi qu'à des inondations et à des crises humanitaires. Ces événements figuraient parmi les plus de 120 urgences de santé publique enregistrées chaque année dans la Région, dont 80 % étaient des flambées épidémiques et les 20 % restants des crises humanitaires (1).

En 2025, le nombre de pays touchés par le choléra a été plus élevé qu'au cours des trois années précédentes, avec 245 472 cas, dont 5344 décès, soit un taux de létalité de 2,2 %, recensés dans 24 pays (2), compromettant les progrès accomplis vers les objectifs d'élimination du choléra à l'horizon 2030. Entre juillet 2025 et juin 2026, la propagation du mpox s'est poursuivie, atteignant 21 306 cas confirmés et 121 décès, soit un taux de létalité de 0,6 %, dans 30 pays, malgré la levée de son statut d'urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) en 2025. D'autres flambées ont également entraîné des répercussions importantes, notamment celles de la fièvre de Lassa, de la dengue, de la fièvre de la Vallée du Rift et de la diphtérie, auxquelles se sont ajoutés des phénomènes liés au changement climatique, tels que des inondations et des cyclones ayant frappé l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe.

En septembre 2025, les amendements de 2024 au Règlement sanitaire international (RSI) sont entrés en vigueur dans 46 États Membres de la Région africaine. Par ailleurs, en mai 2026, un regroupement de cas d'infection à hantavirus survenu à bord d'un navire de croisière a mobilisé 23 référents nationaux RSI répartis sur quatre continents dans le cadre d'une riposte coordonnée, illustrant concrètement la mise en œuvre du RSI. Les capacités de préparation se renforcent, les pays intervenant avec une autonomie croissante, tandis que les interventions gagnent en rapidité : la flambée de maladie à virus Ebola à Bulape a été maîtrisée en 88 jours. La flambée actuelle de maladie à virus Ebola due au virus Bundibugyo rappelle toutefois avec force combien la gestion des urgences de santé publique devient plus complexe lorsqu'elles se superposent à des conflits armés.

La contribution de la Région à la mission « protéger la santé » du quatorzième programme général de travail consiste à prévenir les urgences sanitaires, à s'y préparer, à les détecter et à y riposter, afin qu'un choc localisé ne se transforme pas en catastrophe touchant de multiples communautés. Comme dans les autres chapitres du présent rapport, ces efforts reposent sur un principe commun : les capacités mises en place pour faire face aux urgences sont conçues pour perdurer. Ainsi, la plateforme de soins de santé primaires qui assure les services de routine, les personnels mobilisés lors d'une flambée, le réseau de laboratoires capable de séquencer un poliovirus ou encore le système de surveillance permettant de détecter rapidement un événement continuant de servir les populations une fois l'urgence passée.

Le présent chapitre montre comment cet objectif a pu être atteint au travers de six domaines de résultats : le renforcement de la préparation aux situations d'urgence ; le renforcement de la surveillance collaborative et des systèmes

d'alerte précoce, conformément aux amendements de 2024 au RSI ; l'accélération de la maîtrise des flambées grâce à des personnels pouvant être déployés de part et d'autre des frontières en quelques heures tout en laissant des capacités durables dans les pays ; la mise à profit des infrastructures de lutte contre la poliomyélite, qui protègent désormais la Région contre bien d'autres menaces que cette seule maladie ; une riposte « Une seule santé » de la lutte contre la résistance aux antimicrobiens, qui contribue à préserver l'efficacité des traitements disponibles et la continuité des services de santé essentiels.

Dans le contexte décrit au chapitre 1, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a collaboré avec les États Membres afin de renforcer durablement les capacités nationales. Les réformes institutionnelles qui ont soutenu cette action sont examinées au chapitre 5, les mécanismes de financement sur lesquels elle repose sont présentés au chapitre 6, et les initiatives en faveur de la résilience auxquelles elle contribue sont exposées au chapitre 7.

3.1. Des pays prêts à faire face aux menaces pour la santé publique et à prévenir la propagation transfrontalière des agents pathogènes

La présente section rend compte de la contribution de la Région aux fonctions de préparation et de riposte de la mission « protéger la santé ». Elle porte sur la mise en place des cadres juridiques et des capacités de préparation nécessaires pour détecter et prévenir les menaces à haut risque, évaluer les capacités de préparation et définir les priorités permettant de protéger la santé et de limiter les conséquences socioéconomiques des situations d'urgence.



Riposte de l'OMS face à la maladie à virus Ebola causée par le virus Bundibugyo, Ouganda, 24 juin 2026

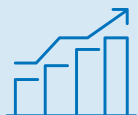
© OMS / Natalie Ridgard

Principaux résultats



Les 47 États Membres

ont adopté les amendements de 2024 au RSI et 46 d'entre eux ont achevé les procédures nécessaires à leur entrée en vigueur en 2025 ; 13 ont créé une autorité nationale compétente en matière de RSI, l'un des nouveaux dispositifs introduits par ces amendements.



Les rapports annuels d'autoévaluation des États Parties

ont été soumis dans leur intégralité pour la neuvième année consécutive. La moyenne régionale des capacités essentielles requises au titre du RSI est passée de 42 % en 2018 à 51 % en 2025, la plus forte progression ayant été enregistrée dans le domaine de la surveillance. Les modalités de mise en œuvre du RSI en Afrique sont présentées dans le premier rapport annuel de la Région consacré au RSI.



Au total, 41 des 47 États Membres (87 %)

ont achevé un deuxième cycle d'évaluation externe conjointe (EEC) des capacités essentielles requises au titre du RSI. En 2025, dix pays avaient atteint le niveau 3 (« capacité en développement ») ou un niveau supérieur, contre un seul en 2016 ; seuls trois pays se situaient encore au niveau de capacité le plus faible (niveau 1) en 2025, contre 27 en 2016. Quarante-et-un pays ont utilisé les résultats de leur EEC pour élaborer un plan d'action national pour la sécurité sanitaire (PANSS), et 225 millions de dollars É.-U. provenant du Fonds de lutte contre les pandémies ont été mobilisés afin de renforcer les capacités essentielles requises au titre du RSI.



Au cours de la période considérée,

11 pays supplémentaires (portant leur nombre total à 35) ont établi leur profil de risques à l'aide de la boîte à outils stratégique pour l'évaluation des risques. En outre, un système innovant d'échange de données sur la préparation (Preparedness Data Exchange, PDX), fondé sur l'intelligence artificielle, a été mis au point. Ce système intégré de renseignement sur la préparation sert de plateforme d'alerte précoce multirisques et intègre des mesures préventives et prédictives ; il couvre désormais les 47 pays de la Région.



En juin 2026, 19 pays (contre cinq en 2023)

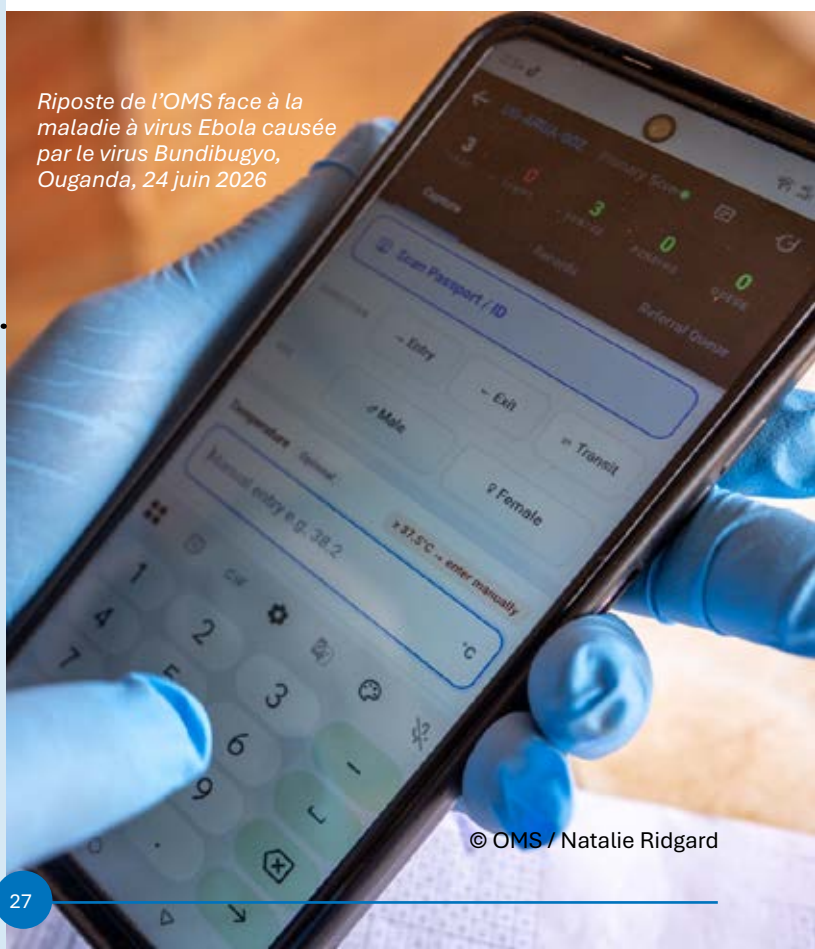
avaient défini leurs domaines d'intervention multisectorielle prioritaires (Priority Areas for Multisectoral Interventions, PAMI), condition préalable à l'élimination du choléra et à la vaccination préventive. Au total, 24 454 867 doses de vaccin anticholérique oral ont été distribuées dans 11 pays, tandis que 2 332 368 personnes ont été vaccinées contre le mpox dans 17 pays. S'agissant de la maladie à virus Ebola, 52 010 doses de vaccin ont été livrées à la République centrafricaine afin de soutenir la vaccination préventive des agents de santé et des personnels de première ligne, tandis que 48 090 doses ont été livrées à la République démocratique du Congo pour soutenir la vaccination dans le cadre de la riposte à la flambée.

Coup de projecteur sur un pays

Le Ghana a intégré les amendements de 2024 au Règlement sanitaire international dans sa législation relative à la couverture sanitaire universelle, au moyen d'un dispositif législatif unique plutôt que de deux procédures distinctes. La Région encourage désormais activement cette approche, qui aligne le cadre juridique de la sécurité sanitaire sur celui du financement de la santé, en garantissant que les obligations en matière de préparation aux urgences et les ressources nécessaires à leur mise en œuvre sont toutes deux inscrites dans la loi.

3.2. Les 47 États Membres renforcent leurs systèmes de surveillance et de laboratoires afin d'accélérer la détection des menaces sanitaires

La présente section rend compte de la contribution de la Région aux fonctions de prévention et de détection de la mission « protéger la santé ». Elle met en lumière les capacités de surveillance et d'alerte précoce développées dans le cadre des amendements au RSI, qui constituent le fondement de l'ensemble du dispositif de sécurité sanitaire. Les bénéfices concrets de ces efforts se traduisent avant tout par une détection plus rapide des événements de santé publique.



Riposte de l'OMS face à la maladie à virus Ebola causée par le virus Bundibugyo, Ouganda, 24 juin 2026

© OMS / Natalie Ridgard

Principaux résultats



Les réformes juridiques

ont permis une détection plus précoce des événements : en 2025, 71 % des événements de santé publique ont été détectés dans un délai de sept jours, confirmant la diminution régulière du délai de détection observée depuis 2017.



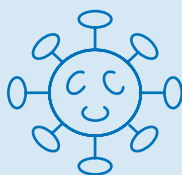
L'exhaustivité de la surveillance intégrée des maladies et de la riposte

est passée de 70 % en 2024 à 94 % en 2025 dans 46 États Membres, tandis que la rapidité de la notification est passée de 55 % à 66 %. La plateforme centralisée de surveillance intégrée des maladies et de la riposte est désormais utilisée dans 40 États Membres (85 %), et 24 pays ont bénéficié d'une formation aux méthodes avancées d'analyse des flambées, d'analyse collaborative et de modélisation.



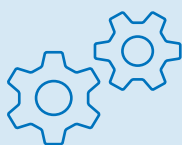
Le pôle de Dakar,

en partenariat avec l'Institut Pasteur et les réseaux de laboratoires des Centres africains de prévention et de contrôle des maladies, constitue le socle du dispositif régional de surveillance.



L'initiative de veille épidémique

fondée sur des sources ouvertes a été étendue à 44 États Membres (94 % de la Région). Plus de 1500 agents ont été formés au cours de 67 sessions de formation, et plus de 100 signaux sont désormais détectés chaque année, avec un taux de confirmation de 60 %.



La boîte à outils stratégique

pour l'évaluation des risques a été déployé dans 11 pays supplémentaires, soit une augmentation de 13 % par rapport à 2024. La Région a également mis au point le système d'échange de données sur la préparation (Preparedness Data Exchange, PDX), fondé sur l'intelligence artificielle, qui relie les données relatives aux risques, à la préparation et aux systèmes de santé. Elle a par ailleurs organisé la première consultation d'experts consacrée à l'utilisation de l'intelligence artificielle dans les situations d'urgence sanitaire en Afrique.



L'Unité des laboratoires

pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a considérablement renforcé les systèmes de laboratoire et les capacités diagnostiques dans l'ensemble de la Région grâce à des évaluations ciblées des laboratoires, à l'extension rapide des capacités diagnostiques, à des initiatives d'assurance qualité et au développement de la surveillance génomique.



Tous les États Membres

disposent désormais de capacités de séquençage. Cette évolution s'est traduite par une forte augmentation du volume de séquençage : pour la COVID-19, le nombre de séquences est passé de moins de 5500 en 2020 à plus de 183 500 en 2025 ; pour le mpox, il est passé de moins de 500 séquences en juillet 2024 à plus de 2700 en novembre 2025.



Riposte de l'OMS face à la maladie à virus Ebola causée par le virus Bundibugyo, Ouganda, 24 juin 2026

© OMS / Natalie Ridgard

3.3. Une riposte plus rapide aux urgences de santé publique, tout en renforçant durablement les capacités nationales

Au cours de la période considérée, de juillet 2025 à juin 2026, l'OMS a aidé les États Membres de la Région africaine à réagir rapidement aux urgences de santé publique en mobilisant les capacités nationales, régionales et mondiales. Cette action s'inscrivait dans les priorités du pilier « Protéger la santé » du quatorzième programme général de travail, de la Stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et la gestion des situations d'urgence 2022-2030 et du Cadre d'action d'urgence de l'OMS. Elle visait non seulement à endiguer les flambées épidémiques et à réduire les effets des situations d'urgence sur la santé, mais aussi à faire en sorte que les investissements consacrés à la riposte contribuent au renforcement des systèmes nationaux, au maintien des services de santé essentiels et à une meilleure préparation face aux crises futures.

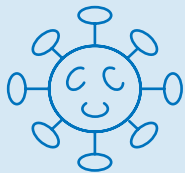
L'Afrique représentait environ **45 % de l'ensemble des besoins humanitaires mondiaux**, avec quelque **134 millions de personnes ayant besoin d'une assistance humanitaire en 2025** (3). Après le niveau record de 167 millions d'Africains confrontés à une insécurité alimentaire aiguë en 2025, on estime que 120 millions de personnes devraient connaître une insécurité alimentaire de niveau de crise sur le continent en 2026 (4). Dans la Région, 18 pays étaient classés comme fragiles, touchés par des conflits et en situation de vulnérabilité. Par ailleurs, 11 groupes organiques Santé étaient activés, ce qui signifiait que la maîtrise des flambées, la coordination de l'action sanitaire humanitaire et le maintien de la continuité des services de santé essentiels devaient être assurés simultanément, en particulier dans les zones touchées par les conflits, les déplacements de population, l'insécurité alimentaire et les chocs climatiques.



Riposte de l'OMS face à la maladie à virus Ebola causée par le virus Bundibugyo, Ouganda, 24 juin 2026

© OMS / Natalie Ridgard

Principaux résultats

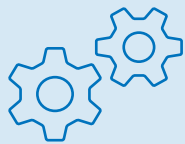


La flambée de maladie à virus Ebola dans la zone de santé de Bulape, en République démocratique du Congo, a été maîtrisée en moins de 88 jours, avec 64 cas, 45 décès et 19 survivants recensés ; elle ne s'est pas propagée au-delà de la zone de santé touchée (5).



Dans les contextes de fragilité, de conflit et de vulnérabilité, la mise en œuvre

de l'ensemble de services de santé essentiels H3 a permis de faire passer la disponibilité des services d'environ 50 % à plus de 80 %, plusieurs pays ayant atteint un taux de couverture d'au moins 90 %. L'OMS et ses partenaires ont soutenu la continuité des services de santé essentiels dans 9865 établissements de santé répartis dans 18 contextes fragiles, au bénéfice de plus de 23 millions de personnes en 2025 (6).



Des données complémentaires

couvrant la période de juillet 2025 à juin 2026 montrent que la mise en œuvre de l'ensemble de services de santé H3 est passée de 50 % à 83 %, tandis que le Système de surveillance de la disponibilité des ressources et des services de santé a permis de suivre 26 354 unités de prestation de services réparties dans 9865 établissements de santé.



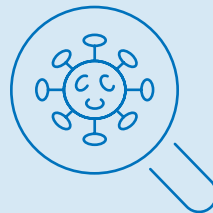
Les capacités nationales et régionales

de renfort ont également été considérablement renforcées. Dans le cadre de l'initiative AVoHC (African Volunteers Health Corps)-SURGE, plus de 2600 intervenants ont été formés dans 32 pays, et 26 pays ont constitué des viviers nationaux d'intervenants mobilisables.



En 2025, 1300 déploiements ont été effectués dans le cadre de l'AVoHC-SURGE,

dont 1218 au niveau national et 82 au niveau international. Parallèlement, 489 intervenants supplémentaires ont été formés dans huit pays, et 40 institutions africaines participent désormais au Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN).



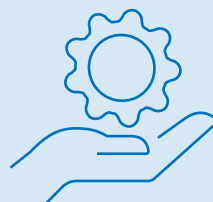
La riposte au mpox

est passée d'une phase de maîtrise de l'urgence à une phase de transition et d'intégration. À la suite d'efforts soutenus aux niveaux régional et continental, le Directeur général de l'OMS a estimé, le 5 septembre 2025, que la recrudescence du mpox ne constituait plus une urgence de santé publique de portée internationale (7). La République démocratique du Congo a ensuite déclaré la fin de sa flambée nationale, et l'équipe d'appui à la gestion des incidents liés au mpox au niveau continental a été désactivée, mettant ainsi un terme à une riposte qui avait duré près de deux ans.



Malgré la persistance du risque de transmission, la riposte multinationale au choléra

a produit des résultats mesurables. Le choléra est demeuré largement répandu, avec plus de 245 000 cas et 5238 décès signalés dans 24 pays entre 2025 et 2026. Les interventions intégrées ont néanmoins permis de faire reculer le taux de létalité notifié de 2,01 % à 1,14 % à la fin de l'année 2025. Entre le troisième et le quatrième trimestre de 2025 seulement, le taux de létalité est passé de 2,46 % à 1,57 %, tandis que le nombre de décès a diminué de 65 %, malgré la poursuite de la transmission. Près de 30 millions de doses de vaccin anticholérique oral ont été administrées dans le cadre d'une approche intégrée associant la surveillance, la prise en charge des cas, les interventions dans les domaines de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH), ainsi que des actions menées au niveau communautaire. Le choléra a été maîtrisé avec succès au Tchad (8), en Namibie, au Rwanda, en République-Unie de Tanzanie, au Kenya, en République du Congo, en Zambie et en Angola, tandis qu'une diminution importante du nombre de cas a été observée au Soudan du Sud.



Les capacités logistiques régionales

ont largement contribué à la rapidité des interventions d'urgence. Le rapport annuel indique qu'en 2025, des produits d'importance vitale d'une valeur de près de 5 millions de dollars É.-U. ont transité par les plateformes logistiques de Nairobi et de Dakar. Les données provisoires établies pour la soixante-seizième session du Comité régional montrent en outre que, entre juillet 2025 et juin 2026, 218 expéditions entrantes d'une valeur supérieure à 4 millions de dollars É.-U. et 240 expéditions sortantes représentant 9,39 millions de dollars É.-U. ont été réalisées, tandis que les achats d'urgence ont dépassé 9 millions de dollars É.-U. dans 24 pays, au moyen de 377 bons de commande.

Flambée en cours de maladie à virus Ebola (virus Bundibugyo) en République démocratique du Congo et en Ouganda



Visite du Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique au centre de traitement de la mpox à Bujumbura, au Burundi – mars 2026

© OMS

Bref historique. Le 5 mai 2026, l'OMS a été alertée de l'apparition d'une maladie à forte létalité dont la cause était inconnue dans la zone de santé de Mongbwalu (province de l'Ituri, République démocratique du Congo). Parmi les premières victimes figuraient des agents de santé. Le 15 mai, les analyses de laboratoire ont confirmé qu'il s'agissait d'une maladie à virus Ebola due au virus Bundibugyo. Le 17 mai, la flambée touchant la République démocratique du Congo et l'Ouganda a été déclarée urgence de santé publique de portée internationale (9).

Situation actuelle. Au 14 juillet 2026 (données arrêtées au 13 juillet), la République démocratique du Congo avait notifié 2011 cas confirmés et 754 décès, tandis que 366 personnes étaient guéries. La province de l'Ituri demeure l'épicentre de la flambée, avec 1808 cas et 631 décès répartis dans 26 de ses 36 zones de santé. La transmission s'est également étendue au Nord-Kivu, au Sud-Kivu, au Haut-Uele et à la Tshopo : au total, 42 des 140 zones de santé réparties dans cinq provinces sont désormais touchées. En Ouganda, 20 cas confirmés et deux décès ont été signalés, tous détectés à Kampala. Quinze cas étaient liés à des déplacements en provenance de la République démocratique du Congo et cinq résultaient d'une transmission locale. Le cas le plus récent a été confirmé le 21 juin et aucun nouveau cas n'a été signalé depuis cette date. Trois cas ont été exportés hors de la Région : deux patients ont été évacués vers l'Allemagne et un cas a été signalé en France (9, 10, 11).

Progrès accomplis à ce jour. L'expérience de l'Ouganda illustre les bénéfices d'une bonne préparation : le cas importé a été détecté rapidement, la transmission est restée limitée à un petit nombre de cas liés entre eux dans la capitale et aucun nouveau cas n'a été signalé depuis plus de trois semaines. En République démocratique du Congo, la riposte a été intensifiée dans les domaines de la surveillance, de la recherche des contacts, de la prise en charge des cas, de la prévention et de la lutte contre les infections, des enterrements sûrs et dignes, ainsi que de la mobilisation communautaire. En Ituri et au Nord-Kivu, 81,5 % des contacts recensés font l'objet d'un suivi. Des avancées ont également été enregistrées dans le

développement des contre-mesures. Le 12 juillet, les essais cliniques de deux traitements (le remdésivir et le MBP134) ont débuté ; un essai clinique de phase 1 portant sur un vaccin candidat a été autorisé ; et le protocole de l'essai PARTNERS, parrainé par l'OMS, est en cours de déploiement dans les deux pays (9).

Principaux défis. Quatre défis majeurs se dégagent. Premièrement, il n'existe actuellement ni vaccin homologué ni traitement spécifique contre l'espèce Bundibugyo. Les outils qui ont permis de maîtriser les récentes flambées de maladie à virus Ebola de souche Zaire ne sont donc pas applicables. En attendant les résultats des essais en cours, la riposte repose essentiellement sur les mesures classiques de santé publique. Deuxièmement, la flambée se concentre dans une zone isolée mais densément peuplée, touchée par les conflits, l'insécurité et une crise humanitaire. Cette situation retarde la détection des cas, entrave la recherche des contacts et expose les intervenants à des risques élevés ; parmi les premières victimes figuraient d'ailleurs des agents de santé. Troisièmement, des lacunes importantes persistent dans les domaines de la surveillance et de l'épidémiologie, tandis que la flambée continue de s'étendre géographiquement à cinq provinces. Quatrièmement, l'intensité des déplacements de population et des échanges commerciaux, conjuguée aux trois cas exportés hors de la Région, maintient un risque réel de propagation internationale.

Prochaines étapes proposées. Poursuivre et financer la riposte en République démocratique du Congo jusqu'à l'interruption de la transmission ; consolider les acquis obtenus en Ouganda et maintenir une surveillance transfrontalière renforcée, tout en veillant à la préparation opérationnelle des points d'entrée dans les États Membres voisins ; accélérer les essais thérapeutiques et vaccinaux afin que la Région ne soit plus jamais dépourvue de contre-mesures face à un filovirus connu ; protéger les agents de santé grâce au renforcement des mesures de prévention et de lutte contre les infections ; et placer les communautés au cœur de la riposte, la confiance étant un facteur déterminant pour assurer une détection précoce des cas.

Coup de projecteur sur la riposte

La riposte au mpox a démontré qu'une coordination régionale soutenue permet de faire évoluer des urgences sanitaires de grande ampleur touchant plusieurs pays, d'une phase d'aggravation à une phase de maîtrise.

La riposte continentale conjointe de l'OMS et du CDC-Afrique a permis d'intégrer, au sein d'un cadre opérationnel unique, la surveillance, l'appui aux laboratoires, la vaccination, la prise en charge clinique, la communication sur les risques, la coordination des partenaires et le soutien aux pays. Cette approche a contribué à une diminution de 61,5 % du nombre de cas par rapport aux niveaux les plus élevés observés précédemment et a permis l'administration de plus de 1,17 million de doses de vaccin dans les pays touchés. La couverture des tests est passée de 57 % en 2024 à 66 % en 2026, témoignant du renforcement des capacités des laboratoires (12).

La levée, en septembre 2025, du statut d'urgence de santé publique de portée internationale lié au mpox, la clôture de la riposte nationale à cette flambée en République démocratique du Congo et la désactivation de l'équipe d'appui à la gestion des incidents ont marqué le passage d'une réponse d'urgence à une phase axée sur la surveillance pérenne, le maintien de l'état de préparation et l'intégration des activités dans les systèmes de santé de routine.

Coups de projecteur sur les pays

République démocratique du Congo

La flambée de maladie à virus Ebola survenue dans la zone de santé de Bulape, dans la province du Kasai, a montré comment une urgence sanitaire peut contribuer à renforcer durablement la résilience des systèmes de santé. Déclarée le 4 septembre 2025 et officiellement terminée le 1er décembre 2025, cette flambée a enregistré 64 cas, 45 décès et 19 survivants, soit un taux de létalité de 70,3 %.

La riposte a combiné un déploiement rapide des équipes, la surveillance, la recherche des contacts, la vaccination, la prise en charge des cas, la prévention et la lutte contre les infections, le soutien logistique, la mobilisation communautaire ainsi que le renforcement des établissements de santé. L'OMS a mobilisé près de 6 millions de dollars É.-U., déployé 112 agents, appuyé la vérification de plus de 3300 alertes, assuré le suivi de plus de 2300 contacts,

soutenu la vaccination de plus de 45 000 personnes, mis en place deux centres de traitement Ebola et acheminé plus de 150 tonnes de fournitures et d'équipements logistiques (13). Les infrastructures de prise en charge comprenaient un centre de traitement Ebola de 40 lits ainsi qu'une unité de traitement des maladies infectieuses de 32 lits.

Au-delà de la maîtrise de la flambée, cette intervention a laissé un héritage durable pour le système de santé local. Les investissements réalisés dans l'approvisionnement en eau, l'alimentation en énergie solaire, les capacités de prise en charge et la logistique ont permis de renforcer l'Hôpital général de Bulape, notamment grâce à la construction d'une conduite d'eau de 2,5 km, à une capacité de stockage de plus de 20 000 litres d'eau (14) et à l'installation d'un système d'alimentation solaire.

Ces investissements ont non seulement soutenu la riposte à la flambée, mais ils continueront également à renforcer la préparation aux futures urgences sanitaires ainsi que la prestation des soins courants.

Cette expérience illustre tout l'intérêt d'une approche fondée sur le principe de la riposte au service de la résilience. Les mêmes investissements qui ont permis d'interrompre la transmission ont également renforcé durablement les infrastructures d'approvisionnement en eau, l'alimentation électrique, les capacités de prise en charge, la logistique et les ressources humaines dans le district concerné. Cette approche devrait devenir une pratique systématique à l'issue des grandes flambées épidémiques.



Flambée de maladie à virus Ebola, province du Kasai, République démocratique du Congo, septembre 2025



Éthiopie

La première flambée de maladie à virus Marburg en Éthiopie a été maîtrisée en moins de trois mois grâce à un leadership national solide et au soutien rapide de l'OMS (15). Le Ministère de la santé et l'Institut de santé publique d'Éthiopie ont activé les centres d'opérations d'urgence de santé publique (COUSP) nationaux et régionaux, renforcé la surveillance et la recherche des contacts, désigné des centres de traitement, déployé un laboratoire mobile à Jinka et mobilisé les communautés. L'OMS a soutenu l'ensemble des piliers de la riposte, notamment la coordination, les diagnostics de laboratoire, la prise en charge des cas, la prévention et la lutte contre les infections, l'inhumation en toute sécurité et dans la dignité, la logistique ainsi que la communication sur les risques.

La flambée a totalisé 14 cas confirmés, dont neuf décès et cinq guérisons, auxquels se sont ajoutés cinq décès probables (16). L'OMS a déclenché sa riposte d'urgence dans les 24 heures, déployé 36 experts et réaffecté 28 membres de son personnel afin de renforcer les opérations sur le terrain. Cette intervention a également bénéficié des investissements réalisés antérieurement par l'Éthiopie dans la préparation aux urgences de santé publique, notamment le renforcement des capacités des laboratoires, des systèmes de surveillance des maladies, des équipes d'intervention rapidement mobilisables et des mécanismes de coordination mis en place dans le cadre des COUSP. Soutenues par des initiatives telles que le projet multisectoriel éthiopien de prévention, de préparation et de riposte aux pandémies et le programme AVoHC-SURGE, ces capacités ont permis une détection précoce des cas, un déploiement rapide des capacités diagnostiques, une mobilisation rapide des équipes d'intervention et le maintien de la continuité des services de santé essentiels.

Mozambique

À mesure que les changements climatiques augmentent la fréquence et l'intensité des inondations et d'autres phénomènes météorologiques extrêmes, les urgences liées au climat deviennent un risque récurrent pour la sécurité sanitaire, ce qui exige un renforcement de la préparation, de la surveillance et de la continuité des services de santé essentiels. Au Mozambique, l'OMS a soutenu la riposte menée par le gouvernement aux inondations qui ont touché plus de 720 000 personnes dans six provinces ainsi que dans la ville de Maputo. Cet appui comprenait la coordination des interventions aux niveaux national, provincial et des districts, le prépositionnement de fournitures essentielles, le renforcement de la surveillance des maladies, ainsi que le déploiement d'équipes d'intervention rapide et d'un coordonnateur médical afin d'assurer la continuité des soins dans les centres d'hébergement.

À mesure que la riposte évoluait vers une phase de relèvement dans la province de Gaza, l'OMS a soutenu les efforts visant à rétablir et à pérenniser les services de santé dans les zones touchées. Les inondations ont affecté 100 centres de santé, dont 20 ont été inondés et 23 temporairement fermés, tandis que 710 agentes et agents de santé ont été directement touchés (17). L'OMS a déployé un responsable des urgences sanitaires et un coordonnateur du groupe organique Santé, acheminé 9 tonnes de médicaments et de fournitures essentiels pour la prévention et le traitement du choléra, et soutenu la transmission quotidienne de données numériques provenant de plus de 160 unités de santé afin de renforcer la détection précoce et de réduire le risque de flambées secondaires.

Les eaux de crue contaminent les fournitures médicales de l'hôpital rural de Chókwè, au Mozambique – février 2026



3.4. Résilience : la continuité des services de santé essentiels a permis de protéger les populations pendant les situations d'urgence

Dans la Région, les périodes d'accalmie entre deux urgences sont désormais l'exception. Comme le montre la situation régionale, plus de 120 urgences de santé publique sont enregistrées chaque année, dont quatre sur cinq sont des flambées épidémiques. Au cours de la période considérée, nombre de ces urgences se sont produites simultanément plutôt que successivement. Les urgences récurrentes constituent désormais le contexte opérationnel habituel de la Région, et non plus des événements exceptionnels. C'est pourquoi la résilience est présentée ici comme un résultat à part entière.

Cette charge persistante s'est accompagnée d'une période de contraction des financements, et les données sont sans équivoque : des systèmes de santé fragiles ne peuvent être résilients (18). Les systèmes absorbent les chocs grâce aux capacités ordinaires dont ils disposent avant même qu'une crise ne survienne — gouvernance, financement, ressources humaines, systèmes d'information et prestation de services — plutôt qu'au moyen de structures mises en place après coup (19). Une étude exploratoire réalisée en 2026 sur la résilience des systèmes de santé en Afrique est parvenue à la même conclusion, tout en identifiant la participation des communautés fondée sur la confiance et des infrastructures adaptables comme des piliers supplémentaires de la résilience (20). Dans un contexte de contraction des financements, l'enseignement est clair : la Région n'a ni besoin ni les moyens de mettre en place une architecture parallèle dédiée aux situations d'urgence.

La réponse de la Région consiste donc à faire en sorte que chaque intervention produise un double bénéfice. À Bulape, par exemple, la riposte à la maladie à virus Ebola a permis, au-delà de la maîtrise de la flambée, d'améliorer durablement l'accès à l'eau potable, à l'électricité solaire et à un centre d'opérations d'urgence rénové pour plus de 20 000 habitants. Cette approche illustre concrètement le principe du Cadre régional pour le maintien de systèmes de santé résilients en vue de parvenir à la couverture sanitaire universelle et de promouvoir la sécurité sanitaire (2023-2030) (21). Les communautés sont au cœur de cette résilience : les liens de confiance établis pendant une intervention permettent de maintenir les capacités de détection des événements et l'accès aux soins entre deux urgences. Le relèvement renforce la préparation, et la préparation améliore la riposte suivante. C'est ce cycle continu, plus que la rapidité d'une intervention isolée, qui transforme une succession de ripostes en un système de santé qui se renforce au fil du temps. Pour les ministres, la conclusion est concrète : dans un contexte de ressources limitées, la forme de préparation la plus économique est celle qui s'appuie sur les capacités déjà créées et financées lors de la riposte précédente. Les priorités présentées ci-après visent à faire de ce principe une pratique systématique.

Défis persistants

Le programme d'urgence est confronté à un ensemble de contraintes interconnectées, à commencer par le financement. L'investissement dans la préparation aux situations d'urgence demeure faible, alors même que la probabilité de voir surgir une nouvelle pandémie au cours d'une année donnée est estimée à une sur cinquante. Les coupures de financement entre les secteurs ont affecté les capacités de surveillance et de laboratoire, entravant la mise en œuvre des activités prioritaires. Parallèlement, les déficits de financement, la pénurie de personnel et la lassitude du personnel ont limité l'ampleur et la qualité des opérations de riposte.

Les capacités essentielles restent inégales. Les principales capacités requises en vertu du RSI pour faire face aux événements chimiques et radiologiques ont pris du retard pendant des décennies, et peu de choses ont été mises en place pour inverser cette tendance. D'autres capacités à la traîne (notamment les ressources humaines pour la santé, la sécurité sanitaire des aliments et la lutte anti-infectieuse) sont à portée de main si l'investissement est réalisé. La surveillance collaborative, pierre angulaire de l'architecture mondiale pour la préparation, la riposte et la résilience aux situations d'urgence sanitaire, reste inégalement mise en œuvre dans les États Membres. La faiblesse des infrastructures de santé numérique et la capacité d'analyse limitée continuent d'entraver l'intensification des systèmes numériques intégrés de surveillance des maladies et de riposte.



Flambée de maladie à virus Ebola, province du Kasai, République démocratique du Congo, septembre 2025

© OMS / Josua Mulala

Les laboratoires sont confrontés à des défis connexes. Malgré des progrès réels, les variations dans la capacité de séquençage et les retards dans la soumission des échantillons continuent de limiter la rapidité du renseignement génomique. Les goulets d'étranglement logistiques et d'approvisionnement entravent l'approvisionnement en réactifs et en consommables dans certains contextes, tandis que le manque de personnel de laboratoire entrave à la fois la fourniture et l'expansion de l'appui technique.

Dans les opérations d'intervention d'urgence, le principal défi est de plus en plus celui de l'endurance plutôt que celui des crises d'activation. Les conflits et l'insécurité, les chocs liés au climat, les insuffisances en matière d'eau et d'assainissement ainsi que la faiblesse des systèmes de santé continuent d'affecter le déploiement, l'acheminement des fournitures, la supervision de terrain, la continuité des services et la planification du relèvement. Ces contraintes sont plus prononcées dans les contextes de fragilité et de conflit.

Toutes ces difficultés se cumulent dans la lutte contre le choléra. La Région n'est pas sur la bonne voie pour éliminer le choléra d'ici 2030 : les progrès sont insuffisants pour 10 des 20 jalons établis dans le Cadre régional pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale de la lutte contre le choléra (AFR/RC68/7), et ces dix jalons correspondent tous à des interventions en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène qui nécessitent un investissement à long terme. En 2025, l'Afrique a enregistré le plus grand nombre de cas de choléra, amplifiés par la transmission transfrontalière associée à d'importants mouvements de population, les lacunes persistantes en matière de préparation et les faiblesses des infrastructures sanitaires, en particulier l'eau, l'assainissement et l'hygiène.

Priorités

Au cours des 18 prochains mois, le Bureau régional soutiendra les États Membres dans la transposition dans leur droit interne des amendements de 2024 au Règlement sanitaire international (RSI) et à l'Accord de 2025 de l'OMS sur les pandémies par le biais d'un ensemble législatif unique aligné sur les cadres nationaux de couverture sanitaire universelle. Les progrès accomplis seront examinés à la soixante-dix-septième session du Comité régional en 2027, en mettant l'accent sur la manière dont les jalons juridiques franchis au cours de cette période se sont traduits en capacités opérationnelles et en améliorations mesurables au niveau des pays. Les efforts visant à faire progresser la gouvernance et les partenariats régionaux dans le cadre de l'approche « Une seule santé » aboutiront à la tenue de la première Conférence régionale sur l'approche « Une seule santé » et à un projet de cadre régional pour l'approche « Une seule santé », qui sera soumis à adoption ministérielle à l'occasion de la soixante-dix-septième session du Comité régional.

L'amélioration de la veille en santé publique et de la surveillance intégrée des maladies et de la riposte reste la priorité essentielle pour une détection plus rapide. En s'appuyant sur les progrès enregistrés dans les principales capacités requises en vertu du RSI grâce à l'autoévaluation

des États Parties et aux rapports d'évaluation externe conjointe, la Région accélérera la surveillance collaborative et élargira les capacités diagnostiques et génomiques afin d'améliorer la détection des agents pathogènes susceptibles de donner lieu à une pandémie. L'échange de données sur la préparation sera déployé dans tous les États Membres, alignant son architecture de données sur les systèmes nationaux d'information pour la gestion sanitaire.

En réponse, la phase suivante portera sur un financement prévisible, des systèmes nationaux de renfort plus solides, des fournitures prépositionnées et une préparation tenant compte du climat. Le Bureau régional travaillera en collaboration avec les États Membres et les partenaires afin de consolider une capacité d'intervention rapide sous 24 à 48 heures, de prépositionner les fournitures essentielles au plus près des zones à haut risque, d'élargir le financement rapide et souple, de renforcer les systèmes de gestion des incidents et les centres d'opérations d'urgence de santé publique dirigés par les pays, d'une part, ainsi que la responsabilisation et l'apprentissage, d'autre part, d'intégrer la préparation tenant compte du climat et de l'approche « Une seule santé » et de protéger les services essentiels dans les contextes fragiles.

Au cours des 12 prochains mois, le Bureau régional fera également de la résilience post-urgence une composante standard des ripostes aux flambées majeures, en utilisant l'approche post-épidémie de Bulape comme modèle pour les transitions futures. Une attention particulière sera accordée à la décentralisation des fonctions de sécurité sanitaire, à la protection de la continuité des services essentiels et au renforcement des plateformes au niveau des districts. Les systèmes d'approvisionnement en eau, les plateformes de traitement, les intervenants formés, les outils numériques, les centres d'opérations d'urgence de santé publique, les plateformes logistiques et de continuité des services mises en place pendant les situations d'urgence seront maintenus dans le cadre de la capacité nationale de sécurité sanitaire, afin de permettre à la Région de réagir plus rapidement et aux pays d'être mieux préparés à la prochaine situation d'urgence.

Recommandations du Secrétariat aux États Membres :

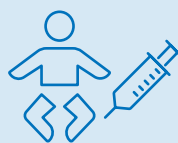
- **Investir** dans les capacités essentielles requises par les réformes juridiques pour pérenniser ces acquis, en particulier dans les situations de fragilité et de crise humanitaire.
- **Renforcer** le droit à la protection établi par les amendements afin d'atteindre les populations les plus exposées.
- **Protéger** les acquis obtenus lors des interventions d'urgence grâce à un financement national, à un financement plus prévisible et plus souple et à une plus grande appropriation nationale ; et
- **Investir** dans l'eau, l'assainissement et l'hygiène pour que l'élimination du choléra d'ici 2030 redevienne un objectif réalisable.

3.5. Infrastructures de lutte contre la poliomyélite dans la Région : une protection qui va aujourd'hui bien au-delà de cette seule maladie

Cette section rend compte d'un résultat qui s'inscrit au cœur même de la mission "*protéger la santé*" mais dont la portée va bien au-delà. L'Afrique reste exempte de poliovirus sauvage autochtone et, malgré une réduction de 30 % du financement mondial de la lutte contre la poliomyélite au cours de la période considérée, la Région a continué de faire baisser la transmission pour la troisième année consécutive. Ce résultat a été rendu possible grâce aux centres d'opérations d'urgence dirigés par les pays sous la responsabilité directe des ministères de la santé, associés au déploiement rapide des équipes d'intervention dans les 72 heures suivant chaque flambée confirmée. Les infrastructures mises en place pour détecter le poliovirus et interrompre la transmission, les réseaux de surveillance, les laboratoires et les équipes d'intervention rapide constituent désormais un pilier commun pour détecter de nombreuses autres menaces et y riposter.

KENYA : Campagne de vaccination contre la poliomyélite – 11-13 novembre 2024

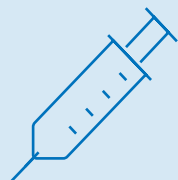
Principaux résultats



Environ 200 millions d'enfants âgés de moins de cinq ans ont reçu plus de 420 millions de doses de vaccin antipoliomyélique oral dans 17 pays prioritaires.



Les cas de paralysie causée par le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 sont passés de 245 en 2024 à 172 en 2025, puis à 40 à la mi 2026. Au cours de la même période, le nombre de groupes d'urgence distincts est passé de 22 à six.



Neuf flambées de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 ont été interrompues en deux ou trois cycles de campagne : au Burundi, en Gambie, au Ghana, en Guinée-Bissau, au Libéria, en Mauritanie, en Ouganda, en République du Congo et en Sierra Leone. Le Mozambique n'a enregistré aucune détection de virus depuis le début de l'année 2024.



La capacité de séquençage génomique dans la Région est passée de deux à quatre laboratoires et la part des isolats de poliovirus de type 2 séquencés en Afrique est passée de 47 % en 2024 à 97 % en 2026.



Cinquante-trois activités de vaccination supplémentaires synchronisées ont été mises en œuvre dans 17 pays prioritaires, permettant à 80 % des districts ciblés d'atteindre une couverture de grande qualité ; plus de 2400 personnels de renfort ont été déployés.



46 des 47 États Membres assurent une surveillance environnementale et 16 laboratoires accrédités analysent désormais plus de 100 000 échantillons par an.



Les réseaux de surveillance et de laboratoires financés au titre de la lutte antipoliomyélique soutiennent désormais la détection de la rougeole, de la fièvre jaune, du mpox et du choléra, et les équipes d'intervention rapide contre la poliomyélite ont apporté leur appui à la riposte au mpox en République démocratique du Congo.

Défis et priorités

Trois années consécutives de baisse du nombre de cas n'ont pas éliminé la menace de transmission du poliovirus. La transmission persistante du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 dans le bassin du lac Tchad, dans la Corne de l'Afrique, en République démocratique du Congo et en Angola exige une attention constante. Dans le même temps, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite est confrontée à un déficit de financement résiduel de 1,7 milliard de dollars É.-U. jusqu'en 2029, tandis qu'une réduction de 30 % du budget opérationnel de 2026 menace de réduire la capacité de surveillance et de riposte aux flambées dans les pays moins prioritaires. Ces pressions sont aggravées par l'insécurité, les déplacements de population et le stress climatique, en particulier au Sahel, dans la Corne de l'Afrique et en République démocratique du Congo. La planification de la transition pour la poliomyélite reste inégale dans la Région ; seule une minorité des États Membres a chiffré les plans de transition alignés sur le Plan d'action stratégique de l'OMS pour la transition.

Au cours des 18 prochains mois, le Bureau régional redoublera d'efforts pour interrompre la transmission dans les sous-régions à haut risque, en particulier la Corne de l'Afrique, le bassin du lac Tchad et certaines parties de l'Afrique australe et centrale, moyennant des interventions infranationales ciblées et une coordination transfrontalière renforcée. Il collaborera avec les États Membres pour combler les lacunes d'immunité en intégrant la vaccination antipoliomyélique aux services de santé essentiels, en mettant résolument l'accent sur les enfants dits « zéro dose » et sous-vaccinés ; il étendra encore la surveillance génomique et renforcera la surveillance de la paralysie flasque aiguë et de l'environnement afin de ramener le délai médian de détection à moins de 35 jours d'ici 2027 ; et il mettra en œuvre le cadre de transition pour la poliomyélite, adopté à la soixante-quinzième session du Comité régional, au moyen de plans nationaux chiffrés dans au moins quinze pays prioritaires d'ici la soixante-dix-septième session en 2027.

Recommandations du Secrétariat aux États Membres

- **Mobiliser** des financements intérieurs pour soutenir la vaccination systématique et la riposte aux flambées épidémiques par le biais des mécanismes d'urgence existants ; et
- **Adopter** les plans de transition chiffrés qui permettront aux infrastructures de lutte contre la poliomyélite d'assumer leur nouveau rôle d'actif régional commun.

3.6. Lutte contre la résistance aux antimicrobiens : un combat mené grâce à la gouvernance, à la surveillance et au bon usage promu par l'approche « Une seule santé »

Cette section rend compte de la riposte de la Région à l'urgence qui évolue le plus lentement dans le cadre de la mission « protéger la santé ». Lorsque les antibiotiques dont dépend une clinique cessent d'agir, la médecine ordinaire redevient dangereuse : une césarienne, une pneumonie d'enfant ou une intervention chirurgicale de routine peuvent à nouveau mettre la vie en danger. Au cours de la période visée par le rapport, la Région est passée de la sensibilisation au renforcement de la gouvernance, de la surveillance et du bon usage nécessaires pour ralentir la résistance aux antimicrobiens, grâce à une approche « Une seule santé » qui relie la santé humaine, animale et environnementale. Cette démarche fait le lien entre la résistance aux antimicrobiens et la préparation en matière de sécurité sanitaire.

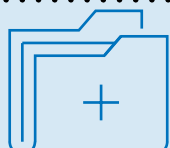
Le Bureau régional a organisé la riposte axée sur l'approche « Une seule santé » dans la Région en collaboration avec les partenaires quadripartites, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), l'Organisation mondiale de la santé animale (OMS), l'OMS et le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE), ainsi qu'avec l'Union africaine, y compris le CDC-Afrique et le Bureau interafricain des ressources animales de l'Union africaine. Il a dispensé une formation sur le calcul des coûts et la budgétisation, l'enquête d'autoévaluation nationale sur le suivi de la résistance aux antimicrobiens (TrACSS) et le Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens et de l'utilisation des antimicrobiens (GLASS), et a produit des profils nationaux et régionaux pour faciliter la prise de décisions fondées sur des données probantes. Le Bureau régional a également mené le premier exercice de simulation des flambées épidémiques liées à la résistance aux antimicrobiens dans la Région ; dirigé la Semaine de sensibilisation continentale ; et fourni un appui technique spécialisé aux pays sur la gestion des antimicrobiens et leur utilisation. Il s'agissait notamment d'une évaluation des éléments essentiels de la gestion dans 26 établissements de santé en Sierra Leone qui a permis de générer un modèle reproductible. Il a contribué à la base factuelle régionale, en publiant des analyses des tendances relatives à la résistance aux antimicrobiens et de la mise en œuvre des plans d'action nationaux et en apportant des données factuelles évaluées par des pairs sur la surveillance, les capacités de laboratoire, les infections liées aux soins de santé et le rôle des vaccins (22-30).

Principaux résultats



Les 47 États Membres

participent désormais au système GLASS et 33 d'entre eux communiquent des données sur la résistance aux antimicrobiens visant à éclairer les décisions cliniques et en matière de santé publique.



Le taux de soumission régional sur la plateforme TrACSS 2025

a atteint 100 %, ce qui contribue à renforcer la responsabilisation en matière de mise en œuvre des plans d'action nationaux.



17 États Membres

ont renforcé leur capacité à élaborer des plans d'action nationaux chiffrés et budgétisés sur la résistance aux antimicrobiens, et cinq ont institutionnalisés des programmes en faveur du bon usage des antimicrobiens et de suivi de leur utilisation.

Coup de projecteur sur un pays

La résistance aux antimicrobiens a longtemps été traitée comme un problème relevant de la compétence des laboratoires, qu'un ministère de la santé sous pression pouvait facilement reporter. En 2025, la République-Unie de Tanzanie a accueilli la Semaine mondiale de sensibilisation à la résistance aux antimicrobiens, organisée conjointement par les organisations quadripartites et les institutions de l'Union africaine. Ce faisant, il a contribué à faire passer la résistance aux antimicrobiens des marges des discussions politiques au centre du programme régional de sécurité sanitaire. Le choix de l'hôte compte. En plaçant sa plateforme nationale derrière une initiative de sensibilisation continentale, le Gouvernement de la République-Unie de Tanzanie a indiqué aux États Membres que la résistance aux antimicrobiens nécessite une gouvernance coordonnée dans les secteurs de la santé humaine, animale et environnementale, et que les données de surveillance provenant désormais des 47 États Membres inscrits au Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens et de l'utilisation de ces derniers doivent être mises à profit.

Défis persistants

L'architecture est en place mais reste incomplète ou n'est pas encore entièrement autonome. Sur les 47 États Membres inscrits au GLASS, seuls 33 communiquent actuellement des données, ce qui laisse d'importantes lacunes dans la situation régionale. La surveillance doit se traduire par des changements dans les pratiques de prescription et un renforcement de la prévention et de la lutte anti-infectieuses, ce qui reste la tâche la plus difficile. Les plans d'action nationaux chiffrés, lorsqu'ils existent, sont désormais confrontés aux mêmes pressions financières qui affectent plus largement la sécurité sanitaire, précisément au moment où la mise en œuvre est la plus importante.

Priorités pour l'avenir

Au cours des 18 prochains mois, le Bureau régional aidera les États Membres qui ne communiquent pas encore leurs données au GLASS à commencer à fournir des données, ce qui rapprochera la Région d'une couverture complète de la surveillance. Il aidera davantage d'États Membres à élaborer des plans d'action nationaux chiffrés et budgétisés, à institutionnaliser la gestion des antimicrobiens et à utiliser des programmes de suivi. Le Bureau régional approfondira également la surveillance intégrée dans les secteurs de la santé humaine, animale et environnementale, tout en renforçant la dimension des systèmes alimentaires de la résistance aux antimicrobiens, y compris la surveillance de la résistance aux agents pathogènes d'origine alimentaire, comme indiqué au chapitre 4.

Recommandations du Secrétariat aux États Membres :

- **Établir** les coûts, budgétiser et financer leurs plans d'action nationaux à partir de ressources intérieures et intégrer la résistance aux antimicrobiens dans les propositions relatives à la sécurité sanitaire et au Fonds de lutte contre les pandémies ;
- **Communiquer** des données sur l'utilisation des antimicrobiens ainsi que des données sur la résistance aux antimicrobiens au système GLASS et renforcer la surveillance des infections associées aux soins de santé et les capacités de laboratoires ;
- **Institutionnaliser** les mesures pour le bon usage des antimicrobiens et les mesures de lutte anti-infectieuse au niveau des établissements ; et
- **Maintenir** la gouvernance multisectorielle de l'approche « Une seule santé » et l'engagement politique de haut niveau au-delà des campagnes de sensibilisation.

Références du chapitre 3

1. World Health Organization Regional Office for Africa (2025) Weekly bulletin on outbreaks and other emergencies, 2025–2026. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.
2. World Health Organization Regional Office for Africa (2026) AFRO cholera dashboard. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa.
3. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (2025) Africa humanitarian overview: mid-year update, June 2025. New York: OCHA. Disponible à l'adresse: <https://www.unocha.org/publications/report/world/africa-humanitarian-overview-mid-year-update-june-2025> (Consulté le 17 juillet 2026).
4. Centre d'études stratégiques de l'Afrique. En Afrique, les conflits non résolus sont à l'origine d'une insécurité alimentaire aiguë
5. Washington (DC) : Africa Center for Strategic Studies; 2025. Disponible à l'adresse suivante : <https://africacenter.org/fr/spotlight/conflits-insecurite-alimentaire/> (Consulté le 17 juillet 2026).
6. World Health Organization. Ebola virus disease – Democratic Republic of the Congo. Disease Outbreak News. Geneva: World Health Organization; 1 December 2025. Available from: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON589> (accessed 17 July 2026).
7. World Health Organization Regional Office for Africa (2026) Fragile, conflict-affected and vulnerable (FCV) countries. Disponible à l'adresse: <https://www.afro.who.int/node/20024>.
8. World Health Organization Regional Office for Africa (2025) Mpox intra-action review 2: consolidated report. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa. (Internal document.)
9. Ebola virus disease in the Democratic Republic of the Congo. Disease Outbreak News. Geneva: Organisation mondiale de la Santé, 1 (<https://www.who.int/fr/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON589>). Consulté le 17 juillet 2026
10. World Health Organization (2025) Ebola virus disease – Democratic Republic of the Congo. Disease Outbreak News. Geneva: World Health Organization, 1 December 2025. Disponible à l'adresse: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON589> (Consulté le 17 juillet 2026).
11. World Health Organization (2025) Emergency preparedness and response across Africa. Monthly Bulletin December 2025. Disponible à l'adresse: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/b2486547-904f-4e3a-ae95-5421f70ed1f8/content>.
12. Organisation mondiale de la Santé (2026). L'épidémie de maladie d'Ebola due au virus Bundibugyo en Ouganda et en République démocratique du Congo constitue une urgence de santé publique de portée internationale. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 17 mai 2026. Disponible à : <https://www.who.int/fr/news/item/17-05-2026-epidemic-of-ebola-disease-in-the-democratic-republic-of-the-congo-and-uganda-determined-a-public-health-emergency-of-international-concern> (Consulté le 17 juillet 2026).
13. World Health Organization (2026) Ebola disease caused by Bundibugyo virus – Democratic Republic of the Congo and Uganda. Disease Outbreak News. Geneva: World Health Organization. Disponible à l'adresse: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON612> (Consulté le 17 juillet 2026).
14. European Centre for Disease Prevention and Control (2026) Ebola disease outbreak in the Democratic Republic of the Congo and Uganda. Stockholm: ECDC. Disponible à l'adresse: <https://www.ecdc.europa.eu/en/ebola-outbreak-democratic-republic-congo-and-uganda> (Consulté le 17 juillet 2026).
15. World Health Organization. Mpox intra-action review 2: consolidated report. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2025. (Internal document.)
16. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique (2025). La République démocratique du Congo déclare la fin de la 16e épidémie de maladie à virus Ebola. Brazzaville : Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Disponible à : <https://www.afro.who.int/fr/countries/democratic-republic-of-congo/news/la-republique-democratique-du-congo-declare-la-fin-de-la-16e-epidemie-de-maladie-virus-ebola>
17. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique (2026). RDC : une source d'eau qui transforme la vie à Bulape, au-delà d'Ebola. Brazzaville: Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Disponible à: <https://www.afro.who.int/fr/countries/democratic-republic-of-congo/news/rdc-une-source-deau-qui-transforme-la-vie-bulape-au-dela-debola> (Consulté le 17 juillet 2026)
18. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique (2026). L'Éthiopie déclare la fin de sa toute première épidémie de maladie à virus Marburg. Brazzaville : Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Disponible à : <https://www.afro.who.int/fr/countries/ethiopia/news/lethiopie-declare-la-fin-de-sa-toute-premiere-epidemie-de-maladie-virus-marburg> (Consulté le 17 juillet 2026).
19. World Health Organization (2026) Marburg virus disease – Ethiopia. Disease Outbreak News. Geneva: World Health Organization. Disponible à l'adresse: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON592> (Consulté le 17 juillet 2026).

20. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique (2026). Maintenir les services de santé dans la province de Gaza au Mozambique après les inondations dévastatrices. Brazzaville : Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Disponible à : <https://www.afro.who.int/fr/photo-story/maintenir-les-services-de-sante-dans-la-province-de-gaza-au-mozambique-apres-les>
21. Kieny, M.P., Evans, D.B., Schmets, G. and Kadandale, S. (2014) 'Health-system resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa', Bulletin of the World Health Organization, 92(12), p.850. Disponible à l'adresse: <https://doi.org/10.2471/BLT.14.149278>.
22. Kruk, M.E., Myers, M., Varpilah, S.T. and Dahn, B.T. (2015) 'What is a resilient health system? Lessons from Ebola', The Lancet, 385(9980), pp.1910–1912. Disponible à l'adresse: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3).
23. Ankomah, M., Abekah-Nkrumah, G., Okai, G.A. et al. (2026) 'An account of health systems resilience to emergencies in Africa: a scoping review', Global Health, 22, p.47. Disponible à l'adresse: <https://doi.org/10.1186/s12992-026-01209-9>.
24. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique (2023). Cadre pour le maintien de systèmes de santé résilients en vue de parvenir à la couverture sanitaire universelle et de promouvoir la sécurité sanitaire (2023–2030) dans la région africaine de l'OMS. Brazzaville : Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Disponible à l'adresse : [AFR-RC73-5 Cadre pour le maintien de systèmes de santé résilients en vue de parvenir à la couverture sanitaire universelle et de promouvoir la sécurité sanitaire.pdf](#)
25. 'Addressing the silent epidemic of antimicrobial resistance in the African Region: a scoping review of evidence gaps and research considerations' (2025) BMJ Public Health. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1136/bmjph-2025-004853>
26. 'Perspectives on the regional strategy for implementation of national action plans on antimicrobial resistance in the WHO African Region' (2024) Antibiotics, 13 (10), p.943. Disponible à l'adresse: <https://doi.org/10.3390/antibiotics13100943>.
27. 'The WHO costing and budgeting tool for national action plans on antimicrobial resistance: a review and assessment of impact in Africa' (2025) Journal of Antimicrobial Chemotherapy – Antimicrobial Resistance. Disponible à l'adresse: <https://doi.org/10.1093/jacamr/dlag094>.
28. World Health Organization Regional Office for Africa (2024) Tracking implementation progress of AMR national action plans in the WHO African Region: insights from the 2024 survey on human health. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa. Disponible à l'adresse: <https://iris.who.int/bitstreams/f8a1fc3f-04b4-4505-bbe5-4edbd1cf013a/download>.
29. World Health Organization Regional Office for Africa (2024) Analysis of antimicrobial resistance trends in the WHO African Region: insights from GLASS data. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa. Disponible à l'adresse: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ce240e90-8c66-4143-90b3-86fe671674c7/content>.
30. 'Eight years of strengthening AMR response capacity in the WHO African Region (2017–2024): progress in antimicrobial consumption monitoring, surveillance and laboratory capacity' (2025) BMJ Public Health. Disponible à l'adresse: <https://doi.org/10.1136/bmjph-2025-004532>.
31. 'Surveillance of healthcare-associated infections in the WHO African Region: systematic review of literature from 2011 to 2024' (2025) Antibiotics, 14(12), p.1287. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.3390/bmjph-2025-004853>
32. 'Mapping the role of vaccines in combating antimicrobial resistance in the WHO African Region: a scoping review and implications for research and policy' (2025) BMC Infectious Diseases. Disponible à l'adresse: <https://doi.org/10.1186/s12879-025-11080-5>.



KENYA : Intervention d'urgence face aux inondations – 3 mai 2024
© OMS / Genna Print

Chapitre

4.

Améliorer la santé des populations et s'attaquer aux facteurs de morbidité

La plupart des affections responsables de décès prématurés et d'incapacités dans la Région africaine ne sont pas prises en charge en milieu clinique ; elles sont influencées par des déterminants sous-jacents bien avant que les individus n'aient recours aux soins. Les maladies non transmissibles représentaient 37 % de l'ensemble des décès dans la Région en 2019, contre 24 % en l'an 2000, et environ 64 % des décès qui leur étaient imputables survenaient avant l'âge de 70 ans (1). Il s'agit du taux de mortalité prématurée due aux MNT le plus élevé de toutes les Régions de l'OMS. Le changement climatique, les aliments impropres à la consommation et l'insalubrité de l'eau contribuent au choléra, au paludisme et à la malnutrition. L'urbanisation rapide et non planifiée, les traumatismes dus à des accidents de la circulation et la pollution de l'air touchent de manière disproportionnée les mêmes communautés. Ces facteurs interagissent et se renforcent mutuellement. Le changement climatique aggrave l'insécurité alimentaire et met à rude épreuve les systèmes d'eau et d'assainissement, la pollution de l'air amplifie les effets nocifs du tabagisme et la pauvreté aggrave l'exposition, en particulier chez les enfants et les femmes.

Le présent chapitre décrit la contribution du Bureau régional à l'objectif du quatorzième programme général de travail visant à promouvoir la santé en agissant sur les déterminants et les causes profondes de la mauvaise santé en amont de la prise en charge clinique, afin de réduire le nombre de personnes qui tombent malades en premier lieu. Au cours d'une année marquée par une forte contraction des financements

internationaux, cette contribution a porté essentiellement sur des instruments conçus pour être autonomes et perdurer au-delà des cycles des projets. Ces instruments comprennent notamment une taxe sur le tabac qui aide à financer la riposte aux effets nocifs associés à la consommation de tabac qu'elle contribue à réduire ; une réserve de financement de l'action climatique à laquelle les ministères de la santé ne pourraient pas accéder de manière indépendante ; des mesures réglementaires sur l'alimentation, la nutrition et l'eau intégrées dans la législation nationale ; et une plateforme communautaire qui protège les populations avant qu'elles n'aient besoin de services cliniques. Une dernière section traite de la sécurité routière et de la violence interpersonnelle, domaines qui restent sous-évalués dans la Région, où cette année, la contribution était principalement d'ordre diagnostique et normatif plutôt que d'ordre financier. Les résultats connexes sont présentés au chapitre 2 (services) et au chapitre 3 (sécurité sanitaire). Les réformes institutionnelles qui sous-tendent ces efforts sont décrites au chapitre 5, les aspects financiers sont examinés au chapitre 6, et les priorités stratégiques soulevées ici sont développées plus avant au chapitre 7.

4.1. La fiscalité sur le tabac, levier principal de ressources intérieures de la Région et première mesure à s'autofinancer

Une taxe sur le tabac est l'une des rares mesures sanitaires qui contribue à la fois à renforcer les finances publiques et à protéger la santé de la population. En augmentant les prix, ce type de taxe réduit l'accessibilité économique des produits les plus nocifs disponibles légalement à la vente, en particulier pour les jeunes, tout en générant des recettes nationales au moment-même où l'on observe une contraction des financements extérieurs. Quinze États Membres ont adopté des réformes progressives des droits d'accise sur le tabac entre 2025 et 2026, marquant ainsi le plus grand cycle de réforme synchronisée des taxes sur le tabac dans la Région depuis une décennie. Grâce à ces mesures, les pays se rapprochent du taux de taxation de référence recommandé par l'OMS, à savoir une part fiscale totale de 75 % du prix de détail, et de la mise en conformité avec l'article 6 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Le Bureau régional a réuni trois atouts rarement présents dans un même ensemble d'intervention : l'expertise technique en matière de modélisation fiscale par le biais du modèle de simulation fiscale de l'OMS ; l'autorité normative en matière de respect de la Convention-cadre ; et la capacité de rassemblement des ministères de la santé, des finances, des douanes et de la justice, ainsi que des parlements. Des quatre instruments abordés dans ce chapitre, la fiscalité sur le tabac est la seule qui génère les recettes nationales nécessaires pour financer sa propre mise en œuvre.

Principaux résultats



Quinze États membres (2)

ont adopté des réformes progressives des droits d'accise sur le tabac. En Zambie, les droits d'importation sur les cigarettes sont passés de 452 à 750 kwachas pour 1000 unités et les droits d'accise nationaux ont augmenté de 66 %, de 113 à 187,5 kwachas. La Sierra Leone est passée d'un régime de droits d'accise ad valorem faible à un système mixte combinant un taux spécifique par paquet avec une composante ad valorem de 30 %, et a de nouveau relevé le taux des droits d'accise spécifiques en 2025.



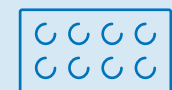
Douze États Membres

ont renforcé la législation en vertu de la Convention-cadre, élargissant la couverture des espaces sans tabac, les mises en garde sanitaires graphiques et les services d'aide au sevrage tabagique.



Plus de 1500 agents des services

répressifs ont été formés dans 14 États Membres.



Le Botswana, le Kenya, Madagascar et la Namibie

ont élaboré des lignes directrices cliniques nationales relatives au sevrage tabagique et ont commencé à ajouter des traitements nicotiniques de substitution et d'autres médicaments d'aide au sevrage tabagique aux listes nationales de médicaments essentiels, tout en intégrant l'aide au sevrage tabagique dans les soins de santé primaires.



Plus de 14 000 petits cultivateurs de tabac

au Kenya et en Zambie sont passés de la culture du tabac à des cultures vivrières et à des cultures de rente dans le cadre de l'Initiative « fermes sans tabac » – 53 % étaient des femmes et 22 % des jeunes. Plus de 13 500 acres (soit un peu moins de 5 500 hectares) ont été convertis à des cultures vivrières et à des cultures de rente d'une valeur plus élevée, 16 200 arbres ont été plantés et 46 % des cultivateurs ont adopté l'agroforesterie. La proportion de ménages participants déclarant avoir pris trois repas par jour est passée de 46 % lors de la culture du tabac à 79 % après la transition.



Une subvention d'un montant de 1,7 million de dollars É.-U.

de la Fondation Gates, avec 200 000 dollars É.-U. de la Fondation Melkus Family, a été obtenue pour transposer ce modèle de transition agricole au Malawi, en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie.

Coup de projecteur sur un pays

Le Ghana, premier pays de la Région à avoir adopté cet outil, est le parfait exemple de ce qu'il peut apporter. La consommation de cigarettes a diminué de près d'un tiers, tandis que les recettes provenant des droits d'accise ont presque quadruplé entre 2021-2022 et 2023-2024, les droits d'accise par cigarette ayant presque été multipliés par six. C'est la preuve la plus claire dans la Région qu'une seule réforme peut à la fois réduire la consommation et financer la lutte contre le tabac.

4.2. Le financement de l'action climatique, devenu une capacité mesurable du secteur de la santé

Le changement climatique n'est plus une variable future dans la planification sanitaire de la Région. Il s'agit d'une réalité actuelle, qui se traduit par l'évolution des schémas épidémiologiques de maladies à transmission vectorielle, par des hospitalisations pour dénutrition pendant la période de soudure et par la destruction des infrastructures sanitaires. Pourtant, moins de 1 % du financement mondial de l'action climatique est alloué à la santé, et seulement 0,3 % du financement de l'adaptation vise à soutenir les systèmes de santé. Les ministères de la santé de la Région n'ont pas la possibilité d'accéder directement au principal fonds pour l'adaptation. Le Bureau régional étant accrédité auprès du Fonds pour l'adaptation, contrairement aux ministères de la santé, il a présenté un seul et même dossier de demande de financement pour l'ensemble de la Région plutôt que de soumettre 21 propositions de projets et de programmes distinctes, constituant ainsi la plus importante réserve de financement consacrée au climat et à la santé de l'histoire de la Région et faisant de l'accès au financement climatique non plus une simple aspiration, mais une réalité concrète pour le secteur de la santé.

Principaux résultats

L'OMS a constitué une réserve de 139 millions de dollars É.-U.

grâce à huit propositions coordonnées au Fonds pour l'adaptation couvrant 21 États Membres, ce qui a permis à environ 490 millions de personnes de bénéficier de systèmes d'alerte rapide multirisques, d'infrastructures sanitaires résilientes face aux changements climatiques, de services d'eau, d'assainissement et d'hygiène, de préparation aux épidémies et d'énergie propre pour les établissements de santé. Quatre des huit projets ont atteint le stade de la note conceptuelle complète et ont obtenu 600 000 dollars É.-U. de subventions pour la préparation de projets, en attente de décaissement. En outre, le Mozambique a obtenu un million de dollars É.-U. de financement pour un projet visant à renforcer la résilience climatique de ses établissements de santé, grâce à une subvention distincte du Hong Kong Jockey Club Institute of Philanthropy. Le Mozambique fait également partie du portefeuille du Fonds pour l'adaptation.



L'Alliance pour une action transformatrice sur le climat et la santé regroupe désormais 31 des 47 États Membres, soit 66 % de la Région et la part la plus importante de pays d'une même Région de l'OMS à y être représentés. Vingt-deux États Membres intègrent les avantages connexes pour la santé dans leurs contributions déterminées au niveau national, contre 15 en 2022. Neuf pays ont achevé ou actualisé leurs plans nationaux d'adaptation sanitaire et huit autres ont débuté des évaluations de vulnérabilité et d'adaptation en 2026 (3).



L'énergie solaire alimente plus de 1500 établissements de santé, desservant 13 millions de personnes en Éthiopie, en Ouganda et en Zambie, portant l'adaptation au niveau des établissements au-delà de la phase pilote (4).



Treize États Membres se sont penchés sur les risques pour la santé liés au mercure posés par les dépigmentants et les amalgames dentaires. Le Burkina Faso, le Gabon et l'Ouganda ont adopté des lignes directrices nationales sur la gestion du mercure, tandis que le Sénégal est devenu le premier pays africain à mettre pleinement en œuvre l'obligation de la Convention de Minamata relative à l'élimination progressive des amalgames dentaires. En outre, dans le cadre de l'initiative mondiale pour l'élimination de l'intoxication au plomb financée par Bloomberg, un programme d'un montant de 2,3 millions de dollars É.-U. a permis de lancer des campagnes nationales de sensibilisation à l'élimination du plomb dans six États Membres (5), touchant une population totale de 338 millions de personnes et jetant ainsi les bases d'une exposition réduite à ce produit toxique lié à des maladies cardiovasculaires et à des troubles cognitifs irréversibles.



La Région est passée du plaidoyer à l'action directe dans l'architecture mondiale de l'action climatique. Le Bureau régional a coorganisé la Conférence mondiale sur le climat et la santé en juillet 2025 et a contribué au Plan d'action de Belém pour la santé. La Conférence panafricaine sur l'environnement, le changement climatique et la santé qui s'est tenue à Nairobi a abouti à la Déclaration de Nairobi sur le changement climatique et la santé. Un programme d'études pour les personnes en charge des négociations sur le changement climatique et la santé a été lancé avec les partenaires de Clim-HEALTH Africa lors du deuxième Sommet africain sur le climat qui s'est tenu à Addis-Abeba en septembre 2025, au cours duquel le Ministre sénégalais de la santé a été désigné champion de l'OMS en changement climatique et santé.



KENYA : Intervention d'urgence face aux inondations – 3 mai 2024

© OMS / Genna Print

Coup de projecteur sur un pays

Le Mozambique a présenté la première proposition visant à passer de la phase de conception à la phase de mise en œuvre. Aujourd'hui approuvé et activement décaissé, ce projet démontre que le portefeuille régional est bien plus qu'un simple ensemble de documents : il établit les principes de base en matière d'accréditation, de conception de projet et de décaissement, que toutes les propositions ultérieures respecteront.

4.3. Alimentation, protection des aliments et de l'eau : passage de la politique à la législation nationale et à la mise en œuvre sur le terrain

Les maladies liées à une mauvaise alimentation, à des aliments impropres à la consommation et à de l'eau contaminée peuvent être évitées bien avant qu'un patient ne consulte. La véritable protection repose moins sur les services médicaux que sur les réglementations que les pays élaborent et appliquent. Les enjeux considérables d'une telle approche apparaissent clairement dans le cas du choléra. La Région africaine a enregistré 95 % des décès dus au choléra dans le monde au premier semestre 2025. Les problèmes liés à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène, ainsi que les inondations, les déplacements et les systèmes de santé surchargés ont été identifiés à plusieurs reprises comme les causes directes du choléra. Au cours de la période considérée, la Région a progressé sur trois fronts simultanément : l'intégration de règles relatives à une alimentation saine et à la sécurité sanitaire des aliments dans la législation nationale, l'assurance d'une base financière solide pour la planification de l'eau et de l'assainissement, et l'extension des services de lutte contre l'émaciation des enfants dans les situations d'urgence humanitaire aiguë. La contribution du Bureau régional dans ce domaine a été d'ordre réglementaire et scientifique plutôt que d'ordre budgétaire. Il a fourni des modèles de profils nutritionnels, des normes alignées sur le Codex et les instruments de planification qui permettent d'exploiter les données sur la couverture sanitaire pour constituer des dossiers d'investissement destinés à éclairer les décisions de financement des ministères des Finances.



Principaux résultats



Quarante-six États Membres mettent désormais en œuvre au moins une politique visant à promouvoir une alimentation saine recommandée par l'OMS (6), y compris la taxation des boissons sucrées, la réduction de l'apport en sodium, l'étiquetage nutritionnel sur le devant des emballages et les restrictions à la commercialisation d'aliments nocifs pour la santé à destination des enfants. Trente-quatre pays ont adopté des mesures législatives alignées sur le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, et 23 pays atteignent la cible fixée par l'OMS, à savoir qu'au moins la moitié des nourrissons sont exclusivement allaités au sein pendant les six premiers mois de leur vie.



Le Kenya a adopté son modèle national de profil nutritionnel et une politique fiscale taxant les boissons sucrées. Maurice a multiplié par deux sa taxe sur les boissons sucrées et adopté la première feuille de route nationale de la Région sur l'obésité. La Communauté de l'Afrique de l'Est a révisé et adopté des normes sur l'étiquetage nutritionnel et publié un projet de lignes directrices relatives à l'étiquetage sur le devant des emballages pour consultation.



Cinquante-cinq normes de sécurité sanitaire des aliments du Codex Alimentarius

ont été mises en œuvre au Malawi et en Sierra Leone ; des feuilles de route pour la réforme de la sécurité sanitaire des aliments ont été finalisées à Madagascar et en Sierra Leone ; une initiative en faveur du respect des conditions d'hygiène sur les marchés a touché plus de 3000 commerçants et consommateurs sur 26 marchés à Douala, au Cameroun ; un cadre régional de suivi a été établi pour la Stratégie mondiale de l'OMS pour la sécurité sanitaire des aliments 2022-2030 ; et plus de 200 experts nationaux ont été formés à la surveillance intégrée de la résistance aux antimicrobiens utilisés dans le traitement des agents pathogènes d'origine alimentaire.



Les indicateurs nutritionnels de base

ont été intégrés dans les systèmes nationaux d'information sanitaire des 47 États Membres et 20 États Membres ont lancé des plans chiffrés pour accélérer la réduction de l'anémie. Dix-huit États Membres ont validé leurs protocoles révisés de lutte contre l'émaciation chez l'enfant et huit d'entre eux ont finalisé leurs outils opérationnels.



L'outil de l'OMS pour l'amélioration de l'eau et de l'assainissement dans les établissements de santé (WASH FIT)

a été étendu à 18 États Membres. Neuf États Membres ont appliqué l'Outil pour l'amélioration accélérée de l'hygiène des mains et 15 ont établi des comptes nationaux de l'eau et de l'assainissement qui permettent d'exploiter les données de couverture pour la constitution de dossiers d'investissement à destination des ministères des Finances. En outre, quatre propositions en matière d'eau et d'assainissement favorisant la résilience face au changement climatique – pour le Malawi, le Mozambique, la Zambie et le Zimbabwe – figurent déjà dans la réserve de projets du Fonds pour l'adaptation décrit à la section 4.2.

Coup de projecteur sur un pays

Le Kenya a été l'État Membre qui a mis en place l'ensemble de mesures réglementaires le plus complet au cours de la période considérée. Il a finalisé et adopté son modèle national de profil nutritionnel en avril 2025, puis s'est appuyé sur cette base pour élaborer un projet de réglementation relative à l'étiquetage sur le devant des emballages, des restrictions sur la commercialisation des aliments à forte teneur en sucres, en graisses et en sodium à destination des enfants, et l'élimination des acides gras trans. Ces mesures sont complétées par une politique fiscale nationale qui impose une taxe sur les boissons sucrées avec un objectif explicite de santé publique.

4.4. La protection communautaire, une plateforme permanente pour agir sur les déterminants commerciaux et comportementaux

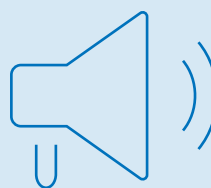
Lorsqu'une flambée épidémique débute, la réactivité des communautés détermine bien souvent l'ampleur qu'elle prendra. Les communautés constituent à la fois la première ligne de défense contre les flambées épidémiques et une cible principale pour les produits commerciaux nocifs. Il est essentiel de noter que ces deux défis reposent sur les mêmes principes issus des sciences du comportement et sur les mêmes outils d'engagement. Au cours de l'urgence de santé publique de portée internationale face à la recrudescence de mpox en 2024-2025 et de l'urgence continentale liée au choléra, le Bureau régional a fait de la participation des populations une composante essentielle de la préparation plutôt qu'un pilier parallèle de la riposte. Il a mis en œuvre la résolution AFR/RC73/R3 sur le renforcement de la protection et de la résilience des communautés dans 11 États Membres en première ligne et élaboré le premier module de formation intégré de la Région. Il en résulte une plateforme unique permettant d'agir sur les déterminants commerciaux, comportementaux et culturels de la santé, tout en constituant le mécanisme grâce auquel les résultats présentés dans le présent chapitre sont concrètement mis au service des communautés.

Principaux résultats



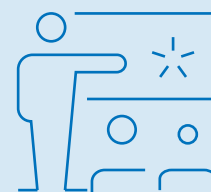
La résolution AFR/RC73/R3

sur le renforcement de la protection et de la résilience des communautés a été mise en œuvre dans 11 États Membres en première ligne (7) lors des situations d'urgence liées au mpox et au choléra ; le premier module de formation intégré sur la protection et la résilience des communautés de la Région a depuis été adopté par plus de 20 États Membres et sert désormais de référence à d'autres Régions de l'OMS.



La recherche des contacts

dirigée par les communautés, les initiatives de lutte contre la stigmatisation mises en œuvre par des survivants, la gestion de l'infodémie et la communication fondée sur le comportement ont soutenu la riposte au mpox sur le continent, menée conjointement avec les Centres africains de contrôle et de prévention des maladies dans le cadre de l'approche « Une équipe, un plan, un budget et un système de suivi ».

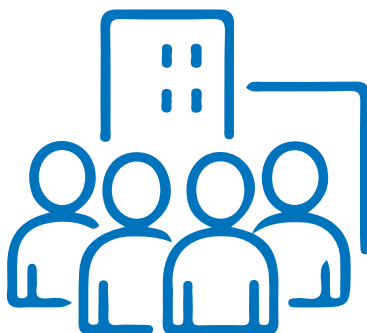


Un atelier interpays

sur l'initiative SAFER de l'OMS visant à réduire les méfaits de l'alcool a réuni 55 participants de 15 États Membres en vue d'élaborer des feuilles de route nationales couvrant les secteurs de la santé, des transports, des finances et de la justice, et des plateformes de coordination multisectorielles ont ensuite été mises en place dans plusieurs États Membres.

Coup de projecteur sur un pays

La République-Unie de Tanzanie montre ce que cette plateforme peut accomplir lorsqu'elle dispose de toutes les ressources nécessaires. Grâce à l'initiative conjointe de coopération en matière de sport et de santé au niveau communautaire menée par PATH, l'OMS et le Comité international olympique, plus de 128 000 personnes ont bénéficié d'actions de promotion de la santé par le sport. Parallèlement, le pays a fait progresser ses politiques relatives à l'étiquetage des aliments et à l'activité physique en milieu scolaire, et offre ainsi l'exemple le plus parlant dans la Région en matière de participation communautaire, de connaissance des comportements et de réglementation des déterminants commerciaux, le tout au sein d'un système unique géré au niveau national.



4.5. La sécurité routière et la violence interpersonnelle, toujours les causes les moins visibles de décès prématuré dans la Région

Les accidents de la route et la violence interpersonnelle représentent une grande part des décès prématurés et des handicaps dans la Région, mais ils restent parmi les facteurs de santé publique les moins mesurés. On estime que 259 601 personnes sont mortes dans des accidents de la circulation en Afrique en 2021, ce qui représente 24 % du total mondial. La Région affiche le taux de mortalité routière le plus élevé au monde, soit 19,6 pour 100 000 habitants. La charge pèse de manière disproportionnée sur les personnes les moins protégées. En effet, les piétons représentent 31 % des décès, les utilisateurs de véhicules à deux ou trois roues, 17,5 % et les cyclistes, 4,4 %, soit plus de la moitié des décès sur les routes. La violence exercée par le partenaire intime touche environ une femme sur cinq en Afrique subsaharienne, soit le niveau le plus élevé de toutes les régions. Ces deux charges sont systématiquement sous-déclarées : le nombre estimé de décès dus aux accidents de la route en 2021 était environ trois fois supérieur à celui déclaré par les pays, et les cas de violence sont sous-déclarés partout où les services axés sur les survivants sont limités. Cette invisibilité est en soi la première constatation et l'une des principales raisons pour lesquelles ces facteurs sont constamment sous-priorisés par rapport à d'autres charges que la Région mesure avec plus de précision.

Au regard de la réponse concrète présentée en détail dans d'autres parties du présent rapport, la contribution du Bureau régional à ces deux déterminants a revêtu cette année un caractère normatif et diagnostique. Le Bureau régional a maintenu l'ensemble de mesures législatives relatives à la sécurité routière déjà en place, qui s'attaque aux cinq facteurs de risque avérés : la vitesse, la conduite en état d'ébriété, le port du casque, la ceinture de sécurité et les dispositifs de retenue pour enfants. Il a également aidé les États Membres à aligner leurs stratégies nationales de sécurité routière sur la Décennie d'action des Nations Unies pour la sécurité routière 2021-2030 et sa cible prévoyant de réduire de moitié le nombre de décès dus aux accidents de la route d'ici 2030, ainsi que sur la Charte africaine sur la sécurité routière de l'Union africaine, l'Observatoire africain de la sécurité routière et le Plan d'action africain pour la sécurité routière 2021-2030. Les travaux multisectoriels sur les facteurs de risque communs, y compris la conduite en état d'ébriété, ont progressé grâce à l'initiative SAFER mentionnée à la section 4.4. En ce qui concerne la violence, le Bureau régional a intégré la prévention dans ses travaux sur le genre, la santé mentale et la protection de la population plutôt que comme un programme autonome.

Principaux résultats



L'ensemble de mesures législatives relatives à la sécurité routière axé sur cinq facteurs (la vitesse, la conduite en état d'ébriété, le port du casque, la ceinture de sécurité et les dispositifs de retenue pour enfants) est resté la référence opérationnelle de la Région. Sur la totalité du continent africain, 38 des 55 États disposent désormais d'une stratégie nationale de sécurité routière. Vingt-quatre d'entre eux ont fixé une cible de réduction du nombre de décès et 19 alignent cette cible sur la cible 3.6 des objectifs de développement durable.



Les services concrets et les mesures de protection

sont présentés dans les sections spécifiques rendant compte de leur mise en œuvre : soins de réadaptation et prise en charge des traumatismes, y compris la Stratégie régionale visant à renforcer la réadaptation dans les systèmes de santé 2025-2035 (visée au chapitre 2, dans la partie dédiée aux capacités des services) ; soins centrés sur les survivants et prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels, et lutte contre de tels actes, aussi au chapitre 2 ; et santé mentale et soutien psychosocial, également au chapitre 2.

4.6. Défis et priorités

Les instruments existent bel et bien, mais dans la plupart des cas, les systèmes nécessaires pour les pérenniser ne suivent pas. L'ingérence de l'industrie du tabac, qui s'articule de plus en plus autour des produits à base de nicotine nouveaux et émergents présentés comme des solutions permettant de réduire les effets nocifs du tabac, reste la principale menace durable qui pèse sur la mise en œuvre de la Convention-cadre, et les changements politiques ont entraîné un arrêt voire un recul des réformes dans certains États Membres. La plupart n'allouent que peu ou pas de budget national à la lutte antitabac, car les recettes des droits d'accise reviennent au Trésor public sans qu'il y ait d'obligation légale d'en affecter une part à la santé, tandis que les lacunes administratives en matière de douanes et de droits d'accise continuent de compromettre les gains réalisés. La réserve climatique est en place mais n'est pas encore décaissée à grande échelle, et le cofinancement bilatéral dont dépendent plusieurs propositions a été réduit. Dans le domaine de l'alimentation et de la sécurité sanitaire des aliments, la politique est en avance sur la mise en œuvre. Si 46 États Membres ont adopté une politique en faveur d'une alimentation saine, aucun des cinq pays qui proposent des réglementations n'applique pleinement des mesures dans les quatre domaines d'action essentiels. En outre, les effets au niveau de la population de l'étiquetage obligatoire, des restrictions à la commercialisation et de la taxation des

boissons ne font pas encore l'objet d'un suivi. Vingt-huit États Membres obtiennent un score inférieur à 50 % pour l'indice de sécurité de l'eau, et les flambées persistantes de choléra montrent que les progrès accomplis au niveau national dans le domaine de l'eau et de l'assainissement n'atteignent pas les communautés les plus exposées.

Ce sont ces mêmes communautés qui supportent la plus lourde charge. Les populations défavorisées des zones rurales, les femmes et les enfants des districts fragiles et touchés par la sécheresse, ainsi que les populations des établissements urbains informels sont les plus exposés à ces facteurs, et la ventilation de l'équité par sexe, âge, handicap et statut rural/urbain reste incomplète pour tous les résultats rapportés ici, ce qui limite la capacité de la Région à leur allouer des ressources.

Au cours des 18 prochains mois, le Bureau régional collaborera avec les 15 États Membres engagés dans un processus de réforme afin d'atteindre l'objectif de référence visant à porter le taux de fiscalité sur les produits du tabac à 75 % du prix de détail, d'institutionnaliser l'indexation sur l'inflation et de mettre en œuvre les mesures de protection prévues à l'article 5.3 contre l'ingérence de l'industrie dans chaque juridiction concernée par une réforme d'ici la douzième Conférence des Parties en 2027. Il aidera également les États Membres à légiférer sur l'affectation d'une part définie des recettes provenant des droits d'accise sur le tabac à la santé, et à publier un ratio annuel des recettes provenant des taxes sur le tabac par rapport au budget alloué à la lutte antitabac. En outre, il fera passer la réserve d'un montant de 139 millions de dollars É.-U. du Fonds pour l'adaptation de la phase de préparation à la phase de décaissement, ouvrira la première réserve du Fonds vert pour le climat pour la santé en Afrique et intégrera les 16 États Membres restants à l'Alliance pour une action transformatrice sur le changement climatique et la santé. Il finalisera et appliquera les mesures relatives à l'étiquetage sur le devant des emballages et aux restrictions en matière de commercialisation dans les États Membres engagés dans un processus de réforme et assurera le financement de l'outil régional pour l'amélioration de la qualité des soins dans la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère. Il faudra, pour cela, que chaque État Membre mette en œuvre la résolution AFR/RC73/R3 au moyen d'un plan d'action national chiffré visant à renforcer la protection et la résilience des communautés, et ventiler, d'ici juin 2027, tous les principaux indicateurs des déterminants des maladies selon le sexe et l'âge.

Ces priorités alimentent le pilier « Promouvoir » du programme d'action à venir de la Région, présenté au chapitre 7.

Références du chapitre 4

2. 'Non-communicable diseases in the WHO African Region: analysis of risk factors, mortality, and responses based on WHO data' (2025) Scientific Reports, 15, p.97180. Disponible à l'adresse: <https://www.nature.com/articles/s41598-025-97180-3>.
3. Cameroon, Côte d'Ivoire, Ethiopia, Gabon, the Gambia, Ghana, Kenya, Mauritius, Nigeria, Senegal, Seychelles, Sierra Leone, South Africa, Uganda and Zambia.
4. Organisation mondiale de la Santé (s.d.). Alliance pour une action transformatrice sur le climat et la santé (ATACH). Disponible à: <https://www.who.int/fr/initiatives/alliance-for-transformative-action-on-climate-and-health> (Consulté le 14 juillet 2026)
5. Gavi, the Vaccine Alliance (2026) Ethiopia Ministry of Health, Gavi, UNICEF and WHO launch health facility solar electrification project. Disponible à l'adresse: <https://www.gavi.org/news/media-room/ethiopia-ministry-health-gavi-unicef-and-who-launch-hfse>.
6. Gavi, l'Alliance du vaccin (2026). Gavi étend le projet de centres de santé alimentés par le solaire, doté de 28 millions de dollars US, avec l'inauguration d'un premier centre en Zambie. Disponible à l'adresse : <https://www.gavi.org/fr/actualites/media-room/gavi-etend-projet-centres-sante-solaire-28-dollars-us>
7. Ethiopia, Ghana, Malawi, Rwanda, South Africa and the United Republic of Tanzania.
8. WHO-recommended healthy diet: salt below 5 g per day; free sugars below 10% of daily calories; total fat below 30% of daily calories; and at least 400 g of fruit and vegetables daily.. Disponible à <https://www.gavi.org/fr/actualites/media-room/gavi-etend-projet-centres-sante-solaire-28-dollars-us>
9. Ethiopia, Ghana, Guinea, Kenya, Liberia, Malawi, Mozambique, Sierra Leone, Togo, Uganda and the United Republic of Tanzania.



*KENYA : Intervention d'urgence face aux
inondations – 3 mai 2024*

© OMS / Genna Print



Accès aux soins de santé sexuelle et reproductive grâce à des systèmes de soins de santé primaires résilients – Tana River, Kenya.

© OMS/ KIRIGO MUMBI

Chapitre

5.

Obtenir des résultats tangibles : un Bureau régional recentré, plus proche des pays

Dans chacun des 47 États Membres de la Région africaine de l'OMS, un système de santé ne peut agir qu'à partir des ressources qui lui parviennent : des personnels de santé possédant les compétences requises et déployés au moment opportun ; des biens et des services acquis et livrés dans les délais ; des recommandations d'audit mises en œuvre rapidement et de manière durable ; et des décisions opérationnelles prises suffisamment près des pays pour répondre à leurs besoins et priorités nationaux. Au cours de la période considérée, le programme mondial de transformation a continué de renforcer les fonctions d'appui et l'efficacité opérationnelle malgré d'importantes contraintes de financement. Sous l'impulsion du Directeur général de l'OMS, un processus de hiérarchisation des priorités et de réaligement a été engagé parallèlement à la réforme à l'échelle du système des Nations Unies « ONU80 » (1).

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a réduit ses effectifs, passant de 2540 membres du personnel en janvier 2025 à 2046 en janvier 2026, puis à 1948 en juillet 2026. Cette restructuration représente une réduction globale des effectifs de 23,3 %. Les trois quarts des agents restants (1434) sont désormais déployés directement dans les bureaux de pays. Le Bureau régional a également achevé la transition des 47 bureaux de pays vers un modèle opérationnel mondial fondé sur les fonctions ou modèle de base pour les bureaux de pays (Core Country Office Model, CCOM). En outre, il a clarifié les processus décisionnels entre les trois niveaux de l'Organisation

grâce à une délégation de pouvoirs clairement définie. Cette réforme a permis de dégager plus de 8 millions de dollars É.-U. d'économies annuelles récurrentes et devrait générer jusqu'à 15,5 millions de dollars É.-U. d'économies supplémentaires au cours du prochain exercice biennal. Enfin, le Bureau régional a renforcé les mécanismes de contrôle institutionnel grâce à des audits internes et externes, tout en mettant en place des dispositifs d'amélioration de l'efficacité destinés à garantir un niveau élevé de performance et le strict respect des règles et politiques de l'Organisation.

5.1. Mesures prises et résultats obtenus

Un modèle opérationnel allégé et davantage centré sur les pays

L'appui apporté par les bureaux de pays de l'OMS aux ministères de la santé doit être de grande qualité et fourni en temps opportun. Toutefois, la réduction du financement en 2025 s'est traduite par une diminution de 13 % du budget programme de base approuvé pour la Région, qui est passé de 1,31 milliard de dollars É.-U. en 2024-2025 à 1,14 milliard de dollars É.-U. en 2026-2027. Cette contraction a entraîné des répercussions sur le niveau de l'assistance technique que les bureaux de pays de l'OMS pouvaient fournir aux pays hôtes. En réponse, la Région a mis en œuvre le cadre mondial d'ajustement, en restructurant ses opérations et ses effectifs dans le cadre d'un vaste exercice de hiérarchisation des priorités et de réaligement.

À la suite de cette restructuration, de la hiérarchisation des priorités et du réaligement menés dans la Région africaine, le nombre de postes de directeur est passé de neuf en janvier 2025 à six en juillet 2025, tandis que le nombre de postes de chef d'équipe est passé de 49 à 33. Tous les centres budgétaires ont été tenus d'identifier les fonctions essentielles et les postes prioritaires pouvant être financés dans les limites de l'enveloppe budgétaire allouée. Parallèlement, les bureaux de pays de l'OMS ont été invités à appliquer le modèle de base lors de l'examen et de la priorisation de leurs fonctions essentielles et de leurs postes critiques. En janvier 2026, les 47 bureaux de pays avaient achevé leur transition vers le modèle de base. Ce cadre repose sur le principe d'une équipe de base soutenue par un financement de base, garantissant que les capacités de chaque bureau de pays correspondent directement aux ressources financières dont il dispose de manière réaliste (2). En conséquence, les effectifs de la Région africaine sont passés de 2540 agents en janvier 2025 à 1948 en juillet 2026, soit une réduction de 23,3 %.

Un processus de cartographie et d'appariement des postes et des agents a été mis en œuvre afin de garantir la transparence et la responsabilité, aboutissant à l'affectation réussie des 2540 membres du personnel. Les agents qui n'ont pu être affectés dans le cadre de ce processus ont bénéficié d'un accompagnement tout au long de la procédure de séparation, y compris du versement de toutes les indemnités auxquelles ils avaient droit. En outre, les services chargés du développement des compétences et de la formation du personnel ont proposé un accompagnement pour la rédaction des curriculum vitae ainsi que des formations aux entretiens fondés sur les compétences, afin de préparer les agents à postuler aux postes devenus vacants.

Le Bureau régional a investi dans le développement du leadership, les systèmes d'apprentissage et le bien-être du personnel au cours de cette période de profonde transition. Une cohorte commune du programme de leadership a été organisée pour la Région africaine de l'OMS, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (EURO) et le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (EMRO). Un programme d'accompagnement à la transition a également été mis en place afin d'aider les nouveaux directeurs, chefs d'équipe et représentants de l'OMS, grâce à un coaching exécutif personnalisé assuré par des coachs certifiés par l'International Coaching Federation.

Des services de soutien psychosocial et de santé mentale ont été largement mis à la disposition de l'ensemble du personnel. Celui-ci a été associé au processus de changement grâce à une communication régulière et transparente. Cette démarche a permis de renforcer la compréhension de la réforme et l'adhésion du personnel à celle-ci et, conjuguée à un engagement constant de la direction, a amorcé une évolution de la culture organisationnelle vers une approche davantage centrée sur les pays, fondée sur la collaboration et orientée vers les résultats. Ces investissements sont conformes aux conclusions du Réseau d'évaluation de la performance des organisations multilatérales (MOPAN 2025), selon lesquelles les gains d'efficacité au sein du système des Nations Unies ne se traduisent par une amélioration durable des résultats que s'ils s'accompagnent d'une véritable capacité de gestion du changement (3).

Appui aux pays, délégation de pouvoirs et performance opérationnelle

Dans le cadre de la restructuration du Bureau régional, un bureau dédié à l'appui aux pays, rattaché au Cabinet du Directeur régional, a été maintenu et est en cours de dotation en ressources. Le Bureau régional a également créé une Unité de suivi, d'évaluation, d'initiatives spéciales et de gestion du changement chargée de soutenir l'apprentissage institutionnel, le suivi des performances et la gestion adaptative. Cette initiative constitue une étape importante dans l'intégration de l'apprentissage organisationnel, du suivi des performances et du pilotage du changement dans l'architecture de gouvernance de la Région.

Le nouveau modèle opérationnel a clarifié les domaines de responsabilité spécifiques et distincts assumés par le Siège de l'OMS, le Bureau régional et les bureaux de pays de l'OMS. Grâce à l'ajout d'un nouveau siège de représentant de l'OMS au sein de la réunion de la direction restructurée, les responsables nationaux disposent désormais d'une voix directe dans les décisions prises au niveau régional. La réunion de la direction est organisée selon deux formats : une équipe restreinte et une équipe élargie, afin de garantir que les décisions les plus importantes sont prises par un groupe resserré tout en maintenant la capacité de supervision de l'instance élargie.

Au fil du temps, les réunions régulières avec les représentants de l'OMS ont permis d'apporter un soutien davantage aligné sur les besoins effectivement exprimés par les pays. Le Comité d'allocation des ressources a été renforcé afin de mieux orienter les ressources financières et techniques vers les besoins opérationnels et programmatiques les plus urgents.

Afin de traduire les intentions en résultats concrets, des équipes spéciales à durée déterminée ont été créées pour résoudre les goulets d'étranglement qui freinaient l'efficacité, la transparence et la responsabilité. Cette démarche a conduit à la création d'un Comité de transparence et d'équité chargé d'examiner les plaintes du personnel. Parallèlement, les notations d'audit et les dispositifs de gestion des risques ont été renforcés dans l'ensemble de la Région.

Conformité et atténuation des risques

Les solutions de paiement numérique destinées à soutenir les campagnes de terrain ont continué de se développer et ont depuis été adoptées comme bonne pratique par d'autres Régions de l'OMS. Le nombre d'États Membres mettant en œuvre ce mécanisme est passé de 23 à 25 entre mars 2025 et mars 2026, tandis que plus de deux millions d'agents de santé dans 12 pays ont reçu leurs paiements par argent mobile ou virement bancaire, 95 % d'entre eux étant payés dans un délai de 10 jours. Ce nouveau mécanisme a permis des paiements plus rapides, plus transparents et plus facilement traçables, a amélioré la satisfaction des agents de santé, a réduit les risques liés à la manipulation d'espèces et a renforcé les contrôles financiers dans le cadre des opérations de campagne.

Plusieurs autres initiatives visant à améliorer l'efficacité des processus de la chaîne d'approvisionnement ont été adoptées. Le succès du premier appel d'offres d'achats groupés lancé dans le cadre de l'initiative des petits États insulaires en développement (PEID) d'Afrique en juin 2023 a conduit au lancement d'un deuxième appel d'offres en juin 2026. Cette nouvelle opération a permis d'augmenter à la fois les quantités indicatives et le nombre de médicaments et de formulations de produits, qui est passé de 67 à 239, soit une augmentation de près de quatre fois, dans quatre grandes catégories de produits : i) anesthésiques ; ii) anti-infectieux ; iii) immunomodulateurs, antinéoplasiques et traitements de soutien ; et iv) médicaments contre les maladies non transmissibles.

Parallèlement, la valeur annuelle des prévisions d'approvisionnement a augmenté de 69 % pour atteindre 22 millions de dollars É.-U., avec un potentiel d'économies d'au moins 20 %, soit 4,5 millions de dollars É.-U., pour les États Membres participants. Cette dynamique a donné une impulsion importante à l'initiative des PEID d'Afrique, qui a inspiré d'autres communautés économiques sous-régionales et entités régionales, notamment la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC), la Communauté Économique et Monétaire de l'Afrique Centrale (CEMAC) et l'Organisation ouest-africaine de la santé (OOAS), ainsi que les pays du Sahel, à solliciter le Secrétariat de l'OMS en vue de reproduire des approches similaires d'achats groupés et de structuration des marchés.

Rapport coût-efficacité : efficience, efficacité et équité

Les gains en matière de rapport coût-efficacité et les économies réalisés par 36 bureaux de pays et le Bureau régional s'élèvent à 10 millions de dollars É.-U., consolidés dans plusieurs domaines stratégiques prioritaires. Les principales mesures ayant contribué à ces résultats comprennent la réduction directe des coûts, la négociation directe des contrats, les achats en gros et les achats groupés, ainsi que le recours à des solutions logistiques alternatives.

L'un des progrès opérationnels les plus marquants a été le renforcement de l'appui apporté aux bureaux de pays en matière de chaîne d'approvisionnement et d'achats. Un tableau de bord d'évaluation de la préparation et des capacités en matière d'achats, couvrant 19 paramètres, notamment les effectifs, les compétences requises, les dispositifs de suivi et les pratiques de conformité, est désormais utilisé pour classer les bureaux de pays selon leur niveau de préparation, allant d'un niveau faible nécessitant un renforcement à un niveau satisfaisant ou élevé. Cet outil permet de fournir un appui plus ciblé, différencié et orienté vers les résultats.

L'intégration progressive de l'intelligence artificielle dans certains volets du processus de gestion de la chaîne d'approvisionnement constitue une étape importante vers une plus grande efficacité, une transparence accrue et une prise de décision davantage fondée sur les données.

Amélioration des processus et économies réalisées

Au cours de la période considérée, le programme d'amélioration des processus et de l'efficacité du Bureau régional a permis d'identifier plus de 8 millions de dollars É.-U. d'économies annuelles récurrentes et de coûts évités, auxquels devraient s'ajouter jusqu'à 15,5 millions de dollars É.-U. de gains supplémentaires au cours de l'exercice biennal 2026-2027 (1). Les mécanismes de recouvrement des coûts et la restructuration de la chaîne d'approvisionnement représentent à eux seuls environ 4 millions de dollars É.-U. d'économies par an. Ces résultats ont conduit à envisager les services d'achats du Bureau régional comme un futur service commun dans le cadre du volet « facilitateurs opérationnels » du programme ONU80 (4). Les réformes visant à renforcer la conformité et la gestion des risques, notamment la mise en place de services régionaux partagés et le renforcement du Comité régional de gestion des risques, génèrent quant à elles des économies annuelles d'environ 2 millions de dollars É.-U.

Le déploiement de l'Internet par satellite Starlink sur 94 sites répartis dans 36 bureaux de pays, en particulier dans des lieux d'affectation difficiles d'accès au Nigéria, en République démocratique du Congo, au Soudan du Sud et au Mozambique, conjugué au retrait progressif des anciens systèmes de communication par satellite particulièrement coûteux, devrait permettre de dégager plus de 3 millions de dollars É.-U. d'économies sur l'ensemble de l'exercice biennal. D'autres gains sont attendus en 2026-2027 grâce à l'automatisation et à l'intégration de l'intelligence artificielle, dans une dynamique comparable aux 18,7 millions de dollars É.-U. d'économies liées au numérique et à l'IA enregistrées en 2025 par le Programme des Nations Unies pour le développement.

L'optimisation des services opérationnels sur le site de Brazzaville, notamment par la rationalisation des transports, le renforcement des contrôles relatifs aux indemnités de logement, l'installation de panneaux solaires et l'amélioration des activités de maintenance, devrait générer des économies annuelles supérieures à 1,8 million de dollars É.-U.

Des services opérationnels plus proches des bureaux de pays : un centre régional de services à Pretoria

Afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacité des opérations et de rationaliser le traitement des transactions pour offrir un appui de qualité aux bureaux de pays, l'approche régionale en matière de services opérationnels a été renforcée par la création de deux unités distinctes : l'unité d'appui au Bureau régional (ROSU), chargée d'apporter un appui au Bureau régional de Brazzaville ; l'unité d'appui régional (RSU), destinée à soutenir le pôle du groupe organique Administration générale et coordination déjà établi à Pretoria dans la fourniture de services opérationnels aux 47 bureaux de pays. Ce modèle s'inscrit dans la logique de mutualisation des services préconisée par le Plan d'action ONU80 (5).

5.2. Défis et priorités

Les réformes et initiatives engagées sont d'une ampleur significative et adaptées au contexte financier de la période considérée. Les priorités demeurent la réduction du déficit de financement résiduel, le recours accru aux technologies numériques et à l'intelligence artificielle, le suivi et la notification des données au niveau des pays, ainsi que la promotion de la diversité des effectifs.

Déficit de financement résiduel. Les réformes ne permettent pas, à elles seules, de résorber le déficit de financement résiduel de 662 millions de dollars É.-U. auquel sont confrontés les programmes de base de la Région pour l'exercice 2026-2027, dans un contexte où le déficit de financement des programmes de base de l'OMS s'élève à environ 1,1 milliard de dollars É.-U. à l'échelle mondiale (1). Pour pérenniser les progrès accomplis, les États Membres devront soutenir le cycle d'investissement de l'OMS en honorant les engagements pris concernant l'augmentation de 20 % des contributions fixées, approuvée par la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. Il sera également indispensable de poursuivre le plaidoyer engagé dans le cadre de la résolution WHA75 (8) afin que 50 % des programmes de base soient financés au moyen de ressources flexibles d'ici l'exercice 2030-2031.

Volet numérique et intelligence artificielle. La modernisation des infrastructures de connectivité, notamment grâce à l'acquisition d'équipements Starlink et au retrait progressif des anciens systèmes de communication par terminaux à très petite ouverture, a été menée à bien. Au cours du prochain exercice biennal, il conviendra d'intégrer de manière systématique un volet consacré à l'intelligence artificielle et à l'automatisation

dans les processus administratifs, notamment au moyen de systèmes intégrés de gestion (ERP) natifs du cloud et de solutions exploitant l'intelligence artificielle pour améliorer l'efficacité opérationnelle (5).

Indicateurs d'amélioration de la prestation des services au niveau des pays. Le Bureau régional mettra en place des indicateurs de performance relatifs aux gains d'efficacité, notamment les délais d'approvisionnement, les délais de traitement des opérations relatives aux ressources humaines et la rapidité de déploiement lors des situations d'urgence, afin de démontrer la valeur ajoutée du nouveau modèle opérationnel au niveau des pays. Ces indicateurs constitueront la base du rapport de l'année prochaine. Au cours des 18 prochains mois, le Bureau régional institutionnalisera ce nouveau modèle opérationnel et assurera le suivi de ses effets.

Références du chapitre 5

1. Organisation mondiale de la Santé (2026) Processus de définition des priorités et de réalignement de l'OMS en 2025. Conseil exécutif, Document EB158/52 Add.1. Genève : Organisation mondiale de la Santé. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB158/B158_52Add1-fr.pdf
2. World Health Organization Regional Office for Africa (2026) Core Country Office Model: implementation guidance and rollout report. Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa.
3. Multilateral Organisation Performance Assessment Network (2025) Doing better with less: Unlocking efficiency in the UN. Paris: MOPAN October 2025. <https://www.mopan.org/en/our-work/performance-insights/multilateral-effectiveness-in-a-shifting-landscape/efficiency-thematic-brief-summary.html>
4. Boston Consulting Group (2022) Shared services can ignite transformation in government. Boston : Boston Consulting Group. <https://www.bcg.com/publications/2022/transformation-in-government>
5. United Nations Development Programme (2025) Analysis related to proposed UNDP initiative. Geneva: United Nations Development Programme. <https://www.undp.org/analysis-related-proposed-un80-initiative>



Soixante-cinquième réunion du Programme régional (RPM65) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la Région africaine : Brazzaville, 9-10 octobre 2025

©OMS/SCAPUN PICTURES

Chapitre

6.

Financement, appropriation et partenariat

Les améliorations de la santé ne peuvent être durables pour les populations qui en bénéficient que si elles reposent sur un financement soutenable dans les années suivantes. Comme indiqué au chapitre 1, la période considérée s'est ouverte dans l'un des contextes de financement de la santé les plus difficiles de ces dernières décennies.

Dans ce contexte, la Région est parvenue à mobiliser un bloc régional historique d'engagements souverains en faveur du tout premier cycle d'investissement de l'OMS. Elle a augmenté le volume des contributions volontaires grâce à un plan régional intensif de mobilisation des ressources pour les situations d'urgence, accru le niveau des contributions fixées et porté à 24 % la part des financements provenant du secteur privé et des fondations. En outre, la Région a accompagné les États Membres dans l'accélération des réformes du financement de la santé et de la mobilisation des ressources nationales dans le cadre de l'Agenda de Lusaka, a renforcé sa collaboration avec les communautés économiques régionales et a approfondi le partenariat stratégique entre l'OMS et l'Union africaine au niveau des chefs d'État. Le présent chapitre décrit les ressources mobilisées, les différentes sources de financement, les stratégies nationales de financement intérieur des systèmes de santé, ainsi que les perspectives d'évolution de l'architecture mondiale des partenariats.

6.1. Le premier cycle d'investissement de l'OMS : un bloc régional historique d'engagements souverains

Un financement prévisible fait toute la différence entre un programme qui fonctionne jusqu'à la fin de l'année et un programme qui se poursuit jusqu'à l'élimination de la maladie. Au cours de la période considérée, 22 États Membres,ⁱⁱⁱ soit 47 % des 47 États Membres de la Région africaine de l'OMS, ont pris des engagements financiers dans le cadre du cycle d'investissement de l'OMS. À l'échelle mondiale, ce premier cycle d'investissement a permis de mobiliser 3,8 milliards de dollars É.-U. auprès de 71 contributeurs, soit 53 % de l'objectif fixé à 7,1 milliards de dollars É.-U. Ces engagements reflètent une combinaison volontaire de pays à faible revenu, à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, agissant dans un esprit de solidarité, et témoignent du rôle moteur de l'Afrique dans les efforts visant à assurer à l'OMS un financement de base prévisible, souple et résilient.

Au cours de l'année écoulée, 48 % de ces engagements ont été convertis en ressources effectivement disponibles, contre 12 % en juillet 2025. Ces engagements constituent le socle du maintien des services essentiels destinés aux populations des pays représentés par les ministres ayant pris ces engagements. Trois initiatives opérationnelles ont permis d'obtenir ce résultat. Premièrement, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a été utilisé, pour la première fois dans l'histoire de l'Organisation, comme plateforme innovante de mobilisation des ressources : la Soixante-quatrième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, tenue à Brazzaville en août 2024, a accueilli le tout premier événement consacré au cycle d'investissement organisé dans le cadre d'une session d'un Comité régional, tandis que la Soixante-quinzième session, tenue à Lusaka en août 2025, a servi de point d'ancrage à une nouvelle vague d'engagements. Deuxièmement, plus de 10 séances d'information de haut niveau ont été préparées afin d'accompagner la participation des États Membres africains aux conférences mondiales de mobilisation des ressources.

Les contributions volontaires ont atteint 769 millions de dollars É.-U. en 2024-2025

Cette progression résulte d'une stratégie de diversification mise en œuvre sur plusieurs exercices biennaux. Entre les périodes 2020-2021 et 2024-2025, les contributions provenant du secteur privé et des fondations au bénéfice de la Région sont passées de 91 millions à 171 millions de dollars É.-U., soit une augmentation de 85 % sur deux exercices biennaux. À la fin de la période considérée, les gouvernements représentaient 39 dollars sur 100 des contributions volontaires, les banques, les fonds et les partenaires multilatéraux 37 dollars, tandis que le secteur privé et les fondations philanthropiques apportaient les 24 dollars restants.

iii. Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burkina Faso, 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.

Cette répartition constitue un portefeuille de financement plus équilibré qu'à aucun autre moment auparavant, avec une structure comparable à celle des fonctions de partenariat les plus performantes du système des Nations Unies. Cette évolution réduit la dépendance de la Région à l'égard d'un éventuel retrait ou changement de priorités d'un seul donateur et la place dans une position plus favorable pour aligner les ressources extérieures sur les priorités des pays, grâce au cycle d'investissement de l'OMS, à l'augmentation de 20 % des contributions fixées approuvée par la Soixante-Dix-Huitième Assemblée mondiale de la Santé et à l'objectif fixé par la résolution WHA75(8) consistant à financer 50 % des programmes de base au moyen de ressources flexibles d'ici 2030-2031.

Le renforcement de la gestion des partenariats a progressé parallèlement à l'augmentation des financements. Au cours de l'exercice biennal, 105 partenariats et programmes conjoints entre organismes des Nations Unies ont été conclus ; 186 collaborations ont été examinées dans le cadre du Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques, chacune ayant fait l'objet d'un contrôle préalable et d'une évaluation des risques dans un délai de 72 heures ; 470 propositions de financement ont été soumises ; enfin, la ponctualité des rapports destinés aux donateurs est passée de 38 % de rapports remis dans les délais en 2020-2021 à 51 % en 2024-2025, avec 1972 rapports transmis au cours de cette dernière période. Ensemble, ces résultats constituent le socle de gestion sur lequel reposera la fidélisation des partenaires financiers.

Outre les partenariats nationaux présentés ci-après, plusieurs partenariats phares multipays ont été mis en œuvre, notamment avec la Children's Investment Fund Foundation, qui a soutenu les programmes de santé maternelle et infantile, de nutrition et de lutte contre les maladies tropicales négligées, ainsi qu'avec la Fondation pour l'OMS, qui a apporté un appui aux activités d'approvisionnement dans le cadre des interventions d'urgence de l'OMS. Parmi les nouveaux partenariats de haut niveau conclus au début de l'année 2026 figurent une lettre d'entente mutuelle avec Unitaid, signée le 2 février 2026, ainsi que la mission stratégique de la Fondation Gates au Bureau régional, organisée du 23 au 25 février 2026. Ces collaborations ont contribué à l'élaboration de la Vision stratégique 2026-2030 ainsi qu'au développement de l'initiative Women in Leadership (Leadership féminin).

Les États Membres ont accéléré les réformes du financement de la santé et la mobilisation des ressources nationales

Il est indispensable d'accélérer les réformes du financement de la santé au niveau des pays dans une Région où les dépenses restant à la charge des ménages représentent plus de 20 % des dépenses de santé et où les dépenses publiques consacrées à la santé demeurent, en moyenne, inférieures à l'objectif de 15 % fixé par la Déclaration d'Abuja. Pour relever ce défi, le Bureau régional a mis en place des plateformes régionales et nationales destinées à accélérer les réformes au rythme qu'impose la situation.

Au moins sept États Membres ont adopté ou actualisé des stratégies nationales de financement de la santé alignées sur les cinq transformations prioritaires définies dans l'Agenda de Lusaka. Celles-ci portent sur l'appropriation nationale de la définition des priorités, l'accroissement du financement intérieur, des approches conjointes en faveur de l'équité et des soins de santé primaires (SSP), une meilleure cohérence stratégique et opérationnelle entre les initiatives mondiales en matière de santé, ainsi que le renforcement de la responsabilisation.

Deux réunions de haut niveau, organisées respectivement à Johannesburg pour 24 États Membres anglophones et francophones et à Abidjan pour 14 États Membres francophones en février 2026, ont réuni des représentants des ministères de la santé et des Finances ainsi que des partenaires au développement afin de convenir de mesures concrètes visant à renforcer la mobilisation des ressources nationales et l'efficacité des dépenses. En outre, plus de 30 hauts fonctionnaires issus de cinq États Membres lusophones^{iv} ont suivi, en juin 2025, une formation fondée sur les compétences portant sur les comptes nationaux de la santé et sur la matrice d'évaluation des progrès du financement de la santé. À la suite de cette formation, la Guinée-Bissau a repris la collecte de données pour l'établissement de ses comptes nationaux de la santé, tandis que l'Angola a engagé les préparatifs de son premier exercice de comptes nationaux de la santé conformément au cadre du système des comptes de la santé 2011, renforçant ainsi les bases factuelles nécessaires au suivi de la protection financière et des tendances des dépenses de santé dans l'ensemble de la Région. Huit pays (3) ont évalué leur système de financement de la santé à l'aide de la matrice d'évaluation des progrès du financement de la santé, produisant les données nationales indispensables à la révision de leurs stratégies de financement de la santé.

Un programme tripartite de renforcement des capacités consacré au suivi de la protection financière a réuni les instituts nationaux de statistique et les ministères de la santé de toute la Région. Avec l'appui de l'Institut de statistique de l'Union africaine, de l'OMS et de la Banque mondiale, 23 États Membres francophones se sont réunis à Dakar en septembre 2025, puis 24 pays anglophones en juin 2026. La première cohorte du pôle de connaissances sur la couverture sanitaire universelle de la Région, organisée en février 2026, a rassemblé des représentants des ministères de la santé et des Finances afin de favoriser le partage d'expériences sur les réformes en cours du financement de la santé, consolidant ainsi le lien entre les dimensions politique et technique préconisé par l'Agenda de Lusaka. Dans le cadre de la plateforme d'investissement pour l'impact en santé, le Burundi et l'Angola ont bénéficié d'un appui financier pour élaborer des plans d'investissement chiffrés en faveur des soins de santé primaires. Le tableau de bord régional de la matrice d'évaluation des progrès du financement de la santé couvre désormais 31 États Membres, permettant un suivi comparatif annuel des progrès accomplis au regard de la résolution sur le financement de la santé en faveur de la couverture sanitaire universelle adoptée lors de la Soixante-Quatrième session

du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique (AFR/RC74/8).

La première cohorte des responsables nationaux du Forum africain sur le financement de la santé 2026, composée de représentants des ministères de la santé et des Finances, a été constituée en mars 2026. Lors de la Soixante-Seizième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, le Bureau régional présentera aux États Membres, pour adoption, la Stratégie pour l'avenir du financement de la santé dans la Région africaine de l'OMS 2026-2035, qui constituera le cadre normatif de référence pour les dix prochaines années et permettra la mise en œuvre des réformes de mobilisation des ressources nationales convenues à Johannesburg et à Abidjan.

Le partenariat stratégique entre l'OMS et l'Union africaine a été renforcé au niveau des chefs d'État, faisant progresser la gouvernance continentale de la santé

Par l'intermédiaire du Bureau de liaison de l'OMS auprès de l'Union africaine et de la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, le Bureau régional a considérablement renforcé son partenariat stratégique avec le système de l'Union africaine au cours de la période considérée. Il a notamment appuyé les processus de transition institutionnelle nécessaires à la mise en œuvre opérationnelle de l'Agence africaine du médicament. Cet appui a porté sur la consolidation de l'initiative en faveur de l'harmonisation de la réglementation des médicaments en Afrique au sein de l'Agence, la mise en place de mécanismes de détachement d'experts techniques et le renforcement des systèmes de réglementation, conformément au Traité portant création de l'Agence africaine du médicament, entré en vigueur en 2023, ainsi qu'au Plan de fabrication de produits pharmaceutiques pour l'Afrique.

Bien que le thème officiel du Sommet de l'Union africaine de février 2026 ait porté sur l'eau et l'assainissement, ce sommet a offert une occasion unique d'accroître la visibilité des priorités sanitaires au plus haut niveau politique, celui des chefs d'État et de gouvernement. Parmi ces priorités figuraient la vaccination (comme en témoigne la Déclaration d'Addis-Abeba sur la vaccination), la santé des femmes, la Campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique Plus, le financement durable de la santé et le programme en faveur de la souveraineté sanitaire de l'Afrique. Au cours de la même période, la collaboration avec le Parlement panafricain s'est également sensiblement renforcée.

S'appuyant sur le cadre établi en 2024, le Cadre de collaboration et Plan d'action conjoint convenu entre l'OMS et le CDC-Afrique a progressé grâce à des plateformes structurées de concertation, à un dialogue politique harmonisé, à des processus conjoints de planification et à un appui technique coordonné aux États Membres dans neuf domaines prioritaires : la souveraineté sanitaire ; les systèmes de santé résilients ; le financement durable de la santé ; la fabrication locale de produits de santé ; la vaccination ; la SRMNEA ; la sécurité sanitaire ; le développement des personnels de santé ; la santé numérique. Le groupe des partenaires pour la santé en Afrique fait office de principale plateforme de coordination

iv. Angola, Cabo Verde, Guinée-Bissau, Mozambique et Sao Tomé-et-Principe.

entre les partenaires. Conformément à l'Agenda de Lusaka, qui appelle à réduire la fragmentation des initiatives mondiales en matière de santé, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale et le CDC-Afrique convergent vers une réponse continentale unique face au contexte de l'après-aide au développement.

Renforcement de la collaboration avec les communautés économiques régionales

Au cours de la période considérée, le Bureau régional a renforcé sa collaboration avec les communautés économiques régionales et les organisations régionales de santé, afin de faire le lien entre les orientations stratégiques définies au niveau continental et leur mise en œuvre coordonnée dans les États Membres. Par l'intermédiaire du Bureau de liaison de l'OMS auprès de l'Union africaine, cette collaboration a également été élargie aux bureaux de liaison des communautés économiques régionales basés à Addis-Abeba ainsi qu'à la plateforme de coordination et de collaboration entre les communautés économiques régionales et les mécanismes régionaux, favorisant une participation accrue des communautés économiques régionales et une meilleure harmonisation des priorités sanitaires communes à l'Union africaine et à l'OMS.

En 2025, la collaboration avec l'Autorité intergouvernementale pour le développement (IGAD) a progressé dans les domaines du financement durable de la santé et de la sécurité sanitaire régionale. L'appui technique de l'OMS est venu compléter le programme de dividende démographique et de santé sexuelle et reproductive mis en œuvre par la coalition IGAD–Agence de développement de l'Union africaine – Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (IGAD–AUDA-NEPAD). Cette collaboration a notamment permis l'élaboration de la Stratégie régionale de financement de la santé de l'IGAD ainsi que d'une feuille de route pour la création d'un Centre régional de financement de la santé, destiné à promouvoir la mobilisation des ressources nationales, le renforcement des capacités et le partage des connaissances.

En Afrique de l'Ouest, la collaboration déjà établie avec la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) par l'intermédiaire de l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS) a été renforcée grâce à plusieurs initiatives régionales conjointes, notamment la Conférence internationale de la CEDEAO sur la fièvre de Lassa, organisée en septembre 2025. Cette coopération a ensuite été formalisée par la signature d'un protocole d'accord au cours de la période considérée.

En décembre 2025, le Bureau régional et la Communauté de la santé de l'Afrique orientale, centrale et australe (ECSA-HC) ont signé un protocole d'accord établissant un cadre structuré de coopération dans les domaines de la couverture sanitaire universelle, de la sécurité sanitaire, du développement des personnels de santé, de l'harmonisation de la réglementation, de la santé numérique, de la recherche, du changement climatique et de la résistance aux antimicrobiens. En 2026, ce partenariat est entré dans une phase de mise en œuvre opérationnelle, notamment grâce à la participation de l'ECSA-HC à la consultation de haut niveau organisée à Brazzaville les 4 et 5 mai 2026 afin de renforcer la préparation et la riposte face aux menaces sanitaires transfrontalières.

La collaboration avec la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC) a également été progressivement renforcée grâce au détachement d'un conseiller principal de l'OMS en matière de santé auprès du Secrétariat de la SADC, à des échanges de haut niveau avec le Secrétaire exécutif de la SADC en juin 2026, ainsi qu'au soutien apporté par l'OMS à la Réunion conjointe des ministres des Finances et de la Santé de la SADC, tenue les 2 et 3 juillet 2026. L'OMS a contribué aux discussions consacrées au financement durable de la santé, au renforcement de la résilience des systèmes de santé et à la préparation aux pandémies, notamment lors d'une session spécifique consacrée à l'évolution de la situation liée à la maladie à virus Ebola et au niveau de préparation de la Région, ainsi que d'une manifestation de haut niveau sur le financement durable de la santé et des droits en matière de santé sexuelle et reproductive, ainsi que de la SRMNEA.

Dans la région de la Communauté économique des États de l'Afrique centrale (CEEAC), l'appui de l'OMS a notamment consisté à élaborer un plan régional de protection des communautés et de communication sur les risques et participation communautaire, couvrant les 11 États Membres, ainsi qu'un répertoire de messages communautaires fondés sur les risques afin de soutenir les activités de préparation et de riposte. Cette collaboration intervient à un moment particulièrement opportun : le rapport 2026 du Secrétaire général des Nations Unies sur l'Afrique centrale souligne en effet les progrès accomplis dans l'élaboration du Plan stratégique 2026-2030 de la Commission de la CEEAC, tout en insistant sur la nécessité "un soutien suffisant et prévisible des partenaires pour transformer les priorités régionales en actions concrètes.

Coups de projecteur sur les pays

République-Unie de Tanzanie : garantir le financement de la sécurité sanitaire au cours d'une année marquée par une flambée épidémique. Au cours de la même année où la Région a riposté à une flambée de maladie à virus Marburg en République-Unie de Tanzanie, le pays a obtenu une subvention de 25 millions de dollars É.-U. du Fonds de lutte contre les pandémies afin de renforcer la sécurité sanitaire et la préparation aux pandémies. Il a également pris un engagement dans le cadre du cycle d'investissement de l'OMS et accueilli un partenariat de haut niveau avec la Coalition pour les innovations dans la préparation aux épidémies par l'intermédiaire du Forum africain pour la réglementation des vaccins. Cet enchaînement, (mobilisation des ressources nationales, engagement souverain dans le cadre du cycle d'investissement de l'OMS et riposte à une flambée épidémique au cours d'une même période de 12 mois) illustre concrètement le mode de fonctionnement auquel doit conduire cette architecture de partenariat.

Madagascar : un partenariat avec une fondation au service de l'élimination de la filariose lymphatique. Le partenariat mis en place pour l'élimination de la filariose lymphatique à Madagascar montre comment la contribution d'une fondation peut être associée à un objectif d'élimination clairement défini, plutôt qu'au financement d'un programme sans échéance déterminée. Ce modèle, dans lequel les ressources apportées par la fondation, le leadership du Ministère de la santé et l'assistance technique de l'OMS sont tous évalués à l'aune d'un objectif unique d'élimination, constitue l'une

des illustrations les plus concrètes, au niveau national, de l'appel lancé dans l'Agenda de Lusaka en faveur d'une plus grande cohérence stratégique entre les initiatives mondiales dans le domaine de la santé.

Zambie : des investissements du secteur privé pour résoudre le problème de l'accès à l'électricité qui freine les soins de santé primaires. Dans le secteur de la santé, un approvisionnement fiable en électricité n'est pas un luxe : c'est une nécessité. Un établissement de santé qui ne peut pas maintenir les vaccins dans la chaîne du froid ne peut pas obtenir les résultats en matière de vaccination auxquels contribue l'ensemble du système de santé. L'électrification solaire des établissements de santé en Zambie constitue l'une des démonstrations les plus concrètes, au cours de la période considérée, que les investissements du secteur privé, lorsqu'ils sont mobilisés dans le cadre d'un partenariat efficace avec l'OMS et alignés sur les priorités définies par le Ministère de la santé, peuvent lever un obstacle majeur en matière d'infrastructures au niveau des soins de santé primaires. En s'appuyant sur un programme multilatéral existant, cette initiative montre également comment le cofinancement par le secteur privé peut développer les infrastructures sanitaires de manière efficiente, sans créer de mécanismes parallèles. Dans un contexte de diminution de l'aide au développement, ce type de modèle offre une solution concrète pour assurer la pérennité des services de santé essentiels dans des environnements où les ressources sont limitées. Il présente en outre l'avantage de pouvoir être reproduit dans l'ensemble de la Région, au sein des réseaux d'établissements de santé confrontés à un accès insuffisant à l'électricité.

6.2. Défis à relever

Les efforts engagés ne sont pas encore achevés. La Région devra relever quatre défis majeurs au cours du prochain exercice biennal.

Premièrement, combler le déficit résiduel de financement des programmes de base. Les réformes mises en œuvre et les ressources mobilisées ne couvrent qu'une partie des besoins de financement de l'OMS pour la période 2026-2027. Les programmes de base de la Région présentent encore un déficit de financement de 662 millions de dollars É.-U., dans un contexte où le déficit de financement des programmes de base de l'OMS s'élève à environ 1,1 milliard de dollars É.-U. à l'échelle mondiale pour le même exercice biennal. Pour résorber la part qui incombe à la Région, il sera nécessaire à la fois d'accroître les engagements souverains, en ciblant en particulier les 25 États Membres africains qui n'ont pas encore pris d'engagement dans le cadre du cycle d'investissement de l'OMS, et de poursuivre les efforts de mobilisation auprès du secteur privé et des fondations.

Deuxièmement, transformer les engagements en décaissements effectifs. Les engagements financiers ne se traduisent pas automatiquement par des décaissements. L'expérience des cycles de reconstitution des ressources de Gavi et du Fonds mondial montre que le principal risque réside dans le décalage entre les engagements politiques et leur exécution budgétaire. La Région mettra en place un mécanisme de suivi trimestriel des 22 engagements pris par les États Membres africains dans le cadre du cycle d'investissement et rendra compte

chaque trimestre au Directeur régional de l'état des décaissements par rapport aux engagements annoncés. Pour favoriser cette conversion, la collaboration avec les ministères des Finances devra être renforcée, parallèlement à celle déjà établie avec les ministères de la santé.

Troisièmement, faire face aux conséquences de la réduction de l'aide publique au développement des pays du G7. La quasi-totalité des pays du G7 a annoncé une diminution de son aide au développement, ce qui entraînera des répercussions importantes sur le potentiel de mobilisation des ressources de la Région au cours de l'exercice 2026-2027. Le Bureau régional mettra en place un registre des risques défensifs destiné à suivre l'exposition de la Région à l'égard des 10 principaux donateurs souverains, ainsi qu'un plan d'atténuation correspondant, conformément à l'Agenda de Lusaka, qui préconise un renforcement de la mobilisation des ressources nationales comme stratégie complémentaire. Le financement intérieur n'est plus seulement une perspective à long terme : il constitue désormais le principal levier d'action pour le prochain exercice biennal. Dans 35 États Membres, les dépenses de santé à la charge des ménages représentent au moins un quart des dépenses courantes de santé, ce qui accroît le risque de difficultés financières pour les populations et limite leur protection financière. Par ailleurs, la contraction de l'aide publique au développement a réduit la marge de manœuvre budgétaire disponible pour investir dans le renforcement des systèmes de santé dans au moins 14 pays fortement tributaires de cette aide.

Quatrièmement, mettre en place l'infrastructure numérique nécessaire à la gestion des partenariats. Pour assurer durablement la gestion du Réseau des partenariats de la Région africaine de l'OMS sans augmentation proportionnelle des effectifs, il sera nécessaire de déployer une plateforme régionale de gestion des relations avec les partenaires, appuyée par une infrastructure numérique adaptée. Des investissements dans ces deux domaines seront indispensables au cours de l'exercice 2026-2027.

6.3. Priorités pour l'avenir

Les priorités de la Région en matière de partenariats et de financement pour le prochain exercice biennal s'articulent autour de trois échéances politiques majeures et d'une évolution opérationnelle. Les échéances politiques sont les suivantes : la soixante-seizième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, en 2026, au cours de laquelle les États Membres devraient approuver la Stratégie pour l'avenir du financement de la santé dans la Région africaine de l'OMS 2026-2035 ; la soixante-dix-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, en 2027, au cours de laquelle sera examinée la mise en œuvre de la feuille de route continentale pour l'Agenda de Lusaka ; le Forum africain sur le financement de la santé 2026, à l'occasion duquel les États Membres devraient adopter des stratégies nationales actualisées de financement de la santé ainsi que des dossiers d'investissement chiffrés en faveur des soins de santé primaires. L'évolution opérationnelle s'articule autour de cinq priorités : convertir les engagements financiers en décaissements effectifs et rendre compte, chaque trimestre, des progrès réalisés ; étendre la participation au cycle d'investissement de l'OMS aux 25 États Membres africains qui n'y participent pas encore, avec pour objectif une participation de l'ensemble de la Région d'ici la fin

de 2027 ; porter à 30 % la part des ressources mobilisées provenant du secteur privé et des fondations d'ici la fin de 2027 ; mettre en œuvre le Plan d'action conjoint OMS–CDC-Afrique, assorti de résultats mesurables ; déployer, à l'échelle régionale, une plateforme de gestion des relations avec les partenaires afin de soutenir le fonctionnement du Réseau des partenariats. L'action la plus déterminante pour remplacer progressivement les financements extérieurs par des systèmes de santé financés et pilotés par les pays eux-mêmes consiste à mettre en œuvre la stratégie de financement de la santé 2026-2035, avec pour objectif qu'au moins 25 pays aient publié une stratégie nationale actualisée de financement de la santé ainsi qu'un plan d'investissement chiffré en faveur des soins de santé primaires d'ici 2028. Les progrès accomplis feront l'objet d'un rapport présenté à la soixante-dix-septième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, en 2027.

6.4. Recommandations du Secrétariat aux États Membres

- **Continuer** à soutenir l'OMS au moyen d'un financement souple et prévisible, notamment en :
- **s'acquittant** intégralement de leurs contributions fixées et en poursuivant leur augmentation conformément au dossier d'investissement 2025-2028 ;
- **maintenant** la dynamique de progression des contributions volontaires enregistrée au cours de l'année écoulée grâce à la mobilisation des ressources nationales et à la hausse des investissements dans la santé ;
- **élargissant** de manière innovante leur base de donateurs, notamment en renforçant la collaboration avec les acteurs non étatiques, y compris ceux du secteur privé.



Sensibilisation à la santé sexuelle et reproductive à Samburu, au Kenya
©Genna Print / OMS

Chapitre

7.

Assurer l'avenir du secteur de la santé en Afrique : la voie à suivre d'ici à 2027 et au- delà

Ce dernier chapitre du rapport du Directeur régional se veut résolument tourné vers l'avenir. Il résume les réalisations de la période couverte par le précédent rapport jusqu'au 30 juin 2026 et dresse le bilan des objectifs qui restent à atteindre ; analyse les facteurs politiques, économiques, sociaux, environnementaux et technologiques qui influenceront les cinq prochaines années ; présente la vision de la Région en matière de santé publique et les changements politiques qu'elle nécessite ; décrit le programme du Directeur régional, structuré sur trois horizons temporels, à savoir 2027, 2030 et 2035 ; et se termine par un appel adressé aux États Membres et aux partenaires, en vue d'une prise de décision. L'argument avancé est simple : la Région africaine n'attend plus un ordre sanitaire mondial élaboré ailleurs. Elle contribue à en façonner un qui lui soit propre, qui soit financé et dirigé au sein même de l'Afrique, et les choix que feront les ministres et les partenaires détermineront dans quelle mesure et à quel rythme cet avenir se concrétisera (1-2).

7.1. Le chemin parcouru – et les lacunes qui mettent encore des vies en péril

La période considérée dans ce rapport a été l'une des plus exigeantes de l'histoire récente de la Région, mais aussi l'une des plus productives. Avec l'appui du Secrétariat, les États Membres ont assuré le maintien des services essentiels malgré la contraction la plus marquée du financement de la santé depuis des décennies, ont maîtrisé plusieurs flambées épidémiques et ont enregistré le plus grand nombre d'étapes vérifiées en matière d'élimination des maladies depuis une génération, tandis que le Bureau régional s'est restructuré pour se rapprocher encore plus des populations desservies. Le compte rendu détaillé est présenté dans les chapitres précédents ; cette section en résume l'essentiel et met en lumière les lacunes qui constituent encore des facteurs décisifs pour la survie d'une mère ou d'un enfant.

Le schéma qui sous-tend les résultats importe tout autant que les résultats eux-mêmes. Là où les services partageaient une plateforme unique de soins de santé primaires et où les ressources limitées étaient ciblées district par district sur la base des données de routine, la couverture a été maintenue. À l'inverse, là où les programmes étaient cloisonnés, ils se sont révélés les plus vulnérables à ces chocs. Les réalisations ne constituent donc pas une série de succès isolés, mais elles sont le reflet d'un système qui commence à réagir de manière appropriée. De même, les défis persistants se résument à un petit nombre de thèmes transversaux plutôt qu'à un catalogue de lacunes dans les programmes : un déficit de financement qui se creuse plus vite que ne peut le combler la substitution par le financement intérieur ; une couverture qui plafonne là où les inégalités sont les plus marquées ; des fondements systémiques – ressources humaines, données, chaînes d'approvisionnement – qui restent trop fragiles pour absorber les chocs ; et la difficulté récurrente de traduire l'engagement politique en résultats financés et concrets. Une synthèse des principales réalisations et des défis persistants, organisée par thème afin que le lecteur puisse avoir une vision de l'ensemble de la situation plutôt que des différents éléments qui la composent pris isolément, est présentée en annexe (**Tableau A1**).

Le message adressé aux ministres et aux partenaires est triple. Premièrement, la Région a obtenu des résultats dans des conditions qui, il y a dix ans, auraient fait reculer les progrès – preuve que les réformes engagées ces dernières années font évoluer la capacité de résistance du système. Deuxièmement, si les avancées sont réelles, leur pérennité n'est pas encore pour autant assurée : elles reposent sur des financements qui n'ont pas été remplacés par d'autres sources, sur des plateformes qui doivent être protégées et sur des engagements qui doivent désormais être financés. Le travail à mener pendant la période visée par ce chapitre consistera à consolider ces acquis. Troisièmement, les États Membres devraient faire preuve de détermination et veiller à ce que ces engagements soient durables et se traduisent par des interventions concrètes.

7.2. Les facteurs qui influenceront les cinq prochaines années – et leurs implications pour la santé

Pour mieux appréhender les perspectives d'ici 2027 et au-delà, il convient d'analyser les facteurs sociaux, technologiques, économiques, environnementaux et politiques qui agissent sur la santé depuis l'extérieur de ce secteur. Le chapitre 1 a établi la base de référence pour la période visée par le présent rapport ; cette section poursuit cette analyse et décrit, pour chaque dimension, la manière dont ces facteurs influencent la santé publique (3).

Facteurs politiques. La souveraineté devient la règle fondamentale de la santé mondiale. Le changement politique marquant de cette période est la consolidation d'une doctrine de souveraineté sanitaire de l'Afrique. Le Sommet sur la souveraineté sanitaire de l'Afrique à Accra (août 2025) et ses conclusions, présentées sous le nom de « Accra Reset » (réinitialisation d'Accra) lors de la 80e session de l'Assemblée générale des Nations Unies, ont fait évoluer la contribution de la Région, passant de la négociation technique à l'élaboration de normes politiques : l'appropriation par les pays, le financement intérieur et le partenariat équitable ne relèvent plus de l'ordre de l'aspiration, mais constituent désormais des conditions explicitement énoncées (4). Elles s'appuient sur le Nouvel ordre de santé publique en Afrique (Union africaine et CDC-Afrique, 2022) et sont portées par le Comité ministériel africain de haut niveau sur la réforme de l'architecture mondiale de la santé, qui réunit les ministres des Finances dans un mécanisme permanent (5). Les implications pour la santé publique sont structurelles : le financement de la santé, les partenariats et la gouvernance dans la Région seront de plus en plus définis par les institutions et instruments africains, et le soutien extérieur sera évalué à l'aune de sa cohérence avec les plans élaborés au niveau national. La souveraineté n'est plus un slogan ; c'est le cadre dans lequel les ministres négocient désormais.

Facteurs économiques. Si la croissance est là, le secteur de la santé doit faire valoir la part qui lui revient. D'après les projections, les économies africaines devraient afficher une croissance de l'ordre de 4,2 % en 2026 et de 4,4 % en 2027, portée par le fait que 12 des 20 économies les plus dynamiques du monde se trouvent sur le continent et que plusieurs États Membres – dont l'Éthiopie, le Rwanda et l'Ouganda – connaissent une croissance supérieure ou égale à 6 % (6). Une croissance de cette ampleur élargit la marge de manœuvre budgétaire qui pourrait financer des systèmes de santé résilients, mais seulement si le secteur de la santé s'en prévaut. Plus de vingt ans après que les gouvernements ont pris l'engagement, dans la Déclaration d'Abuja, d'allouer au moins 15 % des budgets nationaux à la santé, cet objectif est toujours loin d'être atteint, et les dépenses publiques de santé dans la Région en représentent en moyenne environ la moitié (7). Dès lors, il apparaît nécessaire d'instaurer un mécanisme de financement intérieur clair pour mettre la croissance au service de la sanctuarisation des budgets de la santé – par le biais de taxes en faveur de la santé, de prélèvements de solidarité et d'une réforme de l'assurance-maladie – et de considérer les dépenses de santé non pas comme des coûts récurrents, mais comme un investissement qui protège la productivité dont dépend la croissance (1).

Facteurs sociaux. Une Afrique plus jeune et plus déterminée à se faire entendre revendique le droit à la santé. La population de la Région, plus de 1,2 milliard de personnes dans 47 États Membres, compte parmi les plus jeunes du monde, avec environ 60 % de personnes âgées de moins de 25 ans ; il s'agit d'une génération soucieuse des droits qui demande de plus en plus aux gouvernements de rendre compte des services dont elle bénéficie (8). Dans le même temps, les déplacements forcés ont atteint des niveaux records au cours de la période considérée – 12,7 millions de personnes se sont retrouvées déplacées ou apatrides rien qu'en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, un chiffre en hausse de 48 % depuis 2020, et les femmes et les enfants représentent environ 80 % des populations touchées (9). L'enseignement à en tirer est double : on observe, d'une part, un dividende démographique qui fait du secteur de la santé l'un des moteurs les plus crédibles du continent en matière d'emploi décent et, d'autre part, des pressions croissantes en matière de demande, d'équité et de responsabilisation que les systèmes de santé doivent gérer sous peine de perdre la confiance du public.

Facteurs environnementaux. La résilience est désormais un impératif pour le secteur de la santé. La Région se réchauffe plus vite que la moyenne mondiale, et les déterminants environnementaux – l'insalubrité de l'eau et l'assainissement insuffisant, la pollution de l'air, ainsi que les inondations et les sécheresses qui entraînent des flambées récurrentes de choléra – influent déjà sur sa charge de morbidité, tandis que les conflits et l'insécurité qui règnent dans certaines zones de la Région ne font qu'aggraver la situation (10). Pour autant, moins de 1 % du financement climatique mondial revient au secteur de la santé. Cette situation impose la mise en place d'un programme multisectoriel de résilience : les systèmes de santé doivent être conçus pour garantir la continuité des services essentiels même en cas de chocs, et le secteur de la santé doit devenir un acteur à part entière du financement climatique et environnemental et ne pas en rester qu'un simple spectateur.

Facteurs technologiques. La période à venir offre l'opportunité d'un grand bond en avant, mais elle comporte aussi le risque d'une nouvelle fracture. Les outils numériques, les systèmes de données et l'intelligence artificielle, ainsi que les premiers investissements significatifs dans la fabrication de vaccins, de médicaments et de produits de diagnostic par l'Afrique, offrent à la Région une occasion rare de progresser vers l'efficacité et l'autonomie. Ces évolutions ont marqué la période visée par le présent rapport et se sont imposées comme une pratique courante, qu'il s'agisse des tableaux de bord en temps réel au niveau des districts, du séquençage génomique au sein même de la Région ou encore de l'harmonisation de la réglementation à l'échelle continentale. Le résultat est à double tranchant : la technologie peut certes contribuer à renforcer la souveraineté et à gagner en efficacité à grande échelle, mais seul un investissement ciblé visant à assurer un accès équitable à ces innovations pourra éviter que le fossé ne se creuse entre les pays et au sein même des pays, et seule une bonne gouvernance des données permettra de garder les données sanitaires africaines entre les mains des Africains. Ces cinq facteurs, leurs perspectives et leurs implications pour la santé publique sont résumés en annexe (Tableau A2).

Alors, quelle est la voie à suivre pour la santé publique ?

L'examen de l'ensemble de ces facteurs permet de dégager deux ou trois éléments qui seront les plus déterminants pour la santé d'ici 2027 et au-delà. Le premier est la fin du financement extérieur auparavant tenu pour acquis et l'essor de la mobilisation des ressources intérieures comme socle des budgets de la santé, les dimensions économique et politique agissant ici de concert. Le deuxième élément tient à la prise en considération de la résilience, non plus comme une simple spécificité de programme, mais comme une qualité intrinsèque du système lui-même. En effet, du fait du changement climatique, des conflits et des situations d'urgence récurrentes, la continuité des services essentiels est désormais le véritable critère au regard duquel la qualité d'un système de santé est évaluée. Le troisième élément, qui recoupe toutes ces dimensions, est la souveraineté, à savoir : la capacité croissante de l'Afrique à financer, gouverner, produire et guider davantage sa propre réponse sanitaire et les attentes de plus en plus fortes nourries à cet égard. La vision énoncée ci-après entend permettre de s'attaquer de front à ces facteurs.

7.3. L'Afrique, un continent pleinement acteur, et non simple bénéficiaire, de la santé mondiale

La vision de la Région en matière de santé publique pour 2027 et au-delà peut être énoncée en une seule phrase que les ministres sont invités à reprendre à leur compte : **une Région africaine qui assure le financement, la gouvernance et la mise en œuvre de son propre système de santé – où les soins sont abordables, fiables et protégés pendant les chocs, et où la santé est considérée comme un investissement fondamental pour la stabilité, la productivité et la souveraineté (1).** Cette vision s'inscrit dans le droit-fil du quatorzième programme général de travail de l'OMS, 2025-2028 (quatorzième PGT) et de l'orientation stratégique fixée par le Directeur régional, et elle redéfinit la position de la Région, qui ne se contente plus d'exécuter des décisions extérieures mais participe désormais à l'élaboration conjointe des règles de la santé mondiale (2).

Quatre priorités organisationnelles donnent forme à cette vision : **la santé universelle** – la promesse de services de santé abordables et de qualité pour tous, fondés sur les soins de santé primaires ; **la résilience** – la sécurité sanitaire et la continuité de l'ensemble du système, y compris dans les situations d'urgence ; **la modernisation** – les capacités numériques et institutionnelles et les capacités en matière de données et de ressources humaines qui permettent la mise en œuvre des services ; et **l'appropriation et la souveraineté** – le financement intérieur, la réglementation et la fabrication de médicaments par l'Afrique, et la gouvernance des données en Afrique qui, ensemble, permettent à la Région de passer d'une situation de dépendance à un rôle de leadership. Ces priorités s'inspirent de la solide structure du projet de stratégie de la Région, intitulé Une nouvelle ère pour la santé en Afrique : une action concertée en faveur de la Vision 2035, qui fait l'objet d'une analyse critique ci-après ; elles remplacent les cadres antérieurs et sont délibérément plus claires que ceux-ci (8).

L'orientation politique qui découle de ces perspectives se traduit par une série de changements volontaires de posture. Le premier changement consiste à passer de l'alignement sur les donateurs à **une gestion budgétaire responsable** – institutionnaliser les dialogues entre les secteurs de la santé, des finances et de la planification, sanctuariser le financement intérieur et considérer la santé comme une question relevant de la gestion des risques macroéconomiques. La deuxième évolution vise à transformer des projets fragmentés et spécifiques à des maladies en des biens publics régionaux – mutualisation des achats, harmonisation réglementaire, fabrication locale et plateformes numériques communes. Le troisième volet porte sur la transition de **la riposte à la résilience de l'ensemble du système**, la continuité des services essentiels étant une exigence de conception. L'ultime changement réside dans le passage du statut d'acteur de la mise en œuvre à celui de **garant** : le Bureau régional est en train de redéfinir son propre rôle, de celui d'organisme technique à celui de garant des aspects financiers et politiques et d'architecte de la souveraineté sanitaire africaine – un rôle d'administrateur technique, de partenaire d'appui à la mise en œuvre, de fédérateur, de pivot pour l'intégration des systèmes et de plateforme de responsabilisation (1-2). Concrètement, cela signifie donner la priorité au travail en amont lié à l'élaboration de normes et de standards ou à la gestion tout en continuant à soutenir la mise en œuvre en aval là où les États Membres en ont le plus besoin – les deux allant de pair, et ne se faisant pas l'un au détriment de l'autre.

L'Afrique contribue déjà à l'élaboration des règles de la santé mondiale. L'affirmation selon laquelle la Région influence la santé mondiale plutôt que d'en être seulement la bénéficiaire n'est pas ambitieuse ; elle est attestée par les instruments adoptés au cours de la période considérée. L'Accord de l'OMS sur les pandémies, adopté en mai 2025 assorti de son système d'accès aux agents pathogènes et partage des avantages, et les amendements de 2024 au Règlement sanitaire international, en vigueur depuis septembre 2025, comportent des dispositions relatives à l'équité que le Groupe africain a négociées et obtenues (12-13). Le principe « Un plan, un budget, un rapport » énoncé dans l'Agenda de Lusaka – une réforme du fonctionnement des Initiatives mondiales pour la santé menée par l'Afrique – a été intégré dans la politique contraignante de l'OMS par le biais d'une résolution sur le financement portée par la Région (5). En outre, la souveraineté en matière de réglementation et de fabrication se construit par le biais de l'Agence africaine du médicament et du Forum africain pour la réglementation des vaccins, et grâce aux premiers investissements significatifs dans la fabrication de vaccins, de médicaments et de produits de diagnostic par l'Afrique (14-15). Ce sont là les moyens par le biais desquels la Région protège les services essentiels, finance sa propre santé et fait face aux chocs à mesure que l'appui extérieur s'amenuise. Ces moyens sont portés par deux institutions complémentaires dont la répartition des tâches est clairement définie : le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, chargé des activités normatives, des orientations techniques, de l'appui aux pays et de la responsabilisation, et le CDC-Afrique, chargé de la coordination politique continentale et des relations avec les chefs d'État et de gouvernement. C'est dans la cohérence de cette relation, plus que dans toute autre

déclaration isolée, que réside la capacité à traduire le consensus continental en résultats tangibles au niveau national.

7.4. Le programme défini par le Directeur régional

La concrétisation de la vision repose sur un cadre à moyen terme structuré autour de trois horizons temporels – une phase d'accélération à court terme d'ici 2027, une phase à moyen terme jusqu'en 2030 environ et une phase à plus long terme à l'horizon 2035 – et de sept axes phares de mise en œuvre. Le programme Mettre fin aux maladies en Afrique et le Programme de transformation, qui s'étend sur une décennie, constituent le socle opérationnel qui soutient ces axes (17-19). Le cadre est délibérément différencié : il s'adresse à l'ensemble des 47 États Membres en adaptant la mise en œuvre selon les contextes : qu'il s'agisse des situations de fragilité et de conflits, des nombreux pays confrontés à une double charge de morbidité et de ceux qui progressent déjà vers la couverture universelle – de sorte que le rythme de chaque réforme s'ajuste à la situation de chaque pays.

C'est à travers ces sept axes phares de mise en œuvre que la vision prend concrètement corps : **soins de santé primaires et systèmes communautaires centrés sur les districts ; préparation et résilience de l'ensemble du système ; transformation numérique ; personnel et leadership adaptés aux besoins ; modernisation institutionnelle ; fabrication régionale et mutualisation des achats ; et financement et partenariats durables.** Chacun d'eux repose sur des résultats déjà communiqués et se projette vers une étape clé mesurable.

À court terme d'ici 2027 : la phase d'accélération – stabilisation et refondation. La période actuelle se caractérise par deux facteurs de stress simultanés : les situations d'urgence sanitaire en cours, d'une part, et un choc structurel de financement, d'autre part. La première tâche consiste à conserver les acquis obtenus de haute lutte tout en redéfinissant le modèle de fonctionnement, à maîtriser les situations d'urgence actives et à convertir les mesures de riposte en capacités durables et transfrontalières de détection et de riposte que les pays prennent en main – en commençant par mettre fin en toute sécurité et définitivement à l'urgence de santé publique liée au virus Ebola Bundibugyo (20). Une autre tâche à court terme consiste à amortir le choc financier en protégeant les services essentiels et en accélérant les mesures de financement intérieur prévues dans l'engagement d'Abuja et l'Agenda de Lusaka, tout en protégeant les acquis en matière de vaccination et de soins de santé primaires après l'arrêt du soutien apporté par Gavi, l'Alliance du vaccin. Là encore, il est nécessaire de pérenniser les capacités de modernisation – l'infrastructure de données régionale, les ressources humaines, les fondements numériques et le socle de gouvernance sur lesquels repose chaque priorité. Il convient également de s'assurer du soutien politique à la vision par le Comité régional et au sein des instances de l'Union africaine, afin de la traduire en pactes nationaux assortis de jalons communs.

Pour assurer la viabilité de ce programme, le Bureau régional devra aussi préserver son agilité. La restructuration prévue au cours de la période visée – une structure allégée, des décisions prises au plus près des pays et une responsabilisation accrue – s'effectuera au moyen d'un ensemble de stratégies internes mûrement planifiées : consolidation du modèle de bureau de pays de base, achèvement de la modernisation des processus d'appui administratif grâce au numérique et à l'intelligence artificielle, conversion des gains d'efficacité en appui aux pays, et instauration d'une culture des résultats et de maîtrise des risques afin que l'institution garde sa pleine capacité d'exécution dans un contexte changeant.

À moyen terme jusqu'en 2030 – la phase de mise à l'échelle et d'institutionnalisation. À mesure que les situations d'urgence sont maîtrisées et que la refondation s'opère, l'attention se tourne vers la mise en place de systèmes durables : renforcer les équipes de santé familiale et le programme PEN-Plus afin que les maladies non transmissibles chroniques et graves puissent être prises en charge à proximité du lieu de domicile des patients ; pérenniser les acquis et accélérer les mesures en matière de lutte contre les principales maladies transmissibles et non transmissibles, et lutter contre la mortalité maternelle et la mortalité de l'enfant ; institutionnaliser la fabrication régionale et la mutualisation des achats ; intégrer les infrastructures résilientes et adaptées au changement climatique ainsi que des systèmes de surveillance dans les plans nationaux ; piloter la transition financière afin que les dépenses publiques intérieures deviennent la principale source de financement de la santé et que l'aide extérieure devienne un outil anticyclique et à fort effet de levier ; et achever la transition du Bureau régional vers un rôle de partenaire fédérateur et normatif, garant de la responsabilisation des systèmes pris en main par les pays.

À l'horizon 2035 – l'objectif de transformation. D'ici 2035, l'ambition est la suivante : que la Région assure elle-même le financement, la gouvernance et la mise en œuvre de son propre système de santé : 1,2 milliard de personnes bénéficiant de soins abordables et fiables à proximité de leur domicile ; des flambées épidémiques détectées et endiguées dans les meilleurs délais, la priorité étant donnée à la prévention plutôt qu'à la riposte ; et des systèmes de santé résilients fondés sur un financement intérieur, dans lesquels les partenaires jouent un rôle catalytique plutôt que structurel. Pour l'ensemble de ces horizons temporels, la mise en œuvre repose sur une même exigence en matière de responsabilisation : un cadre de résultats aligné sur le quatorzième programme général de travail, des jalons explicites et assortis de délais pour chaque horizon temporel, et la communication au Comité régional d'un rapport annuel sans concession axé sur les résultats plutôt que sur les activités. Les trois horizons et leurs principaux livrables, ainsi que les sept axes phares de mise en œuvre et les étapes clés correspondantes, sont présentés en annexe (**Tableaux A3 et A4**, respectivement).

7.5. Les engagements attendus des États Membres – et des partenaires

Le rapport se conclut par cet appel. Il est précis et s'adresse aux deux groupes d'acteurs dont les décisions garantiront l'avenir sanitaire du continent africain.

Aux États Membres : s'approprier le système de santé, le financer et en assurer la mise en œuvre.

- Financer la santé à la juste valeur de l'investissement qu'elle représente.** Définir une trajectoire nationale explicite pour atteindre la cible d'Abuja prévoyant d'allouer au moins 15 % du budget national à la santé ; sanctuariser le financement intérieur par le biais de taxes en faveur de la santé, de contributions de solidarité et d'une réforme de l'assurance-maladie ; et institutionnaliser le dialogue entre les secteurs de la santé, des finances et de la planification pour garantir que la croissance se traduise par une hausse des budgets de la santé.
- S'engager en faveur de la souveraineté et de la mise en œuvre.** Approuver la vision et la traduire en un pacte national chiffré prévoyant des jalons communs à l'horizon 2030 ; maintenir l'engagement politique et financier en faveur de la réglementation des médicaments en Afrique, de la mutualisation des achats et de la fabrication locale ; et protéger les plateformes de soins de santé primaires, de vaccination, de surveillance et de ressources humaines qui ont sous-tendu les résultats de cette année. Respecter les engagements déjà pris par les États Membres dans les résolutions successives du Comité régional – sur les soins de santé primaires et la couverture sanitaire universelle, la sécurité sanitaire, le financement intérieur et la production locale des produits de santé – et traduire ces résolutions en mesures concrètes.
- Réformer pour agir.** Transformer les engagements politiques – postes de personnel, promesses de reconstitution des ressources, protocoles et instruments juridiques adoptés – en réalité concrète sur le plan financier, en termes de dotation en personnel et sur le volet opérationnel, grâce à une planification conjointe des ministères de la santé, des finances, de l'éducation et du travail.

Aux partenaires, y compris les donateurs : aligner l'appui avec les plans nationaux et en garantir la prévisibilité

- 1. Aligner le financement sur les plans nationaux.** Dans l'esprit de l'« Accra Reset » (la réinitialisation d'Accra) et de l'Agenda de Lusaka, fournir un appui pluriannuel, flexible, mutualisé et anticyclique qui se fonde sur un plan national unique – « un plan, un budget, un rapport » – plutôt que sur des projets parallèles portant sur des maladies spécifiques (4-5).
- 2. Contribuer au renforcement des capacités, plutôt que de se concentrer uniquement sur leur mise en œuvre.** Investir dans la réglementation, la fabrication, les systèmes de données et les ressources humaines en Afrique afin que l'appui fourni contribue au renforcement des institutions propres à la Région et lui permette de se doter de capacités durables.
- 3. Rendre compte des résultats sur la base de données africaines.** Ancrer la responsabilisation partagée dans les données nationales et le cadre de résultats de la Région, afin que le partenariat soit évalué à la lumière des résultats sanitaires qu'il procure aux populations de la Région.

Assurer l'avenir du secteur de la santé en Afrique ; ceci n'est pas une déclaration d'intentions que l'on admire, c'est un ensemble de choix qui doivent être faits. Même dans les années les plus difficiles, la Région a démontré ce qu'elle est capable d'accomplir lorsqu'elle prend les rênes. L'impératif est maintenant, tant pour les gouvernements que pour les partenaires, de prendre un engagement clair en faveur du financement, des réformes et de la consolidation de ce leadership. La santé est l'investissement dont découlent tous les autres bénéfices.

Références du chapitre 7

1. Impouma, B., Abdourahmane, D. and Janabi, M. (2026) Health in Africa: the WHO African Region in the next decade. The Lancet, 407, pp. 1055–1056. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2826%2900183-2>
2. Impouma, B., Luciani, A., Diallo, A. and Janabi, M. (2026) How African regional agencies can shape global health reform. Think Global Health [Internet], 23 April 2026 [cited 9 July 2026]. Available from: <https://www.thinkglobalhealth.org>
3. World Health Organization Regional Office for Africa (2026) Annual report of the Regional Director to the Seventy-sixth session of the Regional Committee for Africa. Chapter 1: The context – a STEEP analysis of the health landscape. Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa.
4. The Presidency, Republic of Ghana (2025) President Mahama and global leaders launch the Accra Reset at UNGA 2025 [Internet]. Accra : La Présidence. [cité le 9 juillet 2026]. Disponible à l'adresse suivante : <https://presidency.gov.gh>
5. Future of Global Health Initiatives (2023) The Lusaka Agenda: overview [Internet]. Geneva: Future of Global Health Initiatives. [cité le 9 juillet 2026]. Disponible à l'adresse suivante : <https://futureofghis.org>
6. Banque africaine de développement (2026) Performances et perspectives macroéconomiques de l'Afrique (MEO) 2026. Abidjan: Banque africaine de développement. <https://www.afdb.org/fr/meo>
7. African Union and Africa Centres for Disease Control and Prevention (2022) Africa's New Public Health Order. Addis Ababa: Africa Centres for Disease Control and Prevention.
8. World Health Organization Regional Office for Africa (2026) A new era of health for Africa: united action for Vision 2035. Draft version 1. Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa, 12 May 2026.
9. United Nations High Commissioner for Refugees (2025) Regional trends: forced displacement in West and Central Africa in 2025 [Internet]. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees. Available from: <https://www.unhcr.org/media/west-and-central-africa-regional-trends-forced-displacement-2025>
10. World Meteorological Organization (2025) State of the climate in Africa 2024 [Internet]. Geneva: World Meteorological Organization. Available from: https://wmo.int/sites/default/files/2025-05/Africa_2024final1.pdf
11. African Development Bank (2026) African economic outlook 2026: Macroeconomic performance and outlook. Abidjan: African Development Bank. Available from: <https://www.afdb.org/en/documents/african-macroeconomic-performance-and-outlook-2026>.
12. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2024 (<https://digitallibrary.un.org/record/4053940?form=MG0AV3&v=pdf>). New York: Nations Unies.
13. Assemblée mondiale de la santé (2025) Accord de l'OMS sur les pandémies. Résolution WHA78.1. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 20 mai 2025. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_R1-FR.pdf

14. World Health Organization, 2024. International Health Regulations (2005), as amended in 2024; entry into force 19 September 2025 [en ligne]. Genève : World Health Organization. Disponible sur : https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/IHR_2014-2022-2024-en.pdf [Consulté le 24 juillet 2026]
15. WHO Regional Office for Africa, African Medicines Agency, 2024. Framework agreement for collaboration [en ligne]. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa. Disponible sur : <https://www.afro.who.int/news/who-and-african-medicines-agency-launch-landmark-framework-strengthen-access-quality-assured>
16. Gavi, the Vaccine Alliance. (2024). African Vaccine Manufacturing Accelerator (AVMA). Geneva: Gavi, the Vaccine Alliance
17. World Health Organization. Fourteenth General Programme of Work, 2025–2028. Geneva: World Health Organization; 2025. Available from: <https://www.who.int/about/general-programme-of-work/fourteenth>
18. WHO Regional Office for Africa. Ending Disease in Africa (ENDISA). Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2023. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/373549>
19. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Afrique. Le programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine 2015–2020. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique; 2024. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/181813>
20. World Health Organization. Ebola disease caused by Bundibugyo virus – Democratic Republic of Congo. Disease Outbreak News [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2026 [cited 2026 Jul 9]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news>



Annexe Tableaux

Tableau A1. Les principales réalisations et les défis persistants de la période considérée, par thème

Thème (voir le chapitre indiqué)	Principales réalisations (période visée par le rapport)	Défis persistants
Services essentiels et CSU (chapitre 2)	Accès au traitement antirétroviral maintenu pour environ 21,7 millions de personnes ; 28,4 millions de doses de médicaments contre les maladies tropicales négligées sécurisées ; campagnes de lutte antipaludique organisées dans 21 pays ; indice de couverture des services pour la CSU porté à 51 (contre 30 en l'an 2000).	Paiements directs représentant environ 36 % des dépenses de santé, dépassant le seuil au-delà duquel ils entraînent un risque de difficultés financières dans 35 États Membres ; déficit de financement de la lutte contre la tuberculose d'un montant d'environ 3,6 milliards de dollars É.-U.
Vaccination (chapitre 2)	Maintien du taux de couverture par le DTC3 à 76 % ; 18,3 millions d'enfants (12,3 millions d'enfants « zéro dose ») atteints par le Grand rattrapage ; vaccin antipaludique introduit dans 24 pays ; vaccin contre le PVH disponible dans 36 pays.	Plafonnement de la couverture (à 76 % pour le DTC3 depuis cinq ans ; à 47 % contre un objectif établi à 90 % pour le vaccin contre le papillomavirus humain) ; disparités infranationales en matière d'équité les plus importantes au monde ; campagnes vulnérables sur le plan financier.
Sécurité sanitaire (chapitre 3)	Amendements au RSI de 2024 adoptés par les 47 États Membres ; 71 % des événements détectés dans les sept jours ; flambée de maladie à virus Ebola à Bulape maîtrisée en 88 jours et structures de riposte converties en capacité permanente.	Urgence de santé publique de portée internationale liée au virus Ebola Bundibugyo en cours ; persistance du choléra ; moyenne des capacités essentielles d'environ 51 %, les zones fragiles accusant le plus de retard.
Amélioration de la santé des populations (chapitre 4)	Réformes sur la fiscalité du tabac adoptées dans 15 États Membres ; réserve de financement pour le climat et la santé d'un montant de 139 millions de dollars É.-U. couvrant 21 pays ; mise en œuvre d'une politique en faveur d'une alimentation saine dans 46 États Membres.	Prévention restant toujours sous-financée ; environ 37 % de décès imputables aux MNT, soit la mortalité prématurée due aux MNT la plus élevée de toutes les Régions de l'OMS.
Institution et financement (chapitre 5)	Réduction des effectifs d'environ 25 % et réaffectation d'environ 75 % du personnel au niveau des pays ; économies récurrentes de plus de 8 millions de dollars É.-U. ; contributions volontaires en hausse de 7 %, à 769 millions de dollars É.-U. ; engagement pris par 21 États Membres à participer au cycle d'investissement.	Déficit de financement résiduel des programmes de base pour l'exercice 2026-2027 d'un montant de 662 millions de dollars É.-U. ; engagements de financement pas encore suivis de décaissements.
Positionnement en matière de santé mondiale (chapitre 6)	Accord sur les pandémies adopté avec le système d'accès aux agents pathogènes et de partage des avantages ; amendements au RSI en vigueur ; approbation de la feuille de route de l'Agenda de Lusaka ; mise en œuvre opérationnelle de l'Agence africaine du médicament.	Question non résolue liée à l'annexe du système d'accès aux agents pathogènes et partage des avantages ; cible d'Abuja largement non atteinte ; traduction du consensus continental en résultats au niveau des pays.

Tableau A2. Les perspectives d'ici 2027 et au-delà, et leurs implications pour la santé publique

Facteurs	Perspectives d'ici 2027 et au-delà	Implications pour la santé publique
Politiques	Une doctrine de souveraineté sanitaire africaine consolidée (« Accra Reset » (la réinitialisation d'Accra) ; Nouvel ordre de santé publique ; Comité ministériel de haut niveau).	Financement, partenariat et gouvernance de plus en plus définis par les institutions africaines ; aide extérieure évaluée à l'aune de son alignement sur les plans nationaux.
Économiques	Croissance africaine d'environ 4,2 % (2026) et d'environ 4,4 % (2027) ; 12 économies africaines comptant parmi les 20 économies les plus dynamiques du monde.	Élargissement de la marge de manœuvre budgétaire, dont le secteur de la santé doit toutefois se prévaloir ; traduction de la croissance en budgets sanctuarisés en vue de la réalisation de la cible d'Abuja.
Sociaux	Population jeune (environ 60 % a moins de 25 ans) et déplacements atteignant des niveaux records (12,7 millions rien qu'en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale).	Dividende démographique et secteur moteur de l'emploi ; pressions croissantes pesant sur les systèmes de santé en matière de demande, d'équité et de responsabilisation
Environnementaux	Réchauffement plus rapide que la moyenne ; insalubrité de l'eau, pollution de l'air et chocs climatiques ; conflits dans certaines zones de la Région ; moins de 1 % du financement climatique alloué au secteur de la santé.	Résilience érigée en caractéristique intrinsèque du système ; priorités sanitaires devant s'inscrire dans des mécanismes de financement du climat et de l'environnement, plutôt que d'être traitées de manière isolée.
Technologiques	Santé numérique, données et intelligence artificielle à grande échelle ; premier investissement significatif dans la fabrication de vaccins, de médicaments et de produits de diagnostic par l'Afrique.	Chance de progresser vers la souveraineté et l'efficacité opérationnelle, qui s'accompagne toutefois de la nécessité d'atténuer le risque de fracture numérique en garantissant une gouvernance équitable et solide des données en Afrique.

Tableau A3. Cadre à moyen terme : les trois horizons temporels et leurs principaux livrables

Horizon	Orientation stratégique	Principaux livrables
À court terme d'ici 2027	Stabilisation et refondation	Clôture de la riposte d'urgence à l'épidémie de virus Ebola Bundibugyo et conversion des mesures prises dans ce cadre en une capacité permanente en matière de sécurité sanitaire ; capacité à amortir les chocs financiers ; consolidation des acquis en matière de vaccination et de soins de santé primaires ; renforcement des capacités de modernisation ; et obtention de l'approbation de la vision et signature de pactes nationaux.
À moyen terme jusqu'en 2030 environ	Mise à l'échelle et institutionnalisation	Déploiement à l'échelle nationale des équipes de santé familiale et du programme PEN-Plus ; développement de la fabrication régionale et de la mutualisation des achats, mise en place d'infrastructures résilientes au changement climatique et de la surveillance ; et transition du financement vers des budgets de santé pilotés par les pays.
À long terme à l'horizon 2035	Transformation	Région assurant elle-même le financement, la gouvernance et la mise en œuvre de son propre système de santé : disponibilité de soins abordables et fiables à proximité du domicile ; flambées épidémiques détectées et endiguées dans les meilleurs délais ; et systèmes résilients et fondés sur un financement intérieur, dans lesquels les partenaires jouent un rôle catalytique plutôt que structurel.

Tableau A3. Les sept axes phares de mise en œuvre et les étapes clés correspondantes

Axe phare de mise en œuvre	Livrables et étape clé
Soins de santé primaires et systèmes communautaires centrés sur les districts	Services intégrés sur une seule plateforme ; extension des équipes de santé familiale à un plus grand nombre d'États Membres d'ici 2030.
Préparation et résilience de l'ensemble du système	Institutionnalisation des capacités, de la détection à la riposte ; intégration de la continuité des services essentiels comme exigence de conception.
Transformation numérique	Base de données régionale et capacités en matière de données de prévention et de lutte contre les maladies ; surveillance et aide à la décision reposant sur l'intelligence artificielle.
Ressources humaines et leadership adaptés aux besoins	Plans chiffrés d'investissement dans les ressources humaines dans les 47 États Membres ; formation fondée sur les compétences et développement du leadership.
Modernisation institutionnelle	Consolidation du modèle de bureau de pays de base, le Bureau régional jouant un rôle de garant, de pivot pour l'intégration et de plateforme de responsabilisation.
Fabrication au niveau régional et mutualisation des achats	Déploiement de l'Agence africaine du médicament et de l'Accélérateur de la production des vaccins en Afrique ; renforcement des autorités de réglementation au niveau de maturité 3 ; approvisionnement régional en produits assuré.
Financement durable et partenariats	Financement intérieur proche de la cible d'Abuja ; financement mixte et catalytique ; partenaires alignés sur un seul et même plan national.

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

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 : <https://www.afro.who.int/>